

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 192

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Légale et Expertises Médicales

PAR

MEGHIREF Flora

Née le 07/05/1997, à PARIS (75)

**L'autopsie de l'autopsie médico-légale : analyse sociologique des
représentations et du vécu des acteurs externes**

Président du jury : Professeur RAUL Jean-Sébastien

Directrice de thèse : Docteure BLANCHOT Adeline

Co-directeur de thèse : Docteur COLIN Patrick, maitre de conférences en sociologie

Membre du jury : Docteure LOISEAU Mélanie

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 192

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Légale et Expertises Médicales

PAR

MEGHIREF Flora

Née le 07/05/1997, à PARIS (75)

L'autopsie de l'autopsie médico-légale : analyse sociologique des représentations et du vécu des acteurs externes

Président du jury : Professeur RAUL Jean-Sébastien

Directrice de thèse : Docteure BLANCHOT Adeline

Co-directeur de thèse : Docteur COLIN Patrick, maitre de conférences en sociologie

Membre du jury : Docteure LOISEAU Mélanie



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires :** (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : N...

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héloïse Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatologie-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Héléne	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDALHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BECKMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHALVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLINGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GLUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont au Professeur Jean-Sébastien Raul, votre soutien et votre ouverture d'esprit dans tous mes projets ces trois dernières années m'ont permis d'avancer sereinement tout au long de mon internat et de concrétiser ce travail de thèse.

Je remercie ensuite le Dr. Adeline Blanchot, ma directrice de thèse. Tu as été un réel appui depuis mon premier jour à l'IML. Tu es la personne la plus combative que je connaisse. J'admire ton abnégation au quotidien qui te permet d'être le médecin extraordinaire que tu es.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Monsieur Patrick Colin, pour avoir cru en moi et en ce projet dès le premier instant. Votre confiance a été pour moi une source inestimable de motivation. Votre disponibilité et votre bienveillance ont été essentielles à la réalisation de cette étude.

Merci au Dr. Mélanie Loiseau qui a accepté sans hésiter de faire partie de mon jury.

Je remercie les 165 personnes ayant participé à cette étude, aux enquêteurs et aux externes, pour leurs réponses sincères.

Dr. Audrey Farrugia, votre sens de la pédagogie et vos précieux conseils au quotidien m'ont permis d'acquérir des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine légale, merci.

Dr. Laurent Berthelon, j'aimerais avoir votre élégance et votre pertinence dans la rédaction de vos dossiers d'expertises, merci pour nos échanges qui ont tous été constructifs.

Dr. Alexis Walch, merci de m'avoir tant appris, de m'avoir poussé à trouver le verbe et le geste exact. Obtenir ta confiance est un cadeau d'une valeur inestimable.

Dr. Elisa Macoin, merci d'être la personne rassurante et solide que tu es, te connaître est un véritable honneur, venir travailler en te sachant présente à l'IML me motive instantanément.

Dr. Annie Geraut, ma Anny, merci pour ton humanité, ta générosité, d'être un médecin et une personne si exceptionnelle, j'ai appris et j'apprendrais encore de toi.

Merci à Jeff, Pauline B. et Mathieu, votre aide technique et humaine est réellement indispensable au quotidien.

Merci à Pauline S. pour ta bienveillance au quotidien, ta gentillesse et ton humour tellement incisif. Les pauses midi n'ont jamais été aussi animées que lorsque nous sommes toutes ensemble.

Merci à Sara, Jeanne, Amandine, Danièle, Émilie et Laureline vous êtes un support essentiel à l'IML et à l'UMJ.

Merci à Tristan, Marc, J-B, Magali, Gilles, J-P, Rebecca, Martine et toute l'équipe infirmière de l'USNI pour ces six derniers mois d'internat à la maison d'arrêt. Je m'estime extrêmement chanceuse d'avoir pu tous vous rencontrer dans ce contexte si particulier. Vous mettez de la vie dans la prison et prenez soin d'une population extrêmement précaire. J'admire votre humanité. Vous êtes rayonnants et bienveillants, ce qui tranche véritablement avec ce lieu gris et terne de privation de liberté.

P.S : Encore désolée d'avoir été « l'interne la plus chère de la prison » ...

Merci à mes co-internes : Tom, mon petit-frère d'un autre univers. Aurélien, mon rayon de soleil hebdomadaire. Sarah, ma co-interne de P13, on s'est rencontré sur les bancs du R600 et on termine notre internat en prison à Strasbourg, il y a des coïncidences qui ne s'inventent pas... Charlotte pour ta douceur et ton empathie qui a été salvatrice ces derniers mois.

Merci à mes amis fidèles de boboche : Floriane, Béné, Rassina, Serkan, Maël, Bérénice, notre amitié a rendu ces années médecine plus joyeuses.

Un merci du fond du cœur à Ousmane Gassama qui m'a permis de réinterpréter ma définition de l'échec et qui a reprogrammé mon cerveau durant l'année charnière des ECN. Tu m'as permis de mobiliser la meilleure version de moi-même et de faire les bons choix.

Merci à Mme Martine Pernodet et à M. François Ely, ma professeure de SVT de terminale et mon professeur d'arts plastiques du lycée. Certains professeurs nous marquent à vie parce qu'ils ont su voir la singularité en nous et l'encourager. Je me souviendrais toujours de la joie sincère de Madame Pernodet aux résultats du baccalauréat, quand je lui ai annoncé que j'avais choisi « médecine ». Elle m'a tout de suite dit « tu seras un formidable médecin ». Sans le savoir elle avait effacé une croyance limitante en moi...

Merci à Antoine, mon ancien chef de pédiatrie à Colmar qui est devenu un ami solide. Ta douceur de vivre m'impressionne. J'espère qu'on partagera encore de nombreux moments ensemble.

Merci à Dorine, le destin nous a réunis à Colmar, je suis tellement reconnaissante de faire partie de ta vie. Ta confiance a été un game-changer durant mon stage en pédiatrie. Merci pour ton authenticité, ton énergie au quotidien et tous nos moments partagés. Merci du fond du cœur pour tout ce que tu représentes dans ma vie.

Léa, Noémie, Tiffany, Cloé et Delphine, la crimino-team, je chéris toutes nos discussions profondes, nos soirées, nos rires et nos bons moments cette année.

Merci à Baptiste, Clara, Lola, Léon, Samy, mes amis d'enfance, loin des yeux mais proche du cœur.

Merci à Cyrielle, dès mon premier jour en socio j'ai su que tu étais une personne merveilleuse, les jours et les mois sont passés et nous ne sommes plus lâchées. J'espère que notre belle amitié se poursuivra encore pour de longues années.

Merci à Thomas, pour nos heures de révision à la BULAC, notre stage COVID, nos longues discussions aux Buttes-Chaumont, à Nice sur le bord de mer et tous nos bons moments passés ensemble. Merci pour ton esprit critique, ton sourire espiègle qui cache les millions d'idées que tu as en tête, je suis très fière de compter parmi tes amis proches. Tu es vraiment la personne entière et sincère que tu penses être.

Merci à toi Charly, d'être cet ami si tendre, prêt à tout pour rendre un moment agréable, tu es le frère d'âme d'Edouard, je ne te remercierais jamais assez pour le bonheur que tu apportes dans nos vies.

Walid, merci de mettre de la poésie dans mon quotidien, d'être le jardin dans lequel je peux me reposer à n'importe quel moment de ma vie, tu es véritablement mon meilleur ami.

À tous ces êtres humains, à qui le terme « patient » a restitué une humanité et une dignité que la maladie avait tenté de leur dérober. Ils m'ont tenu éveillé des heures entières. Je leur dédie mon énergie et les remercie du fond du cœur pour m'avoir permis de tant murir ces dix dernières années.

À Mayar, Louaï, Leyna et Acyl, mes quatre fantastiques, mes amours, vous voir grandir me comble de joie, vous êtes des enfants splendides.

Merci à Lotfi, tu deviens maintenant mon confrère, c'est un honneur que tu fasses partie de ma famille. Merci à Karima pour ta gentillesse et ta générosité et pour tous les bons moments que nous avons passé ensemble. Merci à Aurélien, même si tes victoires désinvoltes aux jeux de société font ressortir la mauvaise perdante en moi, je te suis sincèrement reconnaissante pour la simplicité apaisante de ta façon de communiquer et pour les merveilleux moments qu'on partage ensemble.

À mon Soussou, mon frère, ta bienveillance et ta douceur m'ont enveloppé années après années. C'est bon tu peux dormir sur tes deux oreilles maintenant, tes trois petites sœurs ont accompli leur mission de vie !

À Manouchka, ma sœur, tu es pour moi un exemple de victoire, merci d'être cette grande sœur, cette mère, cette sage-femme si déterminée et brillante. Merci pour tout ce que tu m'as apporté pendant 27 ans.

À toi Nyhal, mon énantimère, ma sœur, mon modèle de liberté et d'équilibre, merci pour tout, pour ces heures d'écoute totalement gratuites. À ton empathie sans limite, à ton aide désintéressée de chaque instant et à tout ce que tu m'apportes au quotidien. J'adore particulièrement les « vortex » de conversation que l'on ouvre ensemble où le temps reste suspendu. J'aime toutes tes qualités humaines qui te rendes si unique en ton genre, tu es drôle, franche, intéressante, intelligente, pertinente, sensible et profondément humaine. Je t'admire vraiment. Tu le sais, ma réussite est la tienne.

À mes parents pour m'avoir offert un toit sur ma tête, à manger dans mon assiette et un foyer aimant pour développer mon être.

À toi mon père, pour m'avoir accompagné avec beaucoup d'humilité, dans absolument toutes les étapes de ma vie et pour m'avoir appris l'importance de la modestie.

À toi ma mère, pour avoir tout enduré avec tellement de courage, pour ta générosité au-delà de tout, pour m'avoir transmis cette combativité viscérale. Mon admiration pour la femme que tu es, est sans limite.

À toi Edouard, mon futur mari, avec qui, j'espère traverser tous les âges de la vie, tu m'apportes tant au quotidien par ta tolérance, ton infinie candeur, ton esprit si délicat et ton intelligence pure. Aucun mot ne serait assez fort pour exprimer ma gratitude envers toi.

Et enfin, je remercie avec beaucoup de pudeur, l'Indivisible, sans Qui, rien ne naît ...

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES	24
INTRODUCTION	26
I. APPROCHE SOCIO-HISTORIQUE	26
II. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	30
III. PROBLÉMATIQUE ET PLAN	31
ETAT DE L'ART	33
I. LES ACTEURS DE L'AUTOPSIE	33
1. <i>Les acteurs internes</i>	33
2. <i>Les acteurs externes</i>	36
II. LA SOCIOLOGIE DE LA MORT	49
1. <i>La confrontation à la mort</i>	49
2. <i>La gestion des émotions face au cadavre</i>	52
MATERIEL ET METHODE	55
I. TYPE D'ÉTUDE	55
II. POPULATION D'ÉTUDE ET ÉCHANTILLON	55
1. <i>Population cible</i>	55
2. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	56
3. <i>Méthode de sélection</i>	59
III. RECUEIL DES DONNÉES	59
1. <i>Partie quantitative</i>	59
2. <i>Partie qualitative</i>	61
IV. VARIABLES ÉTUDIÉES	62
1. <i>Descriptions des variables principales et secondaires</i>	62
2. <i>Méthode de mesure des variables</i>	62
V. PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES	63
1. <i>Analyse quantitative</i>	63
2. <i>Analyse qualitative</i>	65
VI. MÉTHODOLOGIE DE LA BIBLIOGRAPHIE	65
VII. ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ	66
1. <i>CNIL / RGPD</i>	66
2. <i>Consentement et anonymisation</i>	66
3. <i>Conflits d'intérêt</i>	66
RESULTATS ET ANALYSE	67
I. REPONSES AUX QUESTIONNAIRES	68

1. Analyse des réponses des enquêteurs.....	69
2. Analyse des questionnaires du groupe « étudiants en médecine »	109
II. DESCRIPTION DE LA POPULATION ISSUE DES OBSERVATIONS PARTICIPANTES	127
1. Caractéristiques générales.....	127
2. Analyse des observations de terrain	127
3. Les profils types.....	149
DISCUSSION ET CONCLUSION -----	163
I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	163
1. Les forces de l'étude.....	163
2. Les limites de l'étude.....	164
II. PERSPECTIVES	166
III. CONCLUSION	169
ANNEXES -----	171
I. TABLEAUX	172
1. Tableau des caractéristiques des enquêteurs observés	172
2. Tableaux de contingence	177
II. ENTRETIENS EXPLORATOIRES	179
1. Entretiens étudiants en médecine.....	179
2. Entretiens officier de police judiciaire et technicien de police scientifique	188
III. QUESTIONNAIRES	196
1. Questionnaires enquêteurs	196
2. Grille thématique	207
IV. OBSERVATIONS PARTICIPANTES	212
1. Grille d'observation.....	212
2. Observations.....	213
BIBLIOGRAPHIE -----	257

LISTE DES ACRONYMES

APJ : Agent de police judiciaire

ASPTS : Agent spécialisé de police technique et scientifique

BR : Brigade de recherche

BTA : Brigade territoriale autonome

CAT : Certificat d'aptitude technique

CES : Certificat d'étude spécialisé

DES : Diplôme d'étude spécialisé

DESC : Diplôme d'étude spécialisé complémentaire

COB : Communauté de brigade

IML : Institut de médecine légale / Institut médico-légal

GAV : Gendarme adjoint volontaire

IPTS : Ingénieur de police technique et scientifique

IPPTS : Ingénieur principal de police technique et scientifique

IRCGN : Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale

OML : Obstacle médico-légal

OPJ : Officier de police judiciaire

PJGN : Pôle judiciaire de la gendarmerie nationale

PSIG : Peloton de surveillance et d'intervention de la gendarmerie

SCRCGN : Service central de renseignement criminel de la gendarmerie nationale

SR : Section de recherche

TIC : Technicien d'identification criminelle

TIJ : Technicien d'identification judiciaire

TPTS : Technicien de police technique et scientifique

TPTSc : Technicien de police technique et scientifique contractuel

TPPTS : Technicien principal de police technique et scientifique

I. Approche socio-historique

L'autopsie, du grec "autopsia", signifie l'action de voir de ses propres yeux. En France, l'autopsie judiciaire est réalisée par un médecin légiste et vise à déterminer les causes de décès d'un individu par une dissection détaillée du corps. Cette procédure se déroule dans un Institut de Médecine Légale, dépendant d'un centre hospitalo-universitaire depuis 2010.

Les premières traces historiques de la dissection d'un corps humain remontent à la préhistoire. Les Inuits et les Aborigènes australiens possédaient une connaissance approfondie de l'anatomie des animaux chassés. Pendant l'époque de l'Égypte ancienne, les compétences en anatomie se sont développées grâce aux petites incisions pratiquées lors des rites funéraires. Ces observations se sont poursuivies au fil des siècles, notamment dans la Grèce antique où Aristote, Hérophile et Galen ont amélioré les connaissances en anatomie et en physiologie grâce à l'autopsie, contribuant à une visualisation en trois dimensions du corps humain.

Pour ce qui est de l'autopsie judiciaire, les prémices de la dissection des corps aux fins de résolution d'enquête datent du 13^{ème} siècle en Chine. Durant la dynastie Song, Ci Song devient l'un des premiers médecins légistes chinois et est considéré comme le père de la médecine légale. Il est l'auteur du « *Xi Yuan Ji Lu* » (« *Le Lavage des injustices* ») qui est un des premiers traités de médecine légale qui a influencé les pratiques judiciaires pendant plusieurs siècles. L'histoire de Ci Song est détaillée et romancée dans l'ouvrage intitulé « *Le lecteur de cadavres* » d'Antonio Garrido (1).

Au Moyen-Âge, l'Europe a pris du retard par rapport à d'autres civilisations en raison de l'obscurantisme catholique, qui sanctionnait fermement les dissections. En 1302, la première autopsie à visée expertale a été réalisée à l'université de Bologne. Vésale, (1514-1564) médecin

anatomiste flamand du 16^{ème} siècle déroba des cadavres pour surmonter la pénurie de corps disponibles pour la réalisation d'autopsie. Les seules autopsies autorisées étaient celles pratiquées sur ceux des criminels exécutés. Certains récits suggèrent qu'il aurait obtenu des cadavres en les volant dans les cimetières ou en les achetant auprès de fossoyeurs. Cette anecdote souligne le caractère nécessaire mais prohibé de la dissection à cette époque.

En 1594, le premier théâtre d'anatomie ouvert au public a vu le jour à Padoue, servant à des autopsies anatomiques éducatives (2).

Jusqu'au 18^{ème} siècle, l'autopsie était un passe-temps public. Peu à peu, la dissection nécessitait un cadre et des autorisations, devenant utile à des fins d'interprétation et d'élucidation. Hermann Boerhaave (1668-1738) (médecin néerlandais) et Xavier Bichat (1771-1802) (anatomiste et physiologiste français) ont établi de nombreuses corrélations entre les observations cliniques et celles faites en dissection, influençant significativement la médecine et la chirurgie. Au 19^{ème} siècle, le développement du capitalisme et de l'industrie a eu un impact majeur sur la science et la médecine, rendant la pratique de l'autopsie nécessaire à l'avancement des sociétés européennes dans le secteur de la santé. En 1819, l'Université de Strasbourg a créé le premier Institut d'Anatomopathologie indépendant, où Georg Lobstein (1777-1835) (médecin anatomiste allemand) fut le premier à exercer. La création de ce centre a permis de systématiser les autopsies et d'utiliser les découvertes anatomiques pour résoudre des cas judiciaires. Sa participation a permis de standardiser l'enseignement de la médecine légale dans la formation des étudiants en médecine (3).

Au 19^{ème} siècle, trois faits distincts vont être utiles pour la compréhension des enjeux ayant motivé la réalisation de cette étude.

Premièrement les autopsies judiciaires, devaient être réalisées sur le lieu même de la levée de corps et le plus promptement possible du fait de l'urgence judiciaire, en effet, plus rapidement l'intervention d'un tiers dans le décès de l'individu était confirmée, plus vite le coupable

pouvait être appréhendé. La dissection était ainsi exposée à plusieurs personnes invitées par le magistrat en charge de l'affaire comme : des représentants de la justice, le prévenu, la famille de la victime, des témoins et autres personnes présentes sur les lieux. Cela souligne que l'adaptation du médecin légiste aux impératifs de la justice était indispensable et indiscutable.

Deuxièmement le 19^{ème} siècle fut l'époque de la théâtralisation de l'autopsie et des dissections. En effet, en témoigne la salle d'exposition de la Morgue de Paris, ouverte au public à cette époque. Les riverains se déplaçaient en masse pour observer les corps exposés derrière des vitrines de verre.

Troisièmement au 19^{ème} siècle commence à se développer la presse de faits divers avec une attention particulière portée sur les crimes et exactions commises sur les personnes par la société (4,5) .

Finalement, le médecin légiste est au service de la justice et exerce son « art » dans le contexte et le cadre fixés par celle-ci. La théâtralisation de la mort et de l'autopsie crée une curiosité sociétale pour un acte traditionnellement prohibé. L'avènement d'une culture de masse a fait émerger des représentations erronées de la réalité.

Au 20^{ème} siècle, la réalisation des autopsies et l'exposition des corps ont été rationalisées, marquées par la fermeture en 1907 de la salle d'exposition de la Morgue de Paris au public par arrêté préfectoral.

Au 21^{ème} siècle, le besoin d'améliorer, d'encadrer et de contrôler l'exercice de la médecine légale en France s'est intensifié. En 2011, une réforme a été mise en œuvre par la circulaire du 28 décembre 2010, homogénéisant les pratiques des médecins légistes sur le territoire français en définissant des lieux spécifiques : les Instituts de Médecine Légale (IML) et en encadrant la pratique de l'autopsie par des médecins légistes titulaires d'un CES/DESC (certificat d'étude

spécialisé / diplôme d'étude spécialisée complémentaire) puis d'un DES (diplôme d'étude spécialisé).

Aujourd'hui, il existe 33 Instituts de Médecine Légale (IML) en France, tous situés au sein des centres Hospitalo-Universitaires. Malgré cette réforme, le cadre législatif reste relativement limité. Une recommandation européenne datant de février 1999 précise les contextes dans lesquels une autopsie serait préconisée. L'article 230-30 du code de procédure pénale, issu de la loi de 2011, encadre les prélèvements biologiques effectués lors d'une autopsie judiciaire, stipulant qu'ils ne feront pas l'objet d'un droit patrimonial et ne seront donc pas restitués aux proches. L'article 230-29 du code de procédure pénale définit les règles de respect du corps et de sa restauration après les actes d'expertise, et prévoit un délai rapide de réalisation et de restitution du corps (6).

II. Justification de l'étude

Ces dix dernières années à l'Institut de Médecine Légale de Strasbourg, on observe une augmentation du nombre d'autopsies judiciaires réalisées, avec 161 autopsies réalisées en 2013. En 2023, ce chiffre a plus que doublé et a atteint 341. (*Figure 1*)

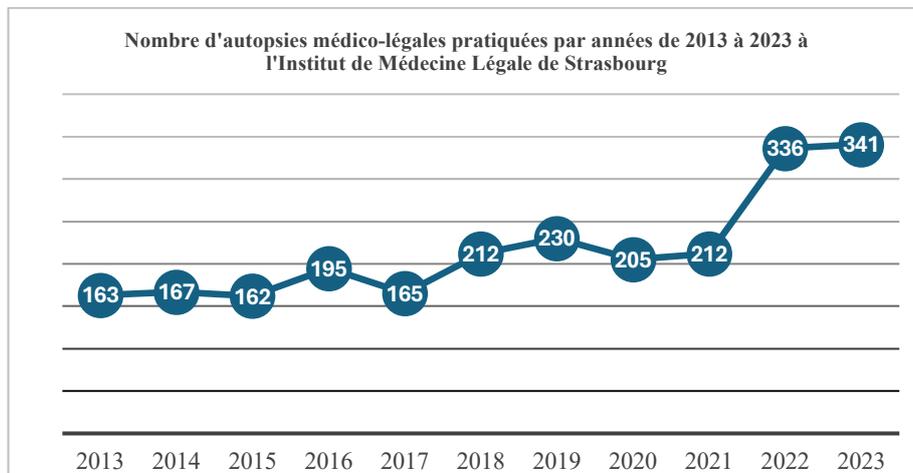


Figure 1: Graphique représentant le nombre d'autopsies judiciaires par années de 2013 à 2023 à l'IML de Strasbourg

Lors de ces autopsies plusieurs acteurs sont présents. Au premier plan, des acteurs internes, pour lesquels l'autopsie représente l'activité quotidienne dans le cadre de leur profession : le médecin légiste, plusieurs techniciens de morgue. Au second plan, des acteurs externes, dont la présence est aléatoire, pouvant consister en la présence ponctuelle à une autopsie unique ou l'assistance à plusieurs autopsies dans la cadre d'un stage de plusieurs mois. Ces acteurs externes sont des enquêteurs de police judiciaire et des étudiants en médecine. Dans de rares cas, des magistrats (juge d'instruction en charge de l'affaire ou auditeurs de justices) peuvent également être présents. Si la présence des enquêteurs est définie comme indispensable dans la

plupart des traités de médecine légale, aujourd'hui nous nous questionnons sur la nécessité de leur imposer cet exercice.

L'étude aura pour but de comprendre et d'analyser les représentations et le vécu des acteurs externes de l'autopsie. Ceux-ci, par leur participation active dans l'enquête, influencent la décision du magistrat d'ordonner ou non une autopsie. En effet, les enquêteurs sont les primo-arrivants sur les lieux de découverte d'un corps et les premiers interlocuteurs qui tiennent le magistrat informé des éléments d'enquête, orientant ainsi sa décision. Le recueil et la compréhension des représentations et du vécu des enquêteurs en salle d'autopsie sont primordiaux, car ces expériences influencent indirectement les constatations initiales et peuvent guider le magistrat vers une décision.

Le second groupe cible est celui des étudiants en médecine. En effet, ils seront les médecins de demain. Lors de la découverte d'un corps, le médecin constatant le décès remplit le certificat de décès, document obligatoire pour attester de la mort d'une personne. Ce médecin peut cocher un obstacle médico-légal, déclenchant ainsi une enquête préliminaire et mobilisant les services de police ou de gendarmerie sur les lieux de découverte du corps. La compréhension et l'évaluation de la formation, des représentations et du vécu des étudiants en médecine sont donc essentielles, ce qui en fera une population cible de cette étude.

III. Problématique et plan

De ce constat et de l'histoire de l'autopsie est né notre questionnement : Quel est l'écart entre les représentations et la réalité du vécu des acteurs externes en salle d'autopsie ? La présence des enquêteurs en salle d'autopsie revêt-elle un caractère obligatoire ? Quels sont les effets de la « confrontation » au cadavre sur les personnes extérieures à l'autopsie ?

Dans cette étude observationnelle prospective menée du 1^{er} août 2023 au 30 avril 2024 nous nous intéresserons aux représentations et au vécu de l'autopsie des acteurs externes au travers de l'interprétation de 165 questionnaires distribués aux enquêteurs de police judiciaire et gendarmerie ainsi qu'aux étudiants en médecine, 14 observations participantes de diverses autopsies mêlant plusieurs acteurs et 1 entretien semi-dirigé conduit avec deux auditrices de justice pour approfondir l'analyse.

Après la description de la méthode et des courants sociologiques et théories utilisés dans cette étude, nous exposerons les résultats et en proposerons une analyse. Enfin, nous aborderons les forces et limites de cette étude avant de conclure.

Cette étude aborde le questionnement des représentations et du vécu des acteurs externes en salle d'autopsie. Il s'agit d'un sujet inédit, jamais spécifiquement traité dans la littérature existante. Néanmoins, plusieurs domaines de recherche connexes offrent des angles d'analyse intéressants tels que les cultures professionnelles des enquêteurs, l'analyse des interactions sociales et la sociologie de la mort. Ces domaines de recherche ont été largement étudiés et nous donneront un cadre théorique et analytique pour notre étude.

I. Les acteurs de l'autopsie

1. Les acteurs internes

A. Les agents mortuaires

À l'institut de médecine légale de Strasbourg, en 2024 on décompte trois agents mortuaires, deux hommes et une femme. Ils sont aides-soignants de formation, leur travail au quotidien est composé d'une multitude de tâches différentes. Leur rôle est de coordonner la prise en charge des défunts. Les agents mortuaires débutent leur journée aux alentours de 7h15 du matin, ils doivent gérer les « arrivées » de corps et les « sortants », en étant vigilants à l'identité du défunt, au respect des procédures. Ils font le lien avec les agences de pompes funèbres qui défilent dans les couloirs de la chambre mortuaire. Ils jouent également un rôle dans la préparation du matériel et du nettoyage de la salle d'autopsie et assistent le médecin légiste pour la manutention, la manipulation et la dissection des corps au cours des autopsies. Ce sont également eux qui s'occuperont de la restauration des corps. Lorsque les opérations d'autopsie

et/ou d'examen de corps se terminent ils accueillent les familles et peuvent être amenés à leur présenter les corps et à les renseigner quant à la procédure judiciaire.

Les agents mortuaires, du fait de la polyvalence de leurs tâches quotidiennes, nouent des relations avec certains officiers de police judiciaire qu'ils voient régulièrement. Ils créent un lien entre les médecins légistes et les enquêteurs et sont souvent à l'initiative de plaisanteries qui permettent de détendre l'atmosphère en salle d'autopsie.

Everett Hughes, (1897-1983), sociologue américain interactionniste, a analysé la manière dont les professions développent des cultures spécifiques basées sur les expériences de travail, la socialisation des membres d'une équipe et les interactions quotidiennes. La culture professionnelle se transmet aux nouveaux arrivants par le biais d'une socialisation, ils acquièrent des codes comportementaux, des manières de pensées dominantes et intègrent les attentes spécifiques à une culture propre.

Une culture professionnelle aura pour caractéristique d'avoir des hiérarchies internes basées sur l'expérience, les compétences ou les spécialisations. Elle repose sur le partage par les membres de valeurs communes orientant les comportements (7).

Les agents mortuaires ne sont pas l'objet d'analyse de cette étude, mais la compréhension de leur éthique professionnelle et leur appartenance à une culture particulière est intéressante à étudier pour mieux appréhender les dynamiques sociales en salle d'autopsie.

B. Les médecins légistes

Le médecin légiste, dépeint par la société comme l'instrument clé de la résolution de l'énigme policière au travers des séries télévisées de ces dernières décennies est un médecin spécialiste à part entière. Pour être médecin légiste, d'abord, il faut être médecin, étudier six années de

tronc commun puis (depuis 2017) choisir au concours de l'internat la spécialité « médecine légale et expertises médicales ». Il s'agit d'une spécialité récente, mais d'un métier ancien. À cheval entre deux mondes : judiciaire et médical, les légistes sont à part, ils sont entre un objet judiciaire non identifié et un objet sociologique pluriel (8).

Dès la démocratisation de l'expertise médico-légale au 19^{ème} siècle, le statut du légiste, perçu par les pairs comme un « suppôt de la justice » et pouvant être écarté du tribunal par les magistrats si les explications de l'expertise médicale étaient en contradiction avec leur intime conviction, a souffert de ce ballottage incessant (9). En effet, plus totalement considéré comme un médecin par certains de ses pairs car ne cochant pas tout à fait les cases de la médecine clinique et pas vraiment considéré comme un auxiliaire de justice parmi les professionnels du droit, le statut d'expert et la double casquette « médecine-justice » semble être un jeu d'équilibriste (8).

Ce jeu d'équilibriste est essentiellement en lien avec la culture professionnelle toute particulière qui caractérise cette profession. La « culture médicale » est un sous-groupe de la notion de culture professionnelle. Pour être médecin légiste il faut partager avec ses pairs un certain nombre de points communs :

- Le passage par une formation longue et exigeante.
- Le partage de valeurs communes d'éthique et de déontologie.
- Un langage spécialisé précis.
- Une structure hiérarchique marquée.
- La nécessité d'avoir « le sang-froid » et de savoir gérer des situations d'incertitude.

Le métier de médecin légiste reprend toutes ses caractéristiques et s'intègre donc dans la culture médicale. Cet outil sera intéressant pour l'analyse des interactions puisque la culture médicale rencontrera en salle d'autopsie les cultures « policières » et « militaires ».

2. Les acteurs externes

A. Les étudiants en médecine

À l'IML de Strasbourg les stagiaires sont des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année d'études universitaires. En France, les études de médecine sont découpées en 3 cycles, le premier cycle correspond au niveau licence, débute en 1^{ère} année et s'achève en 3^{ème} année. Durant ce premier cycle, les étudiants apprendront la sémiologie (l'étude des signes cliniques) durant quelques stages qui débiteront en fin de 2^{ème} année. Pendant ce premier cycle, les bases médicales seront enseignées et certains recevront des cours de dissection. D'abord obligatoire il y a quelques années, aujourd'hui il s'agit de cours facultatifs.

Ensuite le second cycle se déroulera entre la 4^{ème} et la 6^{ème} année d'étude où les étudiants auront une autonomie croissante. Certains étudiants deviendront tuteurs d'anatomie et dispenseront des cours supervisés aux plus jeunes étudiants. Par ailleurs, ils passeront deux mois en stage clinique et auront de plus en plus de tâches à effectuer pour apprendre leur futur métier. Les phases de stages seront entrecoupées de phase de cours théoriques et de partiels.

À l'issue de la 6^{ème} année (et maintenant de la 5^{ème} année), ils passeront un concours national dont le classement définira la spécialité et la ville d'exercice future de leur internat.

Howard Becker, Blanche Geer, Everett C Hughes, Anselm Strauss, sociologues appartenant au courant interactionniste, sont les auteurs d'une étude intitulée « *Boys in White : The assimilation of medical values by students* » publié en 1961. Cette recherche porte sur l'assimilation des valeurs médicales par les étudiants en médecine. Dans cette étude, l'objectif était de comprendre et d'analyser comment les étudiants en médecine acquièrent les attitudes et les

comportements nécessaires pour devenir médecin. Il a été mis en évidence que les étudiants en stage ont deux objectifs :

- Le premier est celui de gagner en expérience clinique afin de fixer les idées apprises sur le plan théorique, appelées dans l'étude « *perspective de l'expérience clinique* ». Cette perspective leur permet d'avoir un sentiment de progression, qui nivellera les responsabilités et les tâches accordées par les médecins séniors.
- Le deuxième objectif est celui d'expérimenter « la responsabilité médicale ». Cette responsabilité médicale n'est pas la même dans le regard de l'étudiant que dans celui du médecin sénior. Pour l'étudiant, l'acquisition de la responsabilité médicale joue un rôle symbolique important puisque c'est à ce moment qu'ils se percevront comme des médecins en devenir (10).

À l'IML de Strasbourg, le rôle des étudiants en médecine en salle d'autopsie est multiple et graduel. Lorsque vient leur premier jour en salle d'autopsie, ils sont observateurs. L'équipe laisse un temps d'adaptation. Selon les étudiants, leur niveau, leur année d'expérience, le temps d'adaptation sera plus ou moins long. L'équipe médicale et paramédicale s'ajuste et est très prudente à ce que chacun comprenne et trouve sa place au sein du service. Selon les étudiants, leur niveau, leur année d'expérience, le temps d'adaptation sera plus ou moins long. L'équipe médicale et paramédicale s'ajuste et est très prudente à ce que chacun comprenne et trouve sa place au sein du service. Après quelques jours, le nouvel étudiant en médecine prendra ses marques et pourra mettre en application les conseils délivrés en début de stage. Il ou elle pourra commencer à prendre les notes des descriptions lésionnelles du légiste puis en fonction de son implication, de son comportement et de son intérêt, les responsabilités s'ajouteront graduellement. Celle-ci pourront aller jusqu'à seconder le médecin légiste dans la réalisation de l'autopsie.

Ainsi, les étudiants tenteront de gagner en expérience clinique afin que les médecins seniors leur offrent plus de responsabilités. Ils construiront leur propre identité médicale et tenteront de s'acculturer¹ (11).

B. Les policiers

À l'IML de Strasbourg nous recevons régulièrement des policiers de tout grade, appartenant aux divers services enquêteurs de la région. La police nationale, en France dépend du ministère de l'Intérieur. Les missions du policier enquêteur vont être diverses en salle d'autopsie, selon son corps de métier. S'il s'agit d'un officier de police judiciaire, ses rôles sont inscrits dans le code de procédure pénale dans l'article 74 : « *En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé **informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.** Le procureur 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...* » (12).

Son premier rôle sera donc d'effectuer les constatations sur les lieux de la découverte d'un corps, de transmettre au magistrat les éléments principaux d'enquête et enfin d'assister à l'autopsie afin d'expliquer ses constatations au médecin légiste officiant.

Au cours de l'autopsie judiciaire ils joueront d'abord un rôle d'information puis ils seront observateurs, confectionneront éventuellement les scellés judiciaires à partir des prélèvements

¹ L'acculturation correspond au processus par lequel les étudiants vont adopter les valeurs, les croyances et les comportements d'un autre groupe culturel, qui est dans notre cadre le groupe médical.

effectués et enfin ils recueilleront les conclusions pour délivrer un permis aux fins d'inhumation du corps après consultation de l'autorité judiciaire référente.

Les articles 230-28 à 230-31 comme sus-cités dans le chapitre portant sur le déroulé de l'autopsie, encadrent les pratiques légalement admises en matière d'autopsie médico-légale. L'autorité judiciaire compétente, ici l'OPJ, délivre dans les meilleurs délais l'autorisation de remise du corps aux proches du défunt et le permis d'inhumer (6).

Pour ce qui est de la confection des scellés judiciaires, l'article 60, en lien avec les dispositions des articles 163 et 166 du code de procédure pénale depuis janvier 2023, permet à l'expert de confectionner les scellés, et de communiquer oralement les conclusions de l'autopsie aux enquêteurs (13).

Ainsi les rôles des enquêteurs en salle d'autopsie peuvent être palliés. Pour ce qui est de la communication de l'information, souvent, s'ils ne peuvent pas se déplacer, le service enquêteur du groupe d'appui judiciaire envoie à l'IML de Strasbourg le procès-verbal de constatations. Pour ce qui est de la confection des scellés, celle-ci est autorisée au médecin légiste depuis juin 2016, selon l'article 163 du code de procédure pénale (14).

Les conclusions pourront être transmises par mail aux enquêteurs référents et au parquet du tribunal judiciaire compétent.

La présence des enquêteurs en salle d'autopsie est substantiellement facultative, mais lorsqu'ils sont présents, les remarques et les questionnements qui émaneront seront hautement importants pour l'enquête et pour la suite de leur carrière. Les expériences accumulées jalonnent leur parcours.

Depuis l'arrêté de janvier 2024, l'organisation de la police judiciaire rejoint celle de la police nationale (15).

Les grades allant du plus bas degré au plus haut degré hiérarchique sont schématisés dans la *Figure 2*.

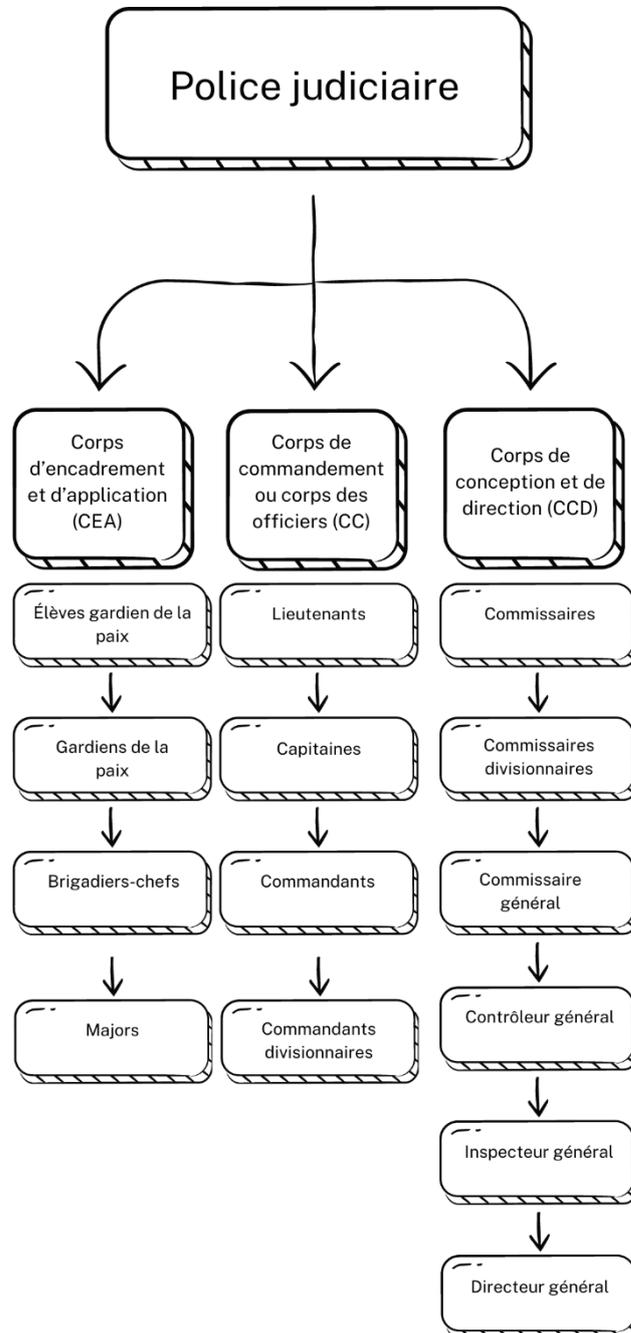


Figure 2 : Schéma de présentation des différents corps de métier de la police judiciaire.

1 – Les cadets de la République correspondent à des policiers adjoints. Il s'agit de jeunes policiers bénéficiant d'une scolarité en alternance, exerçant en tant que contractuels, ils assistent les fonctionnaires de police titulaires dans des missions de prévention, de répression et d'assistance aux personnes. Ils ne sont pas représentés sur ce schéma.

2 – Le corps d'encadrement et d'application (CEA) est composé des élèves gardien de la paix, des gardiens de la paix puis des brigadiers-chefs et enfin des majors. Il s'agit de policiers titulaires dont la mission est de porter assistance aux personnes, ils exercent leur profession au sein de services d'enquête ou de renseignement ou même sur la voie publique. Parfois en salle d'autopsie, on retrouvera des fonctionnaires appartenant à ce corps de métier accompagnés d'un membre du corps des officiers.

3 – Le corps de commandement ou corps des officiers (CC) est composé des lieutenants, des capitaines, des commandants et enfin des commandants divisionnaires pour le plus haut degré de ce corps de métier. Hiérarchiquement, le corps des officiers se situe entre le corps d'encadrement et d'application (CEA) et celui de conception et de direction (CCD), ces policiers auront pour rôle d'appliquer les missions du CCD et d'assurer le commandement du CEA. C'est à ce grade qu'on retrouve les OPJ (officiers de police judiciaire).

4 – Le corps de conception et de direction (CCD) composés des commissaires, commissaires divisionnaires, du commissaire général, du contrôleur général, de l'inspecteur général et enfin du directeur assument la responsabilité globale et ont autorité sur tous les corps précédents. Dans de rares cas, ce corps de métier se retrouvera en salle d'autopsie, ils seront surtout présents dans le cadre d'enquêtes criminelles médiatisées ou complexes.

Enfin, de nombreuses années vont être nécessaires pour accéder aux grades les plus élevés, et ainsi tout au long de la carrière policière, l'intégration des valeurs et de l'éthique professionnelle inhérente à ce métier va être nécessaire. En effet la maîtrise des codes déontologiques, des valeurs, la compréhension et l'application des procédures, l'apprentissage

de la gestion du stress et de l'incertitude vont être nécessaires à la reconnaissance individuelle des compétences professionnelles. Faire partie de la police judiciaire est valorisé par la société car la représentation générale de la quintessence de l'appareil policier est « la répression du crime » (16). Le jeune policier se destinant à une carrière d'enquêteur aura comme objectif d'avoir une présentation de soi la plus proche de celle que la société fait du « bon policier », participer à une autopsie valorisera cette image. (17)

La participation aux autopsies sera un réel « baptême du feu » apportant l'expérience nécessaire pour accéder à plus d'autonomie. Tout comme les étudiants en médecine, les policiers vont devoir, par l'expérience, montrer ce qu'ils savent et peuvent faire pour accéder à des postes stratégiques. Le mécanisme de reconnaissance de l'étudiant en médecine en tant que « véritable médecin » sera comparable à celui de l'élève gardien de la paix en tant que véritable « enquêteur ». Ces groupes seront mis en parallèle sur leur propension à l'acculturation pour accéder à un groupe défini comportant un éthos professionnel bien distinct.

C. Les techniciens de police technique et scientifique

Dans notre enquête, un corps de métier particulier est intégré à celui du groupe « policiers », il s'agit de celui de technicien de police technique et scientifique (TPTS).

En dehors de leur mission en salle d'autopsie, leur métier consiste en la collecte, l'analyse et l'interprétation des preuves matérielles recueillies à l'aide de techniques scientifiques afin d'aider à la résolution des enquêtes criminelles. En salle d'autopsie, à l'IML de Strasbourg, les TPTS seront des réels auxiliaires de justice, leur rôle sera de présenter les photographies de la scène de découverte, d'exposer les éléments mis en évidence sur place au médecin légiste, puis

de confirmer l'identité de la personne autopsiée en récoltant ses empreintes digitales ou des fluides corporels.

Les TPTS auront comme mission de photographier les lésions et descriptions pertinentes au regard de l'enquête et de les consigner dans un dossier. Ce sous-groupe est plus souvent présent en salle d'autopsie que les enquêteurs.

Tout comme les policiers enquêteurs, ils font partie de la police judiciaire, et ont une organisation hiérarchique. Dans la police scientifique il existe deux corps de métier :

- Les ingénieurs de la police technique et scientifique (IPTS) qui comporte trois grades :
 - Ingénieur de police technique et scientifique (IPTS).
 - Ingénieur principal de police technique et scientifique (IPPTS).
 - Ingénieur en chef.

L'accessibilité au métier d'IPTS se fait par concours au niveau BAC +5.

- Les techniciens de la police technique et scientifique (TPTS) organisés en trois grades :
 - Le technicien de police technique et scientifique (TPTS).
 - Le technicien principal de police technique et scientifique (TPPTS).
 - Le technicien en chef.

L'accessibilité au métier de TPTS se fait par concours au niveau BAC +2 et nécessite quelques bases scientifiques.

Anciennement, il était possible d'exercer le métier d'ASPTS (agent spécialisé de police technique et scientifique) qui nécessitait simplement le niveau brevet des collèges ou équivalent et comportait deux grades : ASPTS ou ASPTS principal. Cette possibilité a été supprimée. Aujourd'hui seuls les IPTS et les TPTS sont formés. Dans cette étude, des TPTS et anciens ASPTS ont été interrogés.

Historiquement (jusqu'aux années 1990), en France, les membres de la police scientifique provenaient du corps « actifs » (c'est-à-dire des gardiens de la paix et autres grades exerçant sur le terrain). Cette évolution est due à la volonté de recentrer les corps actifs vers des rôles de terrain, d'investigations et de spécialiser par des formations plus longues les scientifiques afin d'individualiser leur profession. (18)

La formation d'un TPTS s'organise en trois temps clés. Le premier temps est celui de la formation théorique où les lauréats du concours apprendront des notions juridiques, des informations sur le fonctionnement de la police, sur la sécurité au travail et des notions de police technique et scientifique. Cette étape dure environ six semaines. Le second temps sera celui du stage en immersion de deux semaines à la découverte des divers services de police et des partenaires (comme l'IML par exemple). Enfin dans un dernier temps un « socle opérationnel » est mis en place, celui-ci se déroule à Écully (en banlieue lyonnaise), dure aujourd'hui 8 semaines et permet d'explorer plusieurs composantes du métier de TPTS (dactyloscopie, gestion de scènes délictuelles ou criminelles, révélations physico-chimiques, criminalistique numérique et analytique). L'issue de ce tronc commun leur permettra d'obtenir les habilitations nécessaires à l'exercice de leur métier. (18,19)

En salle d'autopsie, à l'IML de Strasbourg, ils auront de multiples rôles :

- Présenter les photographies de la scène de découverte.
- Exposer les éléments mis en évidence sur place.
- Photographier les lésions et descriptions pertinentes du cadavre et les consigner dans un dossier.
- Confirmer si nécessaire l'identité du défunt en récoltant ses empreintes digitales ou des fluides corporels.

Tout comme les policiers enquêteurs, ils font partie de la police judiciaire, et ont une organisation hiérarchique. Dans la police scientifique, il existe deux corps de métier : les ingénieurs de la police technique et scientifique (IPTS) et les techniciens de police technique et scientifique (TPTS).

D'apparence, cette double casquette leur confère une relation particulière avec les médecins légistes puisqu'ils partagent le même domaine de prédilection : la science. Nous verrons dans l'analyse que d'autres caractéristiques et concepts se jouent dans cette relation de proximité.

D. Les gendarmes et les techniciens d'identification criminelle

La culture militaire lie les gendarmes aux techniciens d'identification criminelle. Celle-ci possède de nombreux points communs avec la culture médicale. Tout d'abord, il existe une phase d'apprentissage du métier qui jouera un rôle très important dans l'incorporation des codes sociaux et l'appropriation de la culture professionnelle. La nudité de l'humain dans toute sa violence et ses états les plus extrêmes, sont expérimentés dès le début du cursus. De la même manière, la transmission du savoir se fait par compagnonnage : les médecins enseignent à leurs jeunes étudiants et les gendarmes gradés à leurs jeunes recrues. Dans les deux métiers, on retrouve un mode d'action répondant à l'urgence et imposant de maîtriser des pratiques réflexes. (20,21)

À l'IML de Strasbourg, les gendarmes appartiennent à la gendarmerie départementale, dont les missions de police judiciaire sont gérées par les brigades territoriales (BTA) et les communautés de brigades (CoB). Ces deux groupes possèdent des missions polyvalentes allant de la sécurité publique, à l'accueil et au renseignement jusqu'à la sécurité routière sur les secteurs dont ils ont la responsabilité.

Lorsqu'il s'agit d'affaires purement criminelles, les unités de recherche organisées en brigades de recherche (BR) ou sections de recherches (SR) prêtent main forte aux plus petites brigades que sont les BTA et les CoB, qui elles, agissent au niveau départemental. Il existe également une unité particulière dénommée PSIG qui correspond à des unités de nuit dédiées aux interventions.

La BR aura la responsabilité des affaires criminelles dites de « moyenne » délinquance ainsi que l'aide à la résolution des faits « complexes ». C'est au sein de ses brigades que nous retrouverons une majorité d'OPJ. La SR quant à elle, est rattachée à la région et s'occupera des enquêtes plus importantes et sensibles.

Le métier de technicien d'identification criminelle présente des missions similaires à celle du métier de TPTS à savoir : l'examen minutieux des scènes de crime, la collecte d'indices physiques en vue d'analyses ultérieures en laboratoire. Le TIC est à la gendarmerie ce que le TPTS est à la police. La différence se situe principalement dans la formation (celle-ci est plus longue, comporte une vie en caserne et nécessite une mobilité de l'agent). Le parcours pour accéder au métier est ainsi plus exigeant que pour leurs confrères policiers (19).

À l'échelle nationale c'est le pôle judiciaire de la gendarmerie nationale (PJGN) qui prendra le relais, ses acteurs seront l'Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale (IRCGN), le Service central de renseignement criminel de la gendarmerie nationale (SCRCGN) et l'État-Major qui synthétisera l'ensemble des informations et aidera à la planification et à la prise de décision.

L'organisation de la gendarmerie nationale est assez complexe et comporte un maillage territorial particulier. Pour devenir gendarme, tout d'abord on peut choisir d'être gendarme adjoint volontaire, il s'agit d'un métier sous contrat, qui peut durer maximum six ans. Ensuite

il faudra passer des concours pour devenir sous-officier, le début de la carrière se fera en école de gendarmerie. À la fin de sa formation, le futur sous-officier considéré comme « sous-contrat » devra passer son certificat d'aptitude technique (CAT) qui lui permettra de devenir gendarme de carrière. Une fois sous contrat, celui-ci pourra alors préparer un diplôme (par exemple celui d'OPJ) puis grimper les échelons hiérarchiques. Les grades et les gallons en gendarmerie sont illustrés dans la *Figure 3*.

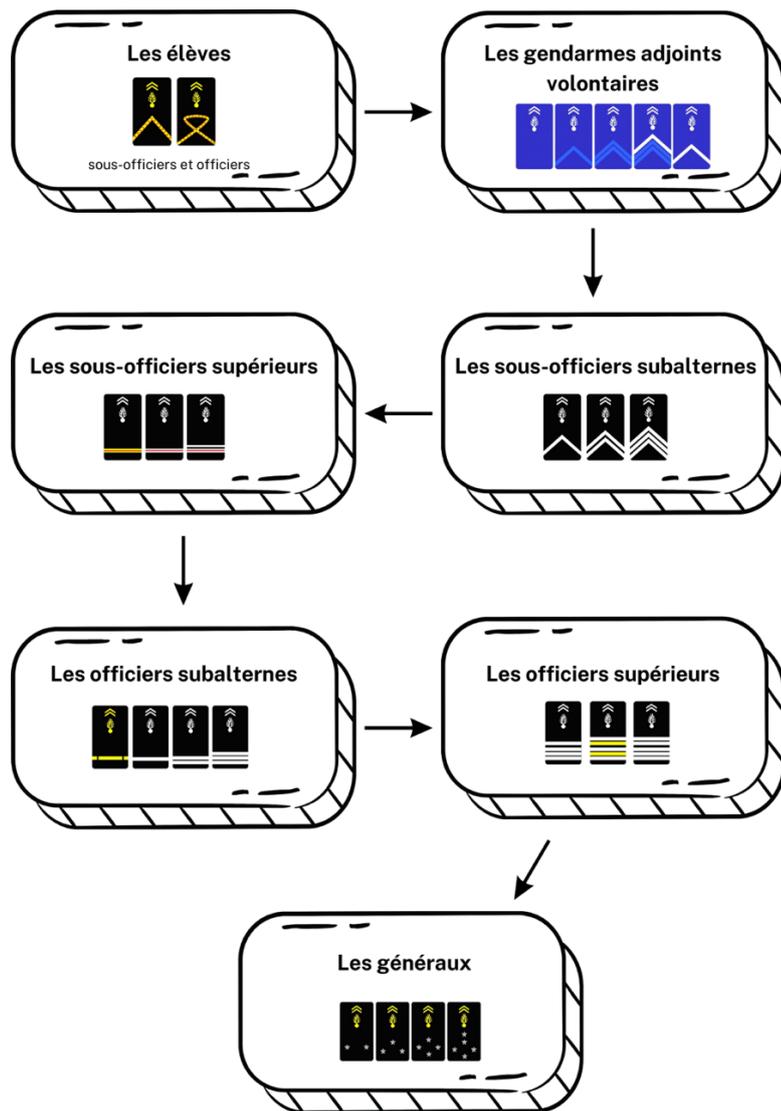


Figure 3 : Schéma représentant les grades et galons en gendarmerie

En suivant les flèches et de gauche à droite :

Les élèves : élève gendarme sous-officier ou officier

Les gendarmes adjoints volontaires (GAV) : GAV puis GAV de 1^{ère} classe, brigadier, brigadier-chef et enfin Maréchal des Logis

Les sous-officiers subalternes : gendarme sous contrat, gendarme de carrière et Maréchal des Logis-Chef

Les sous-officiers supérieurs : Adjudant, Adjudant-chef et Major

Les officiers subalternes : Aspirant, Sous-lieutenant et Capitaine

Les officiers supérieurs : Commandant, Lieutenant-Colonel et Colonel

Les généraux : Général de brigade, Général de division, Général de corps d'armée et Général d'armée.

Les gendarmes les plus représentés en brigade seront des gendarmes adjoints volontaires, des sous-officiers et rarement des officiers subalternes.

Le métier de gendarme implique un travail quotidien polyvalent associant aussi bien du terrain qu'un travail d'investigation au cours d'enquête judiciaires. C'est dans ce contexte qu'ils seront amenés à se déplacer sur les lieux de découverte d'un cadavre et se présenter en salle d'autopsie.

II. La sociologie de la mort

La réaction à la mort fait partie des maillages qui soutiennent cette étude. La mort est un sujet universel, partagé par toutes les catégories socio-professionnelles. Tout un chacun en a sa propre représentation, y attache ses propres croyances selon ses étapes de socialisation, sa cultures, ses expériences personnelles et professionnelles. La confrontation à la mort et la gestion des émotions face au cadavre diffère selon les individus. Il s'agira de nos deux parties.

1. La confrontation à la mort

A. Le pur et l'impur

Mary Douglas, (1921-2007), anthropologue britannique explore dans son ouvrage « *De la souillure* » paru en 1966, les notions de pur et d'impur dans la société. L'impur représente une transgression de la norme et des catégories sociales. L'impureté n'est pas forcément synonyme de dangerosité ou de saleté mais correspond au désordre qui remet en cause l'ordre social.

Dans notre étude, l'autopsie sous le regard de certains acteurs externes, est un acte transgressif qui gomme les frontières symboliques entre la vie et la mort pouvant amener certains acteurs à attribuer la notion d'impureté à cette procédure (22).

Cette tendance à comprendre l'acte de dissection comme une « impureté » s'inscrit dans un processus plus large et progressif de mise au ban de la mort et des morts.

Norbert Elias, (1897-1990), sociologue britannique et allemand, traite dans son ouvrage intitulé « *La solitude des mourants* » des transformations des sociétés modernes éloignant progressivement les morts du regard des vivants. La gestion de la dépouille se rationalise par une logique économique (23). Les cadavres, autrefois exposés publiquement (comme à la Morgue de Paris au 19^{ème} siècle), ont été de plus en plus relégués dans des espaces spécialisés, tels que les hôpitaux et les morgues.

L'exemple de la Morgue de Paris est intéressant dans notre exposé, car il témoigne parfaitement du processus d'une surexposition à une dissimulation progressive de la mort. C'est en 1804 qu'ouvre sur la prison du Châtelet, la Morgue de Paris. Ce lieu avait pour but principal d'exposer des cadavres inconnus derrière une vitrine afin que des passants et riverains les identifie (4).

L'ouverture au public de la Morgue de Paris est prétextée comme étant indispensable pour identifier les cadavres. Pour mieux comprendre l'origine de ce bâtiment, reprenons l'étymologie du mot « morgue ». Ce mot provient du verbe « morguer » qui signifie « regarder avec hauteur ». Ceux qui regardaient avec hauteur, à cette époque, c'étaient les surveillants pénitentiaires de la prison du Châtelet, qui surplombaient les détenus qu'ils devaient reconnaître et surveiller attentivement (24). Ainsi le terme « morgue », mis en parallèle avec le milieu carcéral permet de faire un rapprochement évident avec l'idée d'un panoptique (modèle architectural des prisons permettant aux surveillants de voir sans être vu) dont Michel Foucault,

(1926-1984), philosophe français s'inspire pour parler des techniques modernes de surveillances et de pouvoir (25).

La Morgue de Paris était un lieu populaire de forte affluence jusqu'à sa fermeture au public en 1807, signalée par un décret. Les motifs avancés étaient le manque de reconnaissance et d'identifications des cadavres exposés malgré les 20000 visiteurs quotidiens. La conclusion est équivoque : les visiteurs se déplacent à la Morgue de Paris par curiosité. D'une surexposition allègre, la ville de Paris passe à une dissimulation assumée.

B. L'autopsie : acte transgressif

Historiquement l'autopsie a vécu des périodes d'ombre où sa pratique a été fortement réprouvée, notamment en Europe médiévale. L'autopsie était perçue comme portant atteinte au corps qui était alors considéré comme une création divine sacrée, destinée à la résurrection lors du jugement dernier. Tout atteinte au corps était une profanation. (26,27).

La classification de l'autopsie et du médecin légiste s'inscrit dans une dynamique déviante qui ne date pas d'aujourd'hui.

Becker définit la déviance dans son ouvrage « Outsiders » paru en 1985 pour sa version traduite définitive. Il apporte notamment comme définition que la déviance est le produit d'un étiquetage par la société. La déviance n'est pas une caractéristique objective mais une construction sociale. Ce processus d'étiquetage est souvent influencé par des rapports de pouvoirs, certains groupes ont la possibilité de définir le « normal » et le « déviant ». L'autopsie a subi cet étiquetage il y a bien longtemps et subi encore ce stigmatisme (28).

C. Stigmate

Le métier de légiste peut également être perçu par les autres professions comme s'éloignant de la définition d'un médecin de soin, puisque ses activités principales sont de l'ordre de l'expertise, renforçant la marginalisation que celui-ci subi.

Hughes dans son ouvrage « *Good people and dirty work* » paru en 1962, introduit l'idée que certaines professions impliquent la réalisation de tâches « sales » ou « répugnantes ». Il prend l'exemple des éboueurs et des fossoyeurs. Le médecin légiste travaillant quotidiennement au contact des morts entre dans la définition du « sale boulot » subissant une stigmatisation sociale (29,30).

2. La gestion des émotions face au cadavre

A. Le cadavre : objet de transfert

En psychanalyse le « transfert » est le mécanisme par lequel un patient projette sur son thérapeute des sentiments ou attentes qui sont liés à des figures importantes de son histoire. En général des figures d'autorité. Le transfert peut être un obstacle lors d'une thérapie mais dans le même temps s'avérer être un outil indispensable dans la compréhension de ce qui se joue dans les relations interpersonnelles. À l'inverse, le contre-transfert se produit lorsque le praticien projette ses pensées, ses conflits internes et ses questionnements sur le patient (31,32).

C'est ce dernier concept qui nous sera utile. Le cadavre peut être l'objet du transfert. L'acteur face au corps mort projettera ses croyances sur la mortalité, ce qu'il considère comme impur et injuste. Les histoires entourant le décès de l'individu pourront appeler certains souvenirs

personnels. Les expériences passées acquises lors de la socialisation primaire² construiront l'imaginaire et les normes autour de la mort.

Dans la salle d'autopsie, ces questionnements qui semblent internes à chacun, seront visibles de tous. En effet, à travers les postures du corps, les croyances et les émotions des individus peuvent être lues. Ce langage non verbal, peut trahir une disposition positive ou négative, un inconfort ou une décontraction. Marcel Mauss, (1872-1950) sociologue et anthropologue français montre que les techniques du corps sont socialement et culturellement acquises et traduisent les normes sociales intégrées (33). Dans notre étude, cet outil théorique nous servira à appréhender des individus parfois silencieux et circonspects.

B. La déshumanisation et la dépersonnalisation

La rencontre avec le corps mort dépend de plusieurs dispositions individuelles et sociales déterminées par la culture, la religion, la classe sociale, l'origine. Les professionnels rencontrés en salle d'autopsie ont en commun de faire face à des situations quotidiennes d'extrême violence, de contact avec la mort, le deuil ou la souffrance. Cette caractéristique qui les unit, leur feront développer des mécanismes défensifs similaires.

Un mécanisme défensif est une stratégie inconsciente qu'un individu développera pour se protéger contre des situations menaçantes ou anxiogènes (34,35). Les principaux mécanismes de défense identifiés sont :

- Le refoulement consistant à repousser des pensées ou des souvenirs pénibles en dehors de la conscience.

² Ce sujet sera développé dans la partie 2.

- Le déni consistant à refuser de reconnaître une réalité douloureuse.
- La projection consistant à attribuer à autrui ses propres désirs ou émotions refoulés.
- La sublimation consistant à transformer des pulsions inacceptables en activités socialement valorisées.
- La rationalisation³ consistant à justifier un comportement en lui trouvant une explication rationnelle tout en occultant les véritables motifs.
- La réification consistant à la transformation d'un être en objet.

Face au corps mort une attitude deux attitudes sont observées : la projection et la réification.

³ À ne pas confondre avec la rationalisation selon Weber.

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et monocentrique, qui s'est déroulée à l'Institut de Médecine Légale de Strasbourg du 1^{er} août 2023 au 30 avril 2024.

Cette étude adopte une approche mixte avec dans un premier temps une partie quantitative qui a consisté en l'analyse statistique de 165 questionnaires distribués en format papier, remis en fin d'autopsie à des enquêteurs policiers ou gendarmes, des techniciens de police scientifique ou d'identification criminelle, et à trois moments clés du stage des étudiants en médecine.

Dans un second temps, une partie qualitative, basée sur l'analyse de 14 observations participantes selon une approche ethnométhodologique, permettant de décrire avec précision les interactions quotidiennes des acteurs externes. Un entretien semi-directif supplémentaire a été réalisé auprès de deux auditrices de justice, qui fera l'objet d'un travail ultérieur.

II. Population d'étude et échantillon

1. Population cible

Dans cette étude, les acteurs externes sélectionnés sont les enquêteurs de police judiciaire, les techniciens de police scientifique ou d'identification criminelle, et les étudiants en médecine, car leur présence est plus habituelle et fréquente. Un entretien opportuniste a toutefois été conduit auprès de deux auditrices de justice présentes lors d'une autopsie observée afin d'enrichir notre analyse.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

A. Méthodologie quantitative

Dans un souci de clarté, les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés dans le **Tableau**

1. Le diagramme de flux, qui résume les populations étudiées est présenté dans la **Figure 4**.

Tableau 1: Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Groupe « enquêteurs »	<ul style="list-style-type: none">• Avoir assisté en partie ou jusqu'au bout à une autopsie avant de répondre au questionnaire• Être francophone• Être majeur	<ul style="list-style-type: none">• Avoir déjà rempli le questionnaire une première fois (<i>dans ce cas, le doublon était utilisé pour vérifier la fiabilité dans le cadre de la méthode test-retest</i>)
Groupe « étudiants en médecine »	<ul style="list-style-type: none">• Être en stage en médecine légale pour une durée supérieure à 15 jours• Être francophone• Être majeur.	<ul style="list-style-type: none">• Être en stage de médecine légale pour une durée strictement inférieure à 15 jours (<i>ce critère a été établi pour permettre une observation longitudinale homogène entre chaque étudiant</i>)

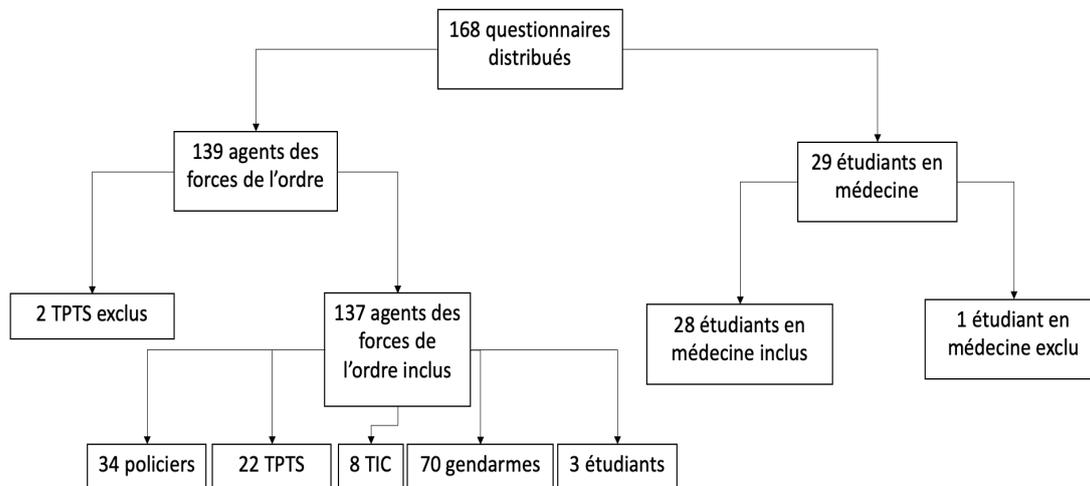


Figure 4 : Diagramme de flux ou "flow chart" de la population étudiée

B. Méthodologie qualitative

L'objectif était celui d'une variance maximale, une diversité importante de profils était donc requise. Une attention particulière a été portée sur les caractéristiques des acteurs externes et internes (sexe, âge, profession...) et sur le contexte de réalisation de l'autopsie afin d'analyser des situations variées et limiter un biais de sélection.

Les caractéristiques générales des quatorze autopsies observées ont été résumées dans le **Tableau 2** Les noms de tous les acteurs présents ont été anonymisés. Le contexte de demande d'autopsie a été exposé de façon non détaillée afin de respecter le secret médical et de l'instruction.

Tableau 2 : Description générale des acteurs présents et de la nature de l'autopsie observée au sein des 14 observations participantes

	Acteurs internes	Enquêteurs / TPTS – TIC / Autres étudiants	Étudiants en médecine	Nature de l'autopsie
Observation n°1 (3/11/2023)	Dr J + 2 internes	2 gendarmes	2 étudiants	Accident de la voie publique
Observation n°2 (13/11/2023)	Dr J + 2 internes	1 gendarme	2 étudiants	Suicide
Observation n°3 (1/12/2023)	Moi-même	2 gendarmes	2 étudiants	Décès d'origine naturelle
Observation n°4 (12/12/2023)	Dr Z	1 gendarme + 1 TIC + 2 policiers	2 étudiants	Accident de la voie publique
Observation n°5 (20/12/2023)	Dr Z + 2 internes	2 gendarmes + 1 étudiant officier	2 étudiants	Décès d'origine naturelle
Observation n°6 (18/1/2024)	Dr Y	2 gendarmes	2 étudiants	Suicide
Observation n°7 (29/1/2024)	Dr N + 2 internes	2 gendarmes	4 étudiants	Suicide d'un agent du service public
Observation n°8 (2/2/2024)	Dr J	2 gendarmes	2 étudiants	Noyade
Observation n°9 (20/2/2024)	Dr Z	2 policiers + 3 TPTS	Ø	Accident de la voie publique
Observation n°10 (28/2/2024)	Dr B + 2 internes	2 gendarmes	2 étudiants	Accident du travail
Observation n°11 (26/3/2024)	Dr Z	1 policière + 1 TPTS	Ø	Décès d'origine naturelle
Observation n°12 (27/3/2024)	Dr B	2 gendarmes + 2 auditrices de justice	2 étudiants	Noyade au domicile
Observation n°13 (22/4/2024)	Dr N	1 gendarme + 1 TIC	3 étudiants	Décès d'origine naturelle d'un enfant
Observation n°14 (29/4/2024)	Dr B + Dr Z	2 policiers + 1 TPTS	2 étudiants	Homicide volontaire

3. Méthode de sélection

Pour cette étude, un échantillonnage de convenance a été utilisé en raison de la disponibilité et de l'accessibilité des participants. Les enquêteurs ont été sélectionnés parmi ceux se présentant en salle d'autopsie à l'Institut de médecine légale de Strasbourg, et les étudiants en médecine ont été recrutés pendant leur stage de médecine légale.

III. Recueil des données

1. Partie quantitative

A. Élaboration du questionnaire :

Ces questionnaires ont été établis à partir des réponses d'entretiens exploratoires menés en premier lieu auprès de 3 étudiants en médecine en fin de stage, d'un enquêteur OPJ et d'un TPTS à la suite d'une autopsie. La réalisation d'entretiens exploratoires préalables a permis d'identifier les thèmes, les préoccupations et questions importantes pour les participants. Ils sont disponibles en annexe (partie II). L'intérêt méthodologique était d'une part de tester les hypothèses initiales de l'étude, et d'autre part de découvrir de nouveaux axes d'étude. Finalement les entretiens exploratoires s'apparentaient à un pré-test informel qui permettait de valider et d'étayer les hypothèses de départ pour ajuster le questionnaire qui a servi de base à l'analyse statistique quantitative.

B. Procédure de collecte des réponses aux questionnaires :

Le recueil de données a consisté en la distribution de questionnaires en format papier.

Deux types de questionnaires se distinguaient :

- D'une part ceux à l'attention des enquêteurs qui étaient proposés à chaque fin d'autopsie par un acteur interne (technicien de morgue, interne, ou médecin thésé) afin de leur laisser l'opportunité de suivre et participer à l'autopsie. Le questionnaire était présenté comme faisant partie d'une étude visant à explorer les ressentis et le vécu des enquêteurs et des étudiants en médecine en salle d'autopsie, dans le cadre d'une thèse de médecine et d'un mémoire de master en sociologie. L'enquêteur pouvait refuser de remplir le questionnaire, le consentement oral était recueilli.
- D'autre part, les étudiants en médecine disposaient d'un questionnaire en 3 temps, selon une approche longitudinale, le premier jour de stage (T0), après la première autopsie (T1) et à la fin du stage (T2). Cette méthode avait pour bénéfice d'examiner les trajectoires individuelles dans le temps, d'identifier des facteurs de risques ou de protection par rapport à un phénomène et renforcer l'engagement et l'implication des étudiants dans l'étude.

Chaque questionnaire rempli était recueilli directement par le même évaluateur. Les réponses étaient classées dans des tableaux distincts, par corps de métier (étudiants en médecine, policiers, gendarmes, TPTS, TIC, autres étudiants) sur le logiciel Excel® pour les analyser.

2. Partie qualitative

A. Élaboration de la grille d'observation :

Au préalable, une grille d'observation a été élaborée pour organiser les éléments à observer, tels que la tenue vestimentaire et l'interaction entre les enquêteurs (la grille est disponible en annexe). Cette grille a été créée à l'aide des observations et réflexions quotidiennes recueillies auprès des acteurs internes et à l'aide de bases théoriques d'interactionnisme symbolique. Les observations étaient effectuées par le même observateur à l'aide de cette grille, sans que les participants ne soient informés, afin de favoriser l'authenticité des interactions.

Par ailleurs un entretien semi-directif opportuniste a été mené avec deux auditrices de justice, actrices clés du système judiciaire.

B. Procédure de collecte des données lors d'une observation participante :

Pour la partie qualitative, le recueil de données a été réalisé à travers des observations participantes selon une approche ethnométhodologique au sens large du terme. L'ethnométhodologie est une perspective sociologique qui étudie les actions et pratiques ordinaires des participants. Cette méthode était la plus appropriée pour observer comment les participants construisent et maintiennent leurs perceptions en salle d'autopsie. Chaque détail en lien avec la grille d'observation, était consigné dans un carnet de note de terrain. Lors de la prise de note, certains schémas ont été également réalisés afin de représenter les positionnements des différents acteurs en salle d'autopsie. Dans un second temps, les données

ont été saisies sur le logiciel de traitement de texte Word® pour plus de lisibilité avant analyse.

Les participants ont été anonymisés.

IV. Variables étudiées

1. Descriptions des variables principales et secondaires

Les différentes variables d'intérêt de cette étude sont regroupées dans le **Tableau 3** ci-dessous.

Tableau 3 : Variables principales et secondaires

Variables principales	Variables secondaires
<ul style="list-style-type: none">• Représentations et attentes des participants (<i>détail en annexe dans le tableau thématique des questionnaires</i>)• Vécus et ressentis des participants au moment de leur première autopsie et au cours de l'autopsie où le questionnaire est distribué.	<ul style="list-style-type: none">• Données démographiques : âge, genre, niveau d'étude, expérience professionnelle, grade, statut parental, régime alimentaire, tribunal de rattachement• Prérequis de formation et support des institutions (<i>détail en annexe dans le tableau thématique des questionnaires</i>)

2. Méthode de mesure des variables

A. Variables de la partie quantitative :

Les variables principales et secondaires ont été mesurées par l'emploi de question à modalités diverses :

- Fermées à réponses binaire (oui ou non) ;
- Fermées à choix multiples ;
- Incluant des échelles de 0 à 10 ;
- Ouvertes.

B. Variables de la partie qualitative :

Au sein des observations participantes les variables principales et secondaires ont été étudiées par le comportement des différents acteurs et par les dialogues et interactions se produisant. L'analyse de l'expérience et du vécu a été complémentaire à celles des réponses aux questions ouvertes.

V. Plan d'analyse des données

1. Analyse quantitative

A. Statistiques descriptives

Les mesures statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel informatique Microsoft Excel[®] sous MacOS Ventura.

Les caractéristiques individuelles des populations étudiées ont préalablement été regroupées en plusieurs tableaux et fait l'objet d'une analyse statistique descriptive incluant le calcul des prévalences, moyennes, écarts-types, médianes et proportions. La comparaison de variables

d'intérêt a été évaluée par le test du Chi deux (χ^2) avec un calcul de la *p value* associé à l'aide du logiciel informatique Microsoft Excel®.

B. Évaluation des variables

Les réponses aux questions ouvertes des variables principales et secondaires ont fait l'objet d'une catégorisation en plusieurs groupes, sous forme de tableau. Les variables secondaires ont été corrélées aux variables principales dans un second temps.

Pour les données purement quantitatives comme l'âge ou l'expérience, une mesure du coefficient de corrélation linéaire de Pearson (valeur proche de 1 : corrélation parfaite ; valeur proche de 0 : absence de relation linéaire) avec calcul de l'intervalle de confiance a été réalisé. Pour les données qualitatives, une catégorisation préalable a été effectuée pour trier les données d'intérêt (la valeur 0 était attribuée à l'hypothèse nulle H0 et la valeur 1 à l'hypothèse d'intérêt H1) puis disposé dans un tableau de contingence et enfin analysé avec un test du chi deux (χ^2). Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% soit un seuil de signification statistique « *p* » retenu pour chaque test inférieur à 0,05.

Pour certaines variables, une analyse par régression linéaire a été effectuée afin de préciser le lien entre la survenue d'un évènement et d'un second.

2. Analyse qualitative

Pour l'analyse des observations participantes, nous avons relu les différentes observations, les thèmes récurrents ont été surlignés puis catégorisés afin d'établir une grille d'analyse.

VI. Méthodologie de la bibliographie

Les recherches bibliographiques de cette étude ont été réalisées en langue française et anglaise. Ces recherches ont permis d'établir que les pratiques et le vécu des acteurs externes en salle d'autopsie n'ont jamais été étudiés par une approche sociologique. Ce qui a permis de déterminer cet axe d'étude original. Elles se sont ensuite poursuivies pour permettre de construire la méthodologie, conduire l'interprétation et mener l'analyse des données à bien.

Ces recherches bibliographiques ont été effectuées à partir de plusieurs bases de données médicales et sociologiques : bibliothèques universitaires de médecine et de sciences sociales, Cairn, Persée, portail des thèses SUDOC, Archives Ouvertes HAL, PubMed. De nombreux mots-clés ont été utilisés seul et/ou en association : autopsie, autopsie médico-légale, autopsie judiciaire, représentation, sociologie de la police, émotion, ressenti, vécu, interactionnisme, médecine légale, histoire, judiciaire, policiers, gendarmes, enquêteurs, étudiants en médecine.

Ces différents ouvrages et articles ont été indexés dans le logiciel Zotero® et seront cités tout au long du manuscrit.

VII. Éthique et confidentialité

1. CNIL / RGPD

Une demande d'avis via un formulaire concernant les formalités éthiques et réglementaires a été effectué. Celui-ci concluait que cette étude ne relevait pas de la loi « Informatique et libertés » et ne nécessitait pas de déclaration auprès de la CNIL.

2. Consentement et anonymisation

Le consentement oral des participants était toujours recherché. Les questionnaires ne relevaient pas le nom et prénom des participants. Les observations participantes ont été anonymisées, en remplaçant par des lettres aléatoires des noms des médecins observés (Dr B., Dr Z etc...) et par des prénoms fictifs ceux des différents acteurs afin qu'aucune personne ne soit identifiable.

3. Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Introduction et présentation du plan d'analyse :

Cette partie se découpera en deux parties. La première traitera les réponses aux questionnaires, des enquêteurs des étudiants en médecine. La seconde partie sera dédiée à l'analyse des observations participantes.

Dans un souci de clarté, la présentation des résultats sera suivie d'une analyse avec références à des auteurs ou concepts clés.

I. Réponses aux questionnaires

1. Analyse des réponses des enquêteurs
 - A. Données générales
 - B. Expérience professionnelle
 - C. Formation à l'autopsie reçue et auto-évaluation
 - D. « L'imaginaire » de l'autopsie
 - E. Le « réel » de l'autopsie
2. Analyse des réponses des étudiants en médecine
 - A. Données générales
 - B. Cours théorique et formation pratique
 - C. « L'imaginaire » de l'autopsie
 - D. Le « réel de l'autopsie

II. Analyse des observations participantes

1. Caractéristiques générales de la population étudiée
2. Analyse
 - A. Les comportements types
 - B. Les profils types

I. Réponses aux questionnaires

Dans cette étude 165 questionnaires ont été analysés, la **Figure 5** reprend la répartition des différents effectifs. L'effectif total est constitué de 34 policiers, 22 TPTS, 70 gendarmes, 3 autres étudiants (des étudiants en master de droit et un élève officier) et 28 étudiants en médecine.

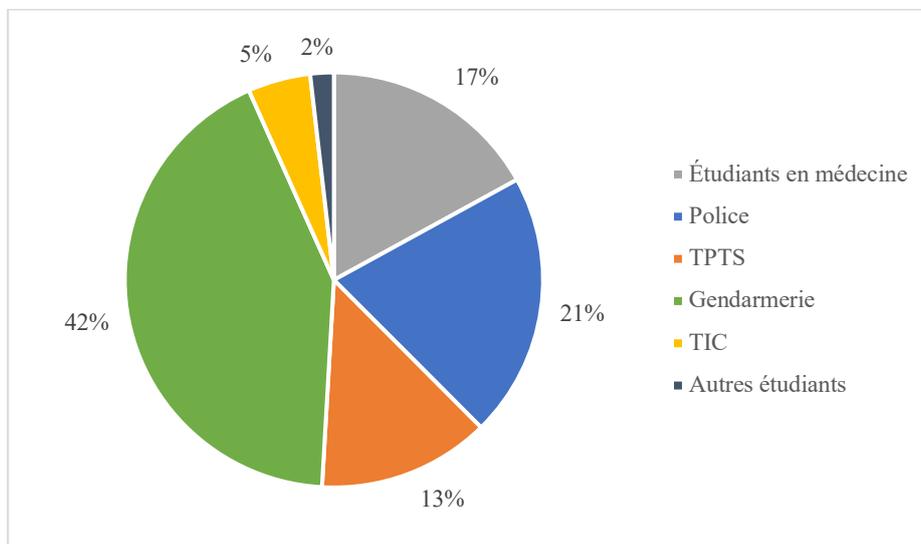


Figure 5 : Graphique en secteur représentant la répartition générale de l'échantillon (en pourcentage %)

1. Analyse des réponses des enquêteurs

A. Données générales

Le **Tableau 4** résume les caractéristiques démographiques des populations interrogées par questionnaire lors de l'étude.

Tableau 4 : Caractéristiques principales des catégories enquêteurs (NC : non concernés)

Catégories	Valeurs	Policiers	TPTS	Gendarmes	TIC	Autres Étudiants	Totaux
Total		34 (24%)	22 (16%)	70 (51%)	8 (5%)	3 (2%)	137 (100%)
Sexe							
	Femme	15 (44%)	13 (59%)	23 (33%)	1 (13%)	2 (66%)	54 (39%)
	Homme	19 (56%)	9 (41%)	47 (67%)	7 (87%)	1 (34%)	83 (61%)
Âge (en années)							
	[18-25]	4 (11%)	3 (13%)	24 (34%)	0 (0%)	3 (100%)	34 (24%)
	[26-30]	6 (17%)	2 (9%)	11 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (14%)
	[31-35]	5 (14%)	6 (27%)	9 (13%)	2 (25%)	0 (0%)	22 (16%)
	[36-40]	3 (8%)	4 (18%)	9 (13%)	1 (12%)	0 (0%)	17 (12%)
	[41-45]	6 (17%)	5 (22%)	10 (14%)	1 (12%)	0 (0%)	22 (16%)
	[46-50]	8 (23%)	1 (4%)	5 (7%)	2 (25%)	0 (0%)	16 (11%)
	>50	2 (5%)	1 (4%)	2 (2%)	2 (25%)	0 (0%)	7 (5%)
Parentalité							
	Oui	17 (50%)	6 (27%)	31 (44%)	7 (87%)	0 (0%)	61 (44%)
	Non	17 (50%)	16 (72%)	39 (55%)	1 (13%)	3 (100%)	76 (56%)
Dernier diplôme obtenu							
	BAC	11 (32%)	6 (27%)	33 (47%)	0 (0%)	0 (0%)	50 (36%)
	BAC +2	15 (44%)	4 (18%)	26 (37%)	1 (13%)	0 (0%)	46 (33%)
	Licence	5 (15%)	6 (27%)	6 (8%)	5 (62%)	2 (66%)	24 (17%)
	Master	3 (8%)	5 (22%)	3 (4%)	2 (25%)	1 (34%)	14 (10%)
	Doctorat	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)
	Non répondant	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)
Tribunal de provenance							
	TJ Strasbourg	25 (73%)	16 (72%)	24 (34%)	1 (13%)	NC	66 (49%)
	TJ Mulhouse	6 (17%)	4 (18%)	9 (12%)	0 (0%)	NC	19 (14%)
	TJ Saverne	0 (0%)	1 (4%)	19 (27%)	0 (0%)	NC	20 (15%)
	TJ Sarreguemines	0 (0%)	1 (4%)	1 (1%)	0 (0%)	NC	2 (1%)
	TJ Colmar	1 (2%)	0 (0%)	12 (17%)	0 (0%)	NC	13 (9%)
	Compétence départementale	2 (5%)	0 (0%)	5 (7%)	7 (87%)	NC	14 (10%)

a. Effectifs :

L'échantillon « enquêteurs » est constitué de 51% de gendarmes, 24% de policiers, 16% de techniciens de police technique et scientifique, 5% de techniciens d'identification criminelle et 2% d'autres étudiants. Les autres étudiants correspondent à des élèves officiers ou à des étudiants en licence ou master qui effectuaient un stage en secteur gendarmerie ou police.

Concernant le niveau scolaire des enquêteurs, le **Tableau 4** met en lumière que 36% des enquêteurs interrogés ont comme dernier diplôme le baccalauréat. Les sous-groupes les plus représentés sont les gendarmes où 47% des individus ont un niveau baccalauréat. Les techniciens d'identification criminelle sont les individus interrogés parmi les enquêteurs en poste, ayant le plus haut niveau d'étude (62% ont un niveau licence et 25% un niveau master).

Concernant le tribunal de provenance, on remarque que 49% des enquêteurs interrogés sont rattachés au tribunal judiciaire de Strasbourg, contre 15% pour le tribunal judiciaire de Saverne et 14% pour le tribunal judiciaire de Mulhouse.

Les autres catégories comme le sexe, l'âge ou la parentalité seront traités ultérieurement dans des parties dédiées.

b. Sexe

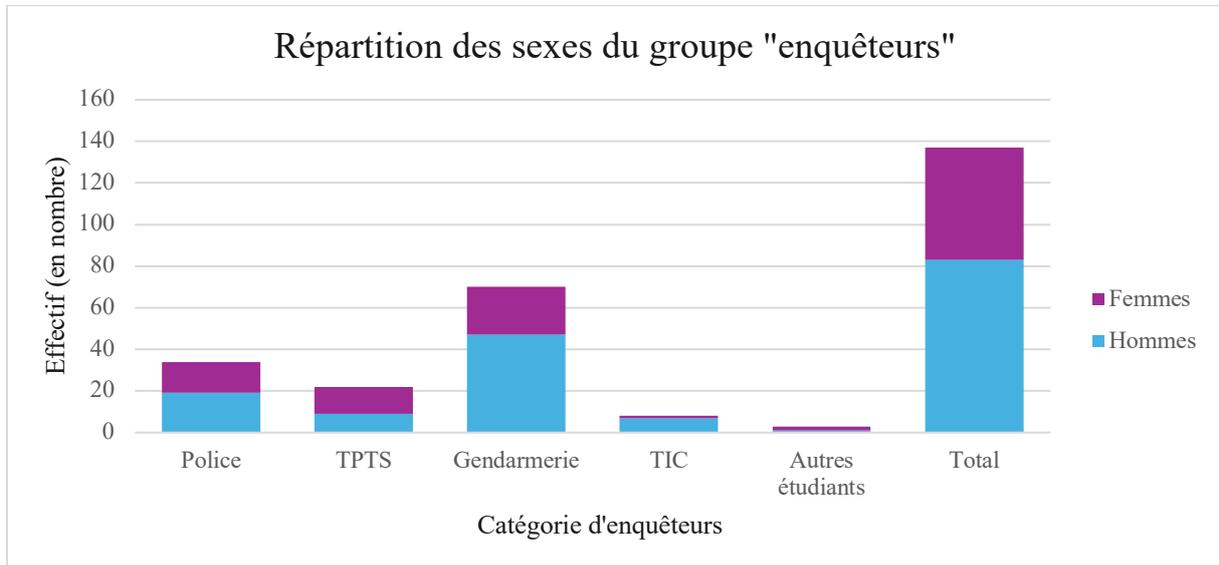


Figure 6: Répartition des sexes par catégorie d'enquêteur

La **Figure 6** représente la répartition des sexes dans le groupe « enquêteurs ». Le sexe ratio H/F est de 1,56. On note que le groupe des gendarmes est celui où le nombre d'hommes par rapport aux femmes est le plus élevé. (67% d'hommes pour 33% de femmes). Ce ratio dans le groupe gendarmerie peut s'expliquer par une féminisation tardive de la profession. (36)

c. Âge

La **Figure 7** ci-dessous représente la répartition des âges dans les différents groupes.

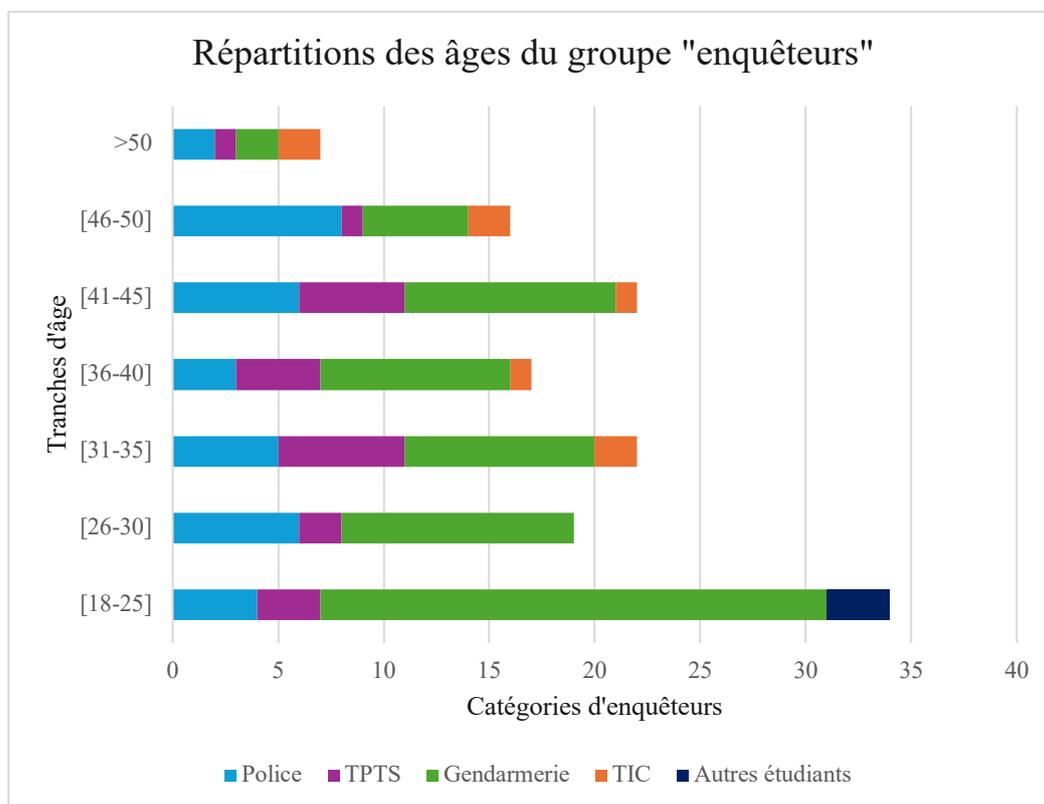


Figure 7: Histogramme représentant la répartition par tranche d'âge des enquêteurs

On remarque que la tranche d'âge la plus représentée indépendamment du sous-groupe considéré est la tranche [18-25]. Le sous-groupe comportant majoritairement cette tranche d'âge sont les gendarmes. Ce résultat peut s'expliquer par l'entrée très jeune dans la profession et une surreprésentation de cette tranche d'âge chez les gendarmes.

On note également que la tranche d'âge la plus représentée chez les policiers est la tranche [46-50]. Cet effectif peut s'expliquer par le fait que les policiers plus gradés, qui ont la charge du dossier d'enquête sont plus fréquemment envoyés en salle d'autopsie que les jeunes recrues.

B. Expérience professionnelle

a. Ancienneté, grade et nombre d'autopsie assistée :

Le **Tableau 5** regroupe les données concernant l'ancienneté, les grades, le nombre d'autopsie assistée (vie entière) des enquêteurs ayant répondu aux questionnaires.

Tableau 5 : Ancienneté, nombre d'autopsies assistées vie entière et grade des enquêteurs ayant répondu aux questionnaires (NC : non concernés)

Catégories	Valeurs	Policiers	TPTS	Gendarmes	TIC	Autres Étudiants	Totaux
Ancienneté (en années)							
	[0-5]	13 (38%)	10 (45%)	23 (32%)	0 (0%)	NC	46 (34%)
	[6-10]	4 (11%)	2 (9%)	14 (20%)	1 (13%)	NC	21 (15%)
	[11-15]	2 (5%)	4 (18%)	9 (12%)	3 (37%)	NC	18 (13%)
	[16-20]	4 (11%)	2 (9%)	9 (12%)	0 (0%)	NC	15 (11%)
	>20	11 (32%)	4 (18%)	12 (17%)	4 (50%)	NC	31 (23%)
	Non répondant	0 (0%)	0 (0%)	3 (4%)	0 (0%)	NC	3 (2%)
Autopsie assistée							
	1	16 (47%)	3 (13%)	30 (42%)	1 (13%)	3 (100%)	53 (38%)
	[2-5]	7 (20%)	4 (18%)	22 (31%)	0 (0%)	0 (0%)	33 (24%)
	[6-10]	2 (5%)	1 (4%)	13 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (11%)
	>10	9 (26%)	14 (63%)	5 (7%)	7 (87%)	0 (0%)	35 (25%)
Grade police							
	Corps d'encadrement et d'application	31 (91%)	NC	NC	NC	NC	31 (91%)
	Corps de commandement	1 (2%)	NC	NC	NC	NC	1 (2%)
	Corps de conception et direction	2 (5%)	NC	NC	NC	NC	2 (5%)
Grade gendarmerie							
	Élèves	NC	NC	3 (4%)	0 (0%)	NC	3 (4%)
	GAV	NC	NC	12 (17%)	0 (0%)	NC	12 (16%)
	Sous-officiers subalternes	NC	NC	31 (44%)	3 (38%)	NC	34 (46%)
	Sous-officiers supérieurs	NC	NC	23 (32%)	5 (63%)	NC	28 (38%)
	Non répondant	NC	NC	1 (1%)	0 (0%)	NC	1 (1%)
Grade TPTS							
	ASPTS	NC	4 (18%)	NC	NC	NC	4 (18%)
	TPTSc	NC	1 (4%)	NC	NC	NC	1 (4%)
	TPTS	NC	11 (50%)	NC	NC	NC	11 (50%)
	TPPTS	NC	6 (27%)	NC	NC	NC	6 (27%)

34 % de l'échantillon d'enquêteurs avait une ancienneté comprise entre 0 et 5 ans et 23 % de l'échantillon avait une ancienneté supérieure à 20 ans.

On remarque que 38% des enquêteurs interrogés assistent à leur première autopsie. Les deux populations les plus représentées sont les policiers et les gendarmes (respectivement 47% et 42 %).

25% de enquêteurs avaient assisté à plus de 10 autopsies au moment du questionnaire. Parmi ces 25%, on note que les TPTS et les TIC sont les deux professions ayant le plus d'expérience en termes d'autopsie avec respectivement 63 % et 87% des individus ayant assisté à plus de 10 autopsies au cours de leur carrière.

Nous apprenons également par la lecture des données de ce tableau que 91% des policiers ayant répondu au questionnaire appartiennent au corps d'encadrement et d'application soit le premier grade de police. En revanche, en gendarmerie le corps des sous-officiers est le plus représentés avec 44% de sous-officiers subalternes et 32 % d'officiers supérieurs. Les techniciens d'identification criminelle interrogés sont constitués d'une majorité de sous-officiers supérieurs (63% de l'échantillon).

b. Place de l'enquêteur dans l'enquête

b. 1. Raison de la présence en salle d'autopsie

Certains enquêteurs se présentent en salle d'autopsie de leur plein gré afin de finaliser l'enquête décès ordonnée par le magistrat. D'autres sont contraints par leur hiérarchie de se présenter à l'IML de Strasbourg, pour assister à l'autopsie judiciaire. Ce dernier cas concerne près de 61% des enquêteurs interrogés.

Les policiers sont présents en salle d'autopsie sur ordre hiérarchique dans 46% des cas. Les gendarmes le sont à 68%. 12% des policiers sont présents suite à la sollicitation d'un collègue.

(Figure 8)

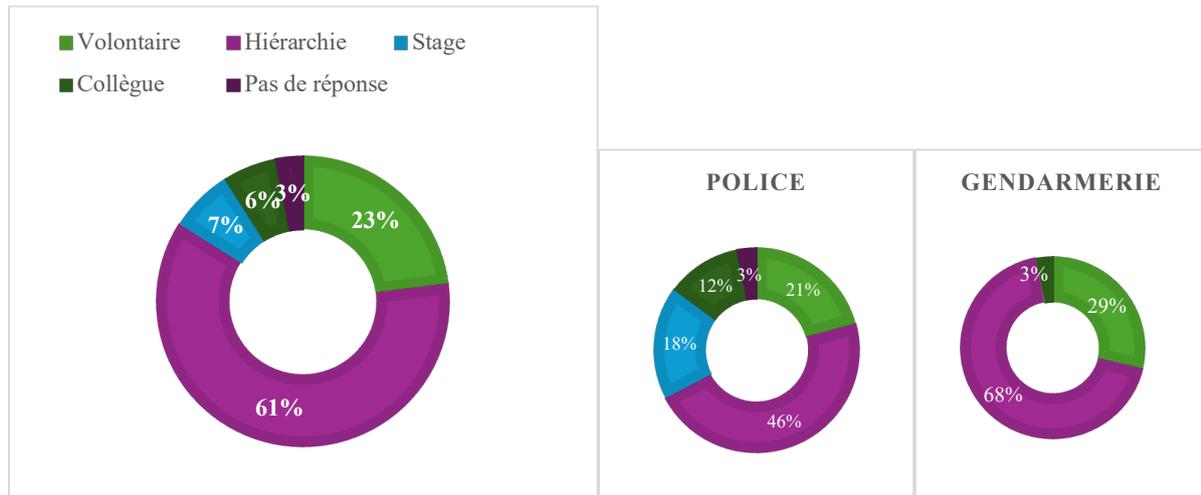


Figure 8 : Graphique en anneau représentant la raison de la présence des enquêteurs en salle d'autopsie (en pourcentage %).

b. 2. Enquêteurs en charge du dossier d'enquête :

69% des enquêteurs n'ont pas la charge du dossier d'enquête pour lesquels ils se déplacent en salle d'autopsie. (**Figure 9**)

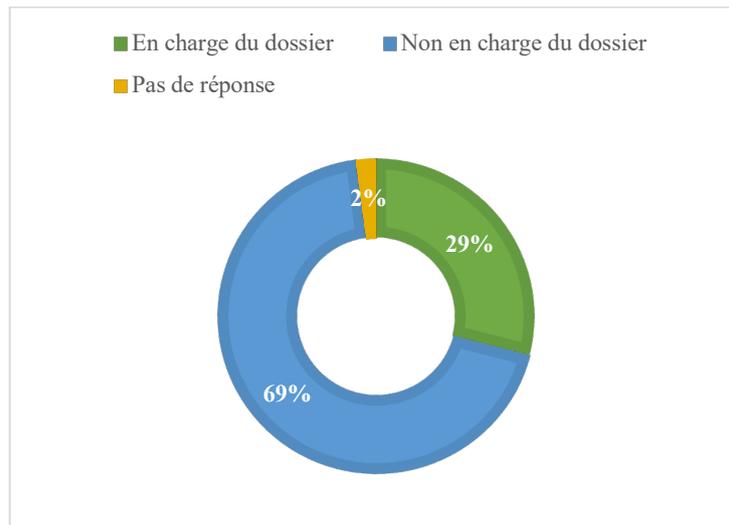


Figure 9 : Graphique en anneau représentant le pourcentage d'enquêteurs en charge du dossier d'enquête pour lesquels ils se déplacent en salle d'autopsie.

Pour rappel, 61% des enquêteurs interrogés sont présents en salle d'autopsie par ordre hiérarchique (**Figure 8**) et seul 29% des enquêteurs interrogés ont la charge du dossier d'enquête. (**Figure 9**)

Ainsi la question que nous nous posons est :

Existe-t-il une corrélation entre le fait d'être présent en salle d'autopsie par ordre hiérarchique et avoir la responsabilité du dossier d'enquête ?

Lien entre le fait d'être en salle d'autopsie par ordre hiérarchique et avoir la charge du dossier d'enquête

Effectivement un test du chi-carré (χ^2) a été effectué pour évaluer l'association de ces deux variables à partir des données de chaque sous-groupe (gendarmes, policiers, TPTS, TIC). Les résultats ont révélé une association statistiquement significative avec un $\chi^2(1, N=129) = 0,04$, $p < 0,05$.

Cela indique que les enquêteurs présents par ordre hiérarchique **sont significativement plus susceptibles d'avoir la charge du dossier**. (*Tableau de contingence n°1 en annexe*)

Cette **association** a également été recherchée **pour tous les sous-groupes** indépendamment les uns des autres.

Celle-ci a été retrouvée seulement dans le sous-groupe « gendarme » avec $\chi^2(1, N=70) = 0,004$, $p < 0,05$. (*Tableau de contingence n°2 en annexe*) Cela indique que les **gendarmes** présents par ordre hiérarchique sont **significativement plus susceptibles d'avoir la charge du dossier**.

Cette association semble refléter des ordres cohérents et adaptés de la hiérarchie pour le groupe des gendarmes. Cet ordre hiérarchique peut également s'intégrer dans une conduite protocolaire telle que la culture militaire l'impose (20).

L'association entre la présence par ordre hiérarchique et le fait d'avoir la charge du dossier **n'était pas significative** dans les groupes polices, TPTS et TIC. Avec respectivement $\chi^2(1, N=33) = 0,52$; $\chi^2(1, N=18) = 0,44$ et $\chi^2(1, N=8) = 0,85$. La *p value* est $> 0,05$ dans chacun des cas précédents. Pour les autres groupes d'enquêteurs la présence en salle d'autopsie par ordre hiérarchique n'est pas significativement associée au fait d'avoir la charge du dossier. Dans ces

autres groupes l'ordre hiérarchique semble plus aléatoire et reflète une affectation soumise au hasard du personnel. En effet, souvent le personnel d'astreinte est envoyé en salle d'autopsie. Il ne s'agit pas toujours des enquêteurs ayant participé à la levée de corps ou ayant la charge du dossier d'enquête.

Leur présence semble requise pour des raisons de représentation de la profession au sein de l'autopsie ou à des fins de gratification symbolique de l'agent pour la police judiciaire. (ce point sera développé plus tard dans l'analyse) Une hypothèse secondaire est celle d'une hiérarchie éloignée des réalités de terrain et proche d'une logique pragmatique d'effectif.

Lien entre le fait d'être en salle d'autopsie par ordre hiérarchique et la bonne ou mauvaise réaction à la demande

Nous avons cherché à savoir comment était reçue la décision d'assister à une autopsie par ordre hiérarchique. Ainsi nous avons interrogé cette hypothèse par l'analyse de la question « Qui vous a demandé de participer à l'autopsie ce jour ? » était « Comment avez-vous réagi à cette demande ? ». (La demande était celle de participer à une autopsie par ordre hiérarchique). Il s'agissait d'une question ouverte, les réponses ont été catégorisées et classées tel qu'illustré dans la **Figure 10**.



Figure 10: Illustration schématisant les réponses à la question "comment avez-vous réagi à cette demande ?" allant de très mal à très bien

« Bonne » réaction :

Un test du chi carré (χ^2) a été effectué pour tester l'association entre une bonne ou très bonne réaction à la demande de participer à l'autopsie du jour. Dans le groupe **des policiers** le $\chi^2(1, N=28) = 0,02, p < 0,05$. Ceci suggère une **association significative entre le fait d'avoir bien ou très bien réagi à l'ordre hiérarchique de participer à l'autopsie judiciaire**. (*Tableau de contingence n°3 en annexe*)

La gratification qu'obtiendront les policiers « contraints » d'assister à l'autopsie sans avoir la charge du dossier est symbolique. Elle s'explique avec la définition sociale du « bon policier » qui agit dans son rôle principal dans la « répression du crime ». (16) Le policier envoyé en salle d'autopsie entrera parfaitement dans la définition valorisée de sa profession, il ou elle assistera à l'autopsie, cela permettra de parfaire l'image du policier impliqué dans la répression du crime. Ainsi la hiérarchie favorisera l'affectation même aléatoire des policiers assistant à l'autopsie.

Dans les groupes « TPTS », « gendarmerie » et « TIC » :

Cette association **n'est pas significative** pour les groupes **TPTS, gendarmerie et TIC**. Avec respectivement $\chi^2(1, N=15) = 0,75$; $\chi^2(1, N=57) = 0,24$ et $\chi^2(1, N=7) = 0,80$. La **p value est supérieure à 0,05** dans chacun des cas précédents.

« Mauvaise » réaction :

Au contraire, on observe une **association significative** entre **la présence par ordre hiérarchique et une mauvaise ou très mauvaise réaction** à cet ordre dans le groupe des

gendarmes. En effet $\chi^2 (1, N=57) = 0,03, p < 0,05$. (Tableau de contingence n°4 en annexe) À noter que cette association n'était pas significative dans les autres groupes.

L'hypothèse avancée pour expliquer cette association est la polyvalence des tâches qui incombent aux gendarmes dans leur quotidien. En effet, ayant une compétence territoriale plus étendue que celle des policiers, et des missions plus diverses (sécurité publique, accueil, renseignements, sécurité routière, enquêtes judiciaires), l'ordre hiérarchique de se déplacer en salle d'autopsie apparaît comme une contrainte. C'est ce qu'on observe dans les réponses données par les cinq gendarmes ayant eu une mauvaise ou très mauvaise réaction à l'ordre hiérarchique de participation à l'autopsie « *j'ai vécu cette demande comme une contrainte professionnelle (...)* »⁴, « *je me sentais dans l'obligation d'y aller* »⁵.

Toutefois, en raison du faible nombre de réponses, il convient de rester prudent quant à la généralisation de cette association.

En conclusion, ce chapitre révèle des disparités significatives dans la participation et l'expérience des enquêteurs lors des autopsies judiciaires. Une proportion importante des enquêteurs interrogés (38%) assiste à leur première autopsie, tandis que la majorité des TPTS et des TIC (63 % et 87%) ont assisté à plus de 10 autopsies au cours de leur carrière. La contrainte hiérarchique d'assister à une autopsie joue un rôle prépondérant dans la raison de présence en salle d'autopsie. Il s'agit de 61% des enquêteurs avec une incidence particulièrement élevée chez les gendarmes (68%).

⁴ Questionnaire G66 datant de mars 2024 codé comme « mauvaise réaction »

⁵ Questionnaire G15 datant d'octobre 2023 codé comme « mauvaise réaction »

Les motivations et les modalités de participation à l'autopsie diffèrent significativement entre la police et la gendarmerie. En secteur police, la raison de l'ordre hiérarchique de participation à l'autopsie semble plus aléatoire. Cette demande est potentiellement liée à la disponibilité d'agents d'astreinte, ce qui peut compromettre la continuité du suivi des dossiers d'enquête. En revanche, chez les gendarmes, la demande hiérarchique est corrélée à la charge du dossier, autrement dit, l'agent envoyé en salle d'autopsie par la hiérarchie est celui qui a la charge du dossier d'enquête.

De manière intéressante, la réaction des enquêteurs à la demande d'assister à une autopsie varie selon les secteurs. Une association significative entre réaction négative et contrainte hiérarchique de participation à l'autopsie a été observée uniquement chez les gendarmes, tandis que les policiers ont tendance à réagir positivement. Cette différence pourrait s'expliquer par la valorisation sociétale, et au sein même du groupe « police », du « bon policier » participant activement à la répression du crime à travers sa présence aux autopsies médico-légales.

C. Formation à l'autopsie reçue et auto-évaluation

a. Formation à l'autopsie reçue :

La **Figure 11** représente le pourcentage de professionnels ayant reçu une formation à l'autopsie judiciaire avant d'assister à leur toute première autopsie.

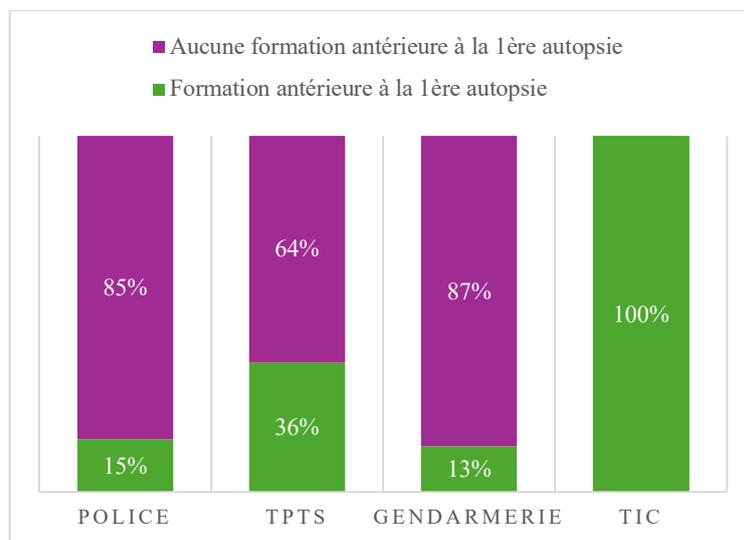


Figure 11: Histogramme représentant la répartition des enquêteurs ayant reçu ou non une formation avant leur 1ère autopsie (en pourcentage %)

100% des techniciens d'identification criminelle avaient reçu une formation théorique préalablement à leur première autopsie. Cette formation fait partie intégrante du module gestion de scène de crime délivré au cours de leur cursus initial. Seul 36% des TPTS ont reçu une formation théorique préalablement à leur première autopsie. Ces deux groupes d'acteurs jouent un rôle primordial en salle d'autopsie, leur intervention fait partie intégrante des étapes de base de l'autopsie judiciaire, ainsi la formation préalable de ces acteurs apparaît cruciale.

Pourtant aucune association significative n'a été observée entre le fait d'avoir reçu une formation préalable à la 1^{ère} autopsie et une meilleure compréhension que la moyenne dans chaque sous-groupe de la terminologie médicale ou des conclusions de l'autopsie.

La compréhension de la terminologie médicale et des conclusions de l'autopsie était testée au moyen d'une échelle d'auto-évaluation graduée de 0 à 10. Voici les moyennes obtenues par chaque sous-groupe. (**Tableau 6**)

Tableau 6: Auto-évaluation de la compréhension de la terminologie médicale et des conclusions de l'autopsie du groupe enquêteurs

	Policiers	TPTS	Gendarmes	TIC	Autres étudiants	Note moyenne
Compréhension de la terminologie médicale	5,8/10	6,2/10	5,5/10	8,5/10	7/10	6,6/10
Compréhension des conclusions de l'autopsie	8,5/10	7,3/10	7,8/10	9,3/10	8/10	8,1/10

Pour tous les groupes confondus, l'association entre une formation préalable à la 1^{ère} autopsie et l'auto-évaluation de la compréhension de la terminologie médicale supérieure à la note moyenne de tous les groupes n'était pas significative $\chi^2(1, N=130) = 0,52, p > 0,05$.

Idem pour l'association entre le fait d'avoir reçu une formation préalable et l'auto-évaluation de la compréhension des conclusions de l'autopsie supérieure à la moyenne qui n'était pas significative $\chi^2(1, N=118) = 0,56, p > 0,05$.

b. Rôle de l'ancienneté dans la compréhension de l'autopsie

Les résultats précédents laissent penser que l'expérience pourrait jouer un rôle plus important dans la compréhension globale de l'autopsie.

En effet deux analyses de régression linéaire ont été effectuées. La première pour examiner la relation entre les années d'expérience et l'auto-évaluation de la compréhension de la terminologie médicale parmi les enquêteurs. La seconde pour examiner la relation entre l'expérience et l'auto-évaluation de la compréhension des conclusions d'autopsie.

b. 1. Corrélation entre l'auto-évaluation de la compréhension de la terminologie médicale et l'ancienneté

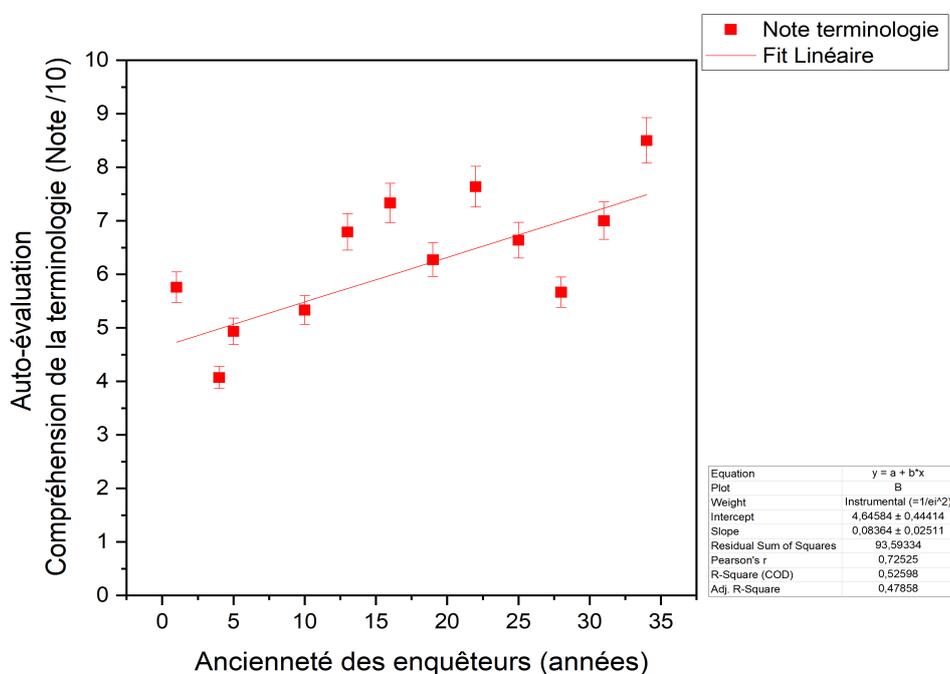


Figure 12 : Nuage de points représentant l'auto-évaluation de la compréhension de la terminologie médicale en fonction de l'ancienneté de l'enquêteur

Pour la première, l'analyse a révélé une **relation positive statistiquement significative** entre les années d'expérience et les scores d'auto-évaluation ($R^2 = 0,85$, $p = 0,0027$, $p < 0,05$). (**Tableau 6**)

Le coefficient de Pearson était égal à **0.72**, (un coefficient égal à 1 suggère une corrélation parfaite entre deux variables). Ces résultats signifient **qu'avec l'expérience les enquêteurs évaluent leur compréhension de la terminologie médicale plus favorablement.**

La **Figure 12** représente le nuage de point obtenu. La ligne de régression montre une tendance globale positive, avec une pente indiquant un taux d'augmentation des scores d'auto-évaluation par rapport à l'expérience.

Ces résultats suggèrent qu'une formation continue à l'autopsie tout au long de la carrière serait providentielle.

b. 2. Corrélation entre l'auto-évaluation de la compréhension des conclusions de l'autopsie et l'ancienneté

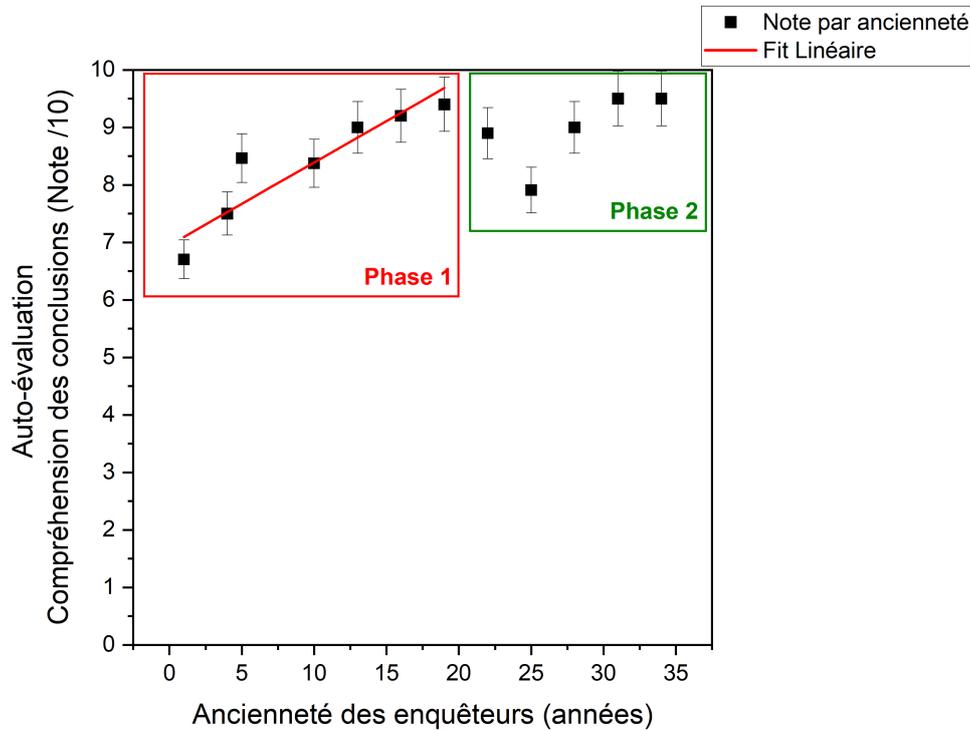


Figure 13 : Nuage de points représentant l'auto-évaluation de la compréhension des conclusions de l'autopsie en fonction de l'expérience de l'enquêteur

Pour la seconde relation, l'analyse a révélé une **relation positive statistiquement significative** entre les années d'expérience et les **scores d'auto-évaluation de la compréhension des conclusions de l'autopsie** ($R^2 = 0,5452$, $p = 0,0061$ ($p < 0,05$)). Cela suggère qu'à mesure que le nombre d'années d'expérience augmente, les enquêteurs évaluent leur compréhension des conclusions de l'autopsie plus favorablement.

Le **coefficient de Pearson** est égal à **0.92**, très proche d'une corrélation parfaite entre ces deux variables. Ces résultats signifient qu'à mesure que le nombre d'années d'expérience augmente

(sur notre graphe jusqu'à environ 20 ans de carrière, **phase 1 encadrée en rouge sur le graphe**), les enquêteurs évaluent de mieux en mieux leur compréhension des conclusions.

En effet à partir de 20 ans de carrière, il existe une inflexion de courbe puis une stabilisation pour ne plus observer ensuite d'augmentation de l'auto-évaluation de la compréhension des conclusions d'autopsie (**phase 2 encadrée en vert sur le graphe**).

La **Figure 13** représente le nuage de point obtenu. Tout comme le précédent modèle, la ligne de régression montre une tendance positive, avec une pente indiquant un taux d'augmentation des scores d'auto-évaluation par rapport à l'expérience jusqu'à environ 20 ans de carrière. Finalement, le jugement de l'enquêteur et dans ce cas son auto-évaluation est « *d'autant plus sûr qu'il est expérimenté* ». (37)

En conclusion de ce chapitre sur les prérequis et la formation, l'ensemble des résultats suggère que l'expérience joue un rôle plus important que la formation théorique initiale dans l'estimation de sa compréhension du langage médico-légal pour les enquêteurs que la formation théorique initiale. Une formation continue gagnerait à être organisée tout au long de leur carrière afin d'améliorer ou maintenir cette compréhension.

D. « L’imaginaire » de l’autopsie

Les enquêteurs ont été interrogés sur leurs représentations de l’autopsie au travers de questions ouvertes. Il s’agissait d’une des variables principales de cette étude.

Tout au long de ce chapitre les réponses seront regroupées sous la forme de cartes mentales pour faciliter la visualisation. Celles-ci seront développées, analysées et mise en lien avec des statistiques issues d’autres questions traitant de thématiques traitant de sujets communs.

a. Les mots évoqués

La première question du thème « représentation » était « *Que vous évoque l’autopsie judiciaire ?* ». La **Figure 14** illustre les réponses principales formulées par les enquêteurs et indique leur fréquence.



Figure 14 : Carte mentale représentant les réponses données par les enquêteurs à la question "Que vous évoque l'autopsie judiciaire ?"

a. 1. Cause de la mort : la rationalisation et l'utilitarisme (51% des réponses)

La réponse la plus représentée dans l'ensemble des sous-groupes était « cause de la mort », (il s'agit de la première réponse pour 56 % des policiers, 50% des TPTS, 49 % des gendarmes, 50% des TIC et 67% des autres étudiants). Cette réponse peut être expliquée par plusieurs éléments.

Tout d'abord, l'autopsie judiciaire est une procédure codifiée, scientifique, rigoureuse qui permet de déterminer rationnellement la cause de décès d'un individu. Si l'on replace l'autopsie dans le cadre Wébérien, celle-ci permet de transformer la mort qui est un événement humain et

corporel en un phénomène analysable, rationnel et compréhensible par l'appareil judiciaire. La mort est entourée de mystère, et est décomposée et disséquée en une suite de faits biologiques et physiques totalement objectifs à l'occasion de l'autopsie. Weber décrit que la société occidentale passe d'une organisation traditionnelle et affective à une organisation rationnelle basée sur l'efficacité et la logique. Cette rationalisation de la société se traduit dans le système judiciaire par une quête de preuves les moins discutables et les plus objectives possibles pour étayer les décisions de justice à l'image de l'autopsie médico-légale. (38) Ainsi, l'autopsie est perçue comme un moyen d'arriver à des fins pratiques et utiles comme celle de la résolution de l'enquête.

Aussi, les enquêteurs entretiennent un lien plus étroit avec les familles. Tout au long de l'enquête judiciaire, ils seront en contact régulier avec les familles endeuillées. Celles-ci seront dans l'attente d'une réponse quant aux causes du décès de leur proche. C'est avec cet objectif professionnel, ancré dans une déontologie de travail qu'ils auront en tête que l'autopsie a une fonction principale et unique de déterminer les causes de décès. Derrière cette idée, se cache celle de l'utilitarisme, l'autopsie en tant qu'outil de justice pourrait permettre le bien être des familles et de rétablir la vérité dans un objectif de « lutte contre le crime » (39).

a. 2. Lien science-justice : (15% des réponses)

L'autopsie c'est « *la science couplée à la recherche des preuves* »⁶ répond un policier dans son questionnaire. Cet acte évoque pour 15% des enquêteurs l'union de la science et de la justice, ce qui souligne l'importance croissante de cette articulation particulière. En effet, l'usage de preuves scientifiques à l'instar de l'acte d'autopsie transforme le rendu de la décision de justice

⁶ Questionnaire P 10 datant du mois de juin 2023

en France. L'autopsie judiciaire apporte des preuves rigoureuses, tangibles, indéniables et offre une légitimité accrue aux décisions judiciaires (40).

Les experts agissent comme interface de traduction et de narration auprès de l'institution judiciaire. L'autopsie permettra de faire le « *lien enquêteurs-médecins* »⁷. Ce lien aura un premier impact sur l'enquêteur référent, s'étant déplacé à l'IML pour assister à l'autopsie puis un second impact sur le magistrat rendant la décision de justice et plus tard un impact indirect sur la confiance accordée par le public au système judiciaire selon la décision rendue (41). Ce que cette association d'idée soulève également c'est une dépendance croissante de la justice à la technologie et à la science dans la réponse judiciaire.

a. 3. Aptitudes ou qualités attendues du médecin légiste : (8% des réponses)

8% des enquêteurs font allusion à des qualités, aptitudes, sentiments que pourraient ou devraient éprouver les légistes au moment l'autopsie. Parmi les aptitudes requises, on retrouve « *la rigueur* » « *la technicité* », « *l'apport de réponses et de nouvelles questions* »⁸. La rigueur attendue demande que le médecin soit le plus méticuleux possible afin de parvenir à une objectivité dans son travail et dans le recueil des preuves. La technicité fait partie des compétences nécessaires pour la reconnaissance du statut d'expert. L'apport de nouvelles questions à l'enquête permet d'entretenir une relation dynamique entre les deux professions qui se rencontrent en salle d'autopsie.

⁷ Questionnaire TIC 6 datant du mois de janvier 2024

⁸ Questionnaire P 24 datant du mois d'avril 2024 et G 5 datant du mois d'août 2023 pour le terme « *rigueur* », G 43 (janvier 2024) pour le terme « *technicité* » et P 34 (avril 2024) pour « *l'apport de réponses et de nouvelles questions* »

a. 4. Adjectifs liés au corps, à la biologie ou à la médecine : (5% des réponses)

5% de l'échantillon répond que l'autopsie judiciaire évoque des mots en lien avec le corps, la biologie ou la médecine. Il s'agit parfois de termes ou phrases péjoratives comparant l'autopsie à une « *boucherie* » ou considérant gravement que « *nous ne sommes qu'un tas de viande* »⁹.

Ces comparaisons témoignent en premier lieu d'une volonté de déshumaniser le corps mort. Les professionnels à l'origine de ces réponses font face quotidiennement au danger, à la violence extrême et à la mort. Il s'agit pour ces personnes d'un mécanisme défensif mettant à distance le corps en le rendant le plus invisible et inhumain possible (23,42). Tous les traits humains et l'histoire du défunt vont être effacés au profit d'une image informe de muscle, chair et os pour protéger la réalité de la fin.

Aussi, ces gendarmes n'ont pu ignorer la nature du métier du chercheur leur ayant proposé le questionnaire. Tout en suscitant la réaction du chercheur elles permettent de mettre en lumière la perception qu'ils ont du médecin légiste. Un médecin ayant pour capacité principale d'objectiver le corps humain et de lui retirer sa dimension humaine et subjective. C'est ce que Foucault appelle le « *medical gaze* », un regard froid transformant le corps en objet d'investigation (43).

D'autres réponses ont été données faisant référence à l'anatomie, à la chirurgie ou aux étapes de l'autopsie.

⁹ Questionnaires G8 et G15 datant du mois d'octobre 2023

a. 5. Références ou comparaison à des séries TV : (1% des réponses)

Cette réponse n'a été donnée que par 1% de l'échantillon. Les enquêteurs répondaient principalement des noms de séries policières à succès sans autre information associée. Un policier a émis une comparaison à la réalité « *très loin de la série les Experts* »¹⁰. La confrontation au réel de la mort et de l'autopsie peut paraître très éloigné de l'imaginaire romancé et lissé des séries et de la représentation faite dans les séries TV (44,45). Pourtant, 37% des enquêteurs ont pris connaissance de l'autopsie via les médias. La catégorie d'âge la plus représentée sont les sujets âgés de 25 ans ou moins. Un test du chi carré a été effectué entre ces deux variables (être âgé de moins de 25 ans et avoir pris connaissance de l'autopsie par les médias), on mettait en évidence une association statistiquement significative avec $\chi^2(1, N=152) = 0,002, p < 0,05$ (*Tableau de contingence n°5 en annexe*).

b. Les autopsies difficiles

Cette question permettait de préciser les inquiétudes et craintes majeures véhiculées par les représentations sociétales de la « bonne mort » (46).

Les réponses à cette question ont été schématisées dans la carte mentale suivante. (*Figure 15*)

¹⁰ Questionnaire P 30 datant du mois d'avril 2024

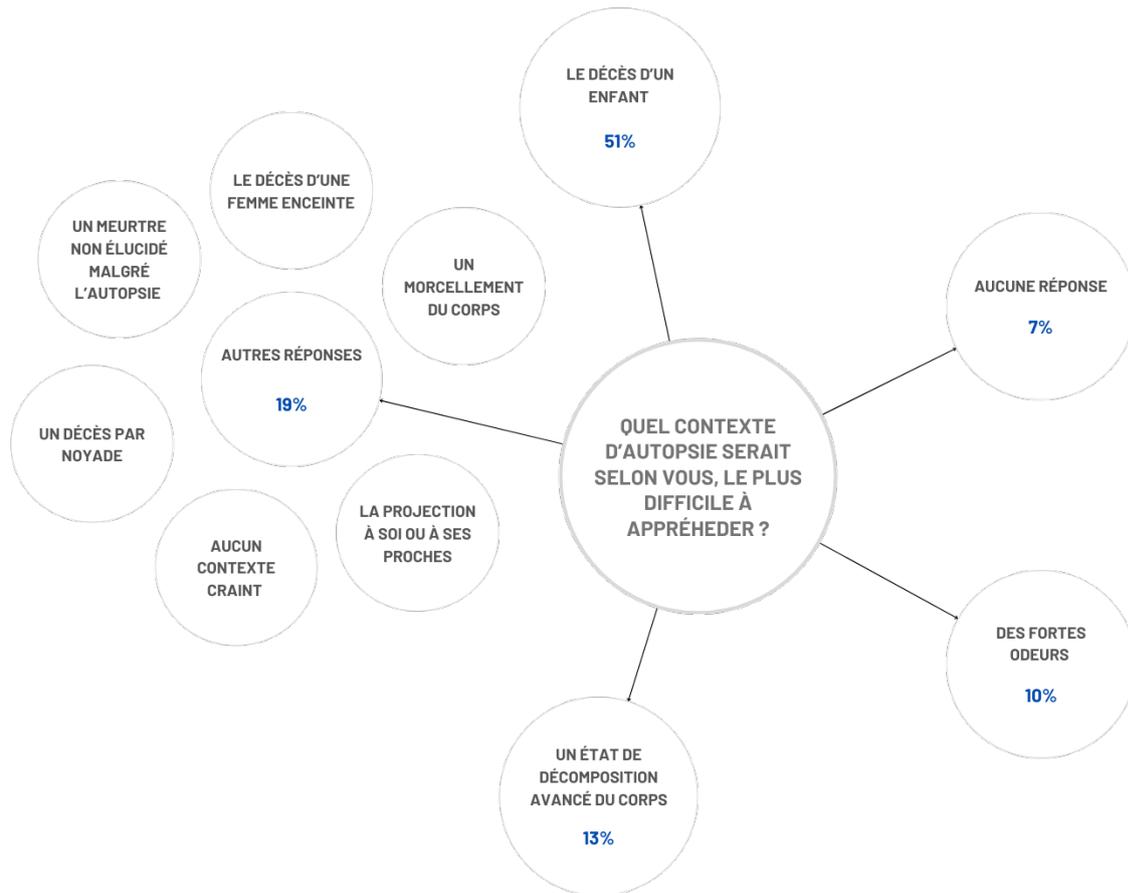


Figure 15: Carte mentale représentant les réponses données par les enquêteurs à la question "Quel contexte d'autopsie serait selon vous, le plus difficile à appréhender ?"

b. 1. L'autopsie d'enfant : le sacré et le profane : (51% des réponses)

Cette réponse a majoritairement été donnée dans l'ensemble des sous-groupes (il s'agit de la première réponse pour 46% des policiers, 39% des TPTS, 58% des gendarmes et 38% des TIC). Craindre d'assister à l'autopsie d'un enfant paraît understandable. Toutefois, nous avons cherché des corrélations entre cette réponse et plusieurs autres variables en réalisant des tests du chi carré (χ^2). Les variables pouvant éventuellement être associées à la réponse « décès d'un enfant » étaient :

- Le fait d'être parent ou non,

- Le fait d'appartenir à une génération particulière (moins de 25 ans, 26 à 40 ans, plus de 40 ans),
- Le fait d'appartenir à une religion ou une autre (chrétienneté, athéisme, islam...),
- Le fait d'être plus ou moins expérimenté,
- Le fait d'être une femme ou un homme,
- Le fait d'être plus ou moins gradé,
- Le fait d'appartenir à un sous-groupe en particulier (gendarme, policier, TIC, TPTS).

Aucun test du chi carré (χ^2) effectué ne montrait d'association statistiquement significative. Ce manque de significativité statistique suggère une chose : appréhender la mort d'un enfant est un critère universel. L'enfant considéré socialement comme étant un être « sacré », est naturellement innocent et bon. Par sa forte valeur sociale, il suscite un respect indiscutable. Son décès serait considéré comme une profanation de l'ordre naturel des choses ou comme une perte sociale provoquant un sentiment d'indignation commun. La mort d'un enfant renforce ou ébranle la cohésion sociale. L'esprit communautaire rassemble, et cette considération importante pour l'enfant sera celle qui amènera les membres d'une société à se soulever lors de manifestations ou à se rassembler à l'occasion de marches blanches. Il s'agit d'un réel bouleversement de ce « fait social » au sens que Durkheim en fait (26).

Un autre aspect peut faire état de cette pensée universelle. Le décès d'un enfant, marqueur d'une profanation d'un fait social sacré, peut provoquer des émotions fortes, comme l'indignation, la tristesse, la douleur. Hors dans les sociétés modernes les émotions doivent être régulées et contrôlées (47). Cette gestion des émotions doit être parfaite en situation judiciaire pour ne pas orienter subjectivement la décision de justice. Les enquêteurs doivent se départir d'un comportement émotionnel et compassionnel au profit d'une réaction neutre et pragmatique. Ce conflit interne que peut représenter l'autopsie d'un enfant avec une émotion qui pourrait

déborder et les empêcher d'effectuer leur travail correctement est d'ailleurs retrouvé dans le groupe des étudiants en médecine comme réponse majoritaire. Se joue également le maintien de la face, qui est une « condition » de l'interaction sociale, d'autant plus dans le cadre professionnel où l'enquêteur se devra d'avoir une présentation exemplaire (17). Dans une question connexe traitant des craintes des enquêteurs avant d'aborder leur 1^{ère} autopsie, 20% d'entre eux répondaient qu'ils craignaient de perdre la face (en faisant un malaise vagal devant leurs collègues ou en éprouvant des signes physiques comme le fait d'avoir la nausée, de ressentir une perte de contrôle de leur corps). En effet « *Le corps humain est sans doute un des facteurs de perturbation du cours d'action capable de disloquer un cadre (...)* », comme le cadre établi par celui du médecin légiste dans la salle d'autopsie, qui impose de pouvoir se concentrer sur la constatation des lésions sans perturbation des acteurs et de l'environnement extérieur (48).

b. 2. Autres réponses : (19% des réponses)

Femme enceinte :

La réponse « femme enceinte » rejoint la même idée de sacré et de profane et de malaise interne qui pourrait être ressenti à la vue d'une autopsie pratiquée dans ce cadre-là.

Le meurtre non élucidé :

Le fait de craindre d'être face à un meurtre soit non élucidé, et que l'autopsie n'apporte pas plus d'élément rejoint l'idée de l'échec de l'enquête judiciaire. Il s'agirait d'être confronté à une impasse, à un sentiment d'inutilité qui devra être assumé devant soi, sa hiérarchie et devant la famille du défunt.

La projection à soi ou à ses proches :

Une projection à soi ou à ses proches durant l'autopsie pourrait entraver la neutralité et la fonction de l'enquêteur en l'empêchant d'accomplir sa mission. La crainte « *d'être inadapté à son métier* »¹¹, est en effet un thème récurrent qui revient dans de nombreuses réponses concernant les craintes éprouvées.

Dans le cas de la projection de soi ou de ses proches au cadavre se joue la notion de contre-transfert. Le contre-transfert correspond à la projection des réponses émotionnelles de la personne vis-à-vis de l'autre (et ici du corps mort) (49). L'enquêteur pourrait ainsi entrer dans une empathie voire une compassion pour le défunt et ne pas savoir gérer les émotions qui en découleront. C'est à ce moment que le rôle d'un support psychologique pourrait prendre tout son sens. Pourtant 92% des enquêteurs et autres étudiants enquêteurs, n'ont jamais eu de proposition de leur service d'avoir recours à un support psychologique en amont ou en aval d'une autopsie. D'ailleurs dans une question connexe interrogeant les craintes des enquêteurs, 7% craignaient un impact psychologique durable après avoir assisté à une autopsie. 3% craignaient de ne pas réussir à pouvoir effectuer leur travail correctement du fait des émotions ressenties.

¹¹ Questionnaire TPTS 19 (mars 2024)

b. 3. L'état de décomposition avancée du corps, morcellement et noyade :
une question d'identité (13% des réponses)

Ces trois réponses ont en commun une chose : l'identité sociale du corps qui disparaît, se transforme devient illisible. Pour maintenir un ordre social, des frontières sont construites entre ce qui est considéré comme pur de ce qui est considéré comme impur. Tout ce qui échappe à la pureté est considéré comme une menace à l'ordre social et moral. Le corps décomposé, morcelé, non reconnaissable est le témoin d'un certain chaos, d'un désordre, d'un « bug » (22). Rencontrer ce corps décomposé force les individus à affronter la réalité inconfortable de la mortalité et de la fragilité de la forme humaine. Il s'agit d'un état qui ne doit pas être vu, étant donné que le corps doit être enterré bien avant d'arriver à ce stade de putréfaction où celui-ci devient méconnaissable. Le corps mort est embelli par les thanatopracteurs très précocement après le décès pour qu'il soit rendu « visible¹² » aux proches du défunt. Puis une fois le cercueil fermé, celui-ci est scellé pour ne plus jamais qu'une personne vivante entre en contact visuel, olfactif ou physique avec le corps (50). Les morts sont ensuite poussés à l'extérieur des villes pour les éloigner des vivants (42, 46, 51). Il s'agit du même mouvement de dégoût et de répulsion face aux fossoyeurs ou aux éboueurs. Leur travail bien qu'essentiel à la société, ne doit pas être vu de tous puisque traitant de l'impur. Ainsi ces travailleurs œuvreront à des horaires où ils ne peuvent être vus par la société. Tout comme la morgue qui se situe souvent dans les sous-sols des hôpitaux, dont seuls ceux qui y travaillent connaissent le chemin pour y accéder. Progressivement, les processus de civilisation ont stigmatisé tout ce qui a trait à la saleté et au déchet. Les choses considérées comme « impures » ou relevant du « déchet » vont être éloignées géographiquement et cachées symboliquement (47). Le célèbre « À corps nus,

¹² « Visible » est un mot qui est souvent utilisé par les agents mortuaires à l'IML de Strasbourg pour qualifier un corps dont l'état est suffisamment conservé pour être présenté à la famille et aux proches du défunt sans provoquer de malaise.

regards voilés » de Goffman peut être adapté ici en « à corps mort, regards voilés » (52). Dans une question connexe traitant des craintes internes éprouvées par les enquêteurs, 10% évoquait le simple fait de faire face à la mort comme un fait les effrayant.

b. 4. L'odorat : signal d'alerte (10% des réponses)

L'odorat est l'un des sens apparaissant le plus précocement dans l'organisme. Les récepteurs olfactifs se forment à partir de l'ectoderme (couche externe de cellules de l'embryon), à partir de la 7^{ème} semaine d'aménorrhée. Aussi, des neurones olfactifs immatures migrent de l'ectoderme vers le bulbe olfactif pour former les connexions neuronales nécessaires à l'olfaction. C'est à la 28^{ème} semaine d'aménorrhée que le système olfactif devient fonctionnel. Celui-ci transmettra des informations directement au cortex cérébral, sans passer par le thalamus. Cette rapidité de transmission de l'influx nerveux a pour conséquence un traitement immédiat de l'information olfactive reçue. Le fœtus sera alors capable de détecter des molécules odorantes dans le liquide amniotique qui pourront influencer son comportement après la naissance (53,54).

L'odorat est un sens étroitement lié à celui du système limbique (comprenant l'amygdale, l'hippocampe et le cortex cingulaire) qui joue un rôle clé dans l'encodage mémoriel des émotions. L'amygdale est une structure très importante dans la gestion de la peur et du dégoût. C'est notamment cette structure qui entre en jeu lors de moments traumatisants en les ancrant profondément dans la mémoire. L'odorat est également en lien avec l'hippocampe qui est essentiel pour la formation des souvenirs (55).

Ainsi ce sens nous protège du danger, en reconnaissant très rapidement des odeurs désagréables, chimiques, d'aliments périmés. C'est pourquoi il est évoqué quasiment instantanément par les

enquêteurs. Il s'agit pour eux d'une nuisance appréhendée. Aussi, tout comme le corps en état de décomposition avancée, la perception olfactive d'une odeur cadavérique est encodée comme étant nocive et associée à une notion de danger.

Au 18^{ème} siècle, il était admis que les maladies se transmettaient par le biais de « miasmes » correspondant à des effluves provenant des corps en décomposition. C'est cette croyance qui a permis de développer la salubrité et l'hygiène dans les villes. Les enquêteurs qui craignent d'être confrontés à des fortes odeurs éprouvent des réactions enracinées dans des perceptions culturelles datant de plusieurs siècles (56). Dans la question connexe traitant des craintes des enquêteurs avant d'aborder leur 1^{ère} autopsie, 79% d'entre eux répondaient qu'ils craignaient d'être dérangés par la vue ou l'odeur émanant d'un corps mort ou par les bruits des instruments.

En conclusion de ce chapitre on note que l'imaginaire de l'autopsie est lié au concept de rationalisation. Elle évoque pour les enquêteurs, l'association de la science avec la justice dans un contexte de technicisation progressive de celle-ci.

Selon les enquêteurs, assister à une autopsie nécessite une parfaite gestion émotionnelle pour permettre de maintenir la face. Les autopsies d'enfants sont perçues comme une profanation du sacré et sont les plus difficiles à appréhender.

La peur de la décomposition du corps et des odeurs en salle d'autopsie ont été analysées sous le prisme de la tension entre le pur et l'impur.

E. Le « réel » de l'autopsie

Ce chapitre traitera de la manière dont les enquêteurs vivent l'autopsie. Le « réel » de l'autopsie et des interactions qui s'y déroulent sera développé plus en détail dans la partie analysant les observations participantes. Dans les questionnaires, les réponses sont déclaratives et peuvent ne pas traduire le comportement authentique des enquêteurs.

a. Les moments marquants

Afin de comprendre et d'ajuster au mieux l'expérience des enquêteurs en salle d'autopsie, la question des moments les plus marquants qu'ils ont vécu en salle d'autopsie (par rapport aux étapes de celle-ci) ont été recueillis. Les réponses ont été regroupées dans la carte mentale suivante. (*Figure 16*)

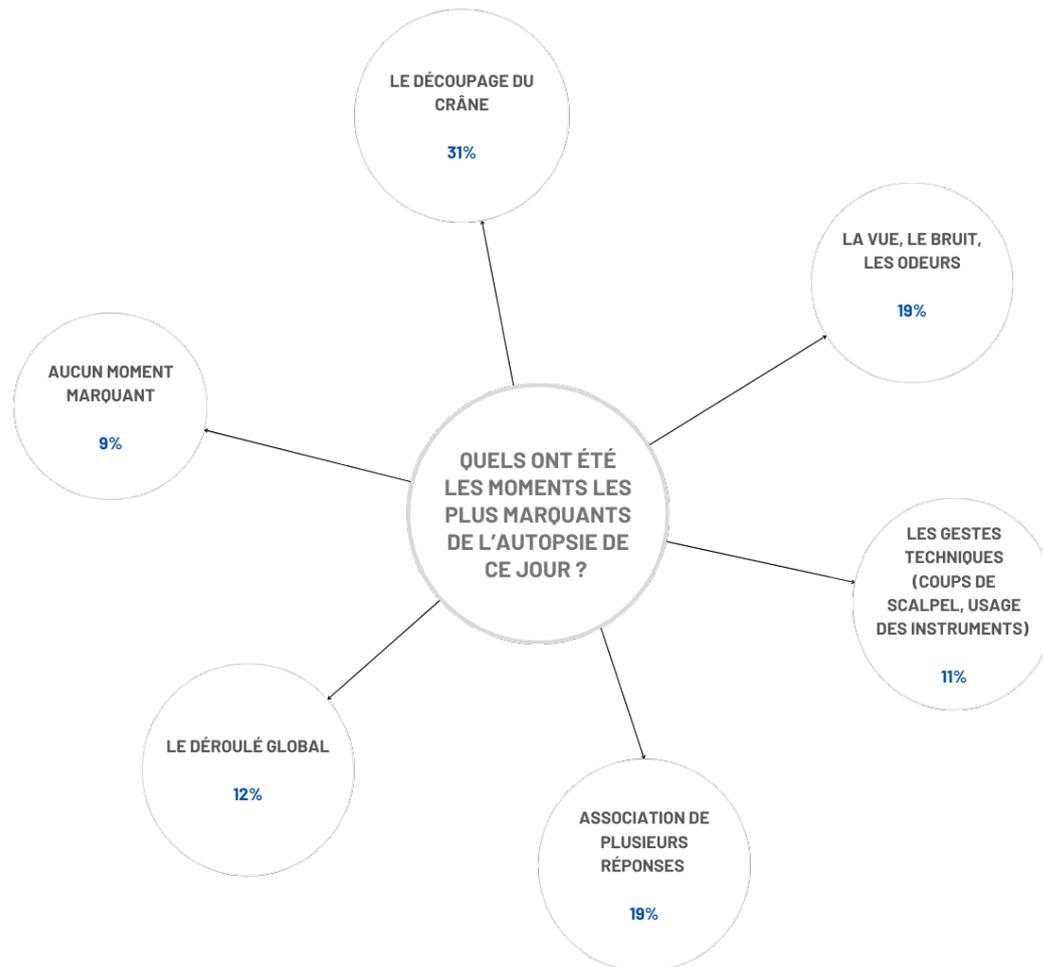


Figure 16 : Carte mentale schématisant les réponses à la question "quels ont été les moments les plus marquants de l'autopsie de ce jour ?"

a. 1. Le découpage du crâne et le caractère irréversible de la mort : (31% des réponses)

La découpe de la boîte crânienne permet d'observer le cerveau et de faire des descriptions lésionnelles sur l'état de celui-ci pour en dégager des conclusions sur un éventuel scénario ou mécanisme ayant entraîné le décès. Ce moment comporte plusieurs étapes, d'abord une incision au niveau du cuir chevelu, puis la réclinaison de celui-ci sur le visage de l'individu et enfin l'ouverture de la boîte crânienne à l'aide d'une scie oscillante pour en extraire l'encéphale.

L'emploi de la scie est très bruyant, ce bruit soudain tranche avec le rythme et le cadre précédent, ponctué par les descriptions orales du médecin légiste et les discussions entre les acteurs. Le bruit attire l'attention et surprend. Les enquêteurs sont souvent attirés physiquement vers la source et se déplacent intrigués, afin de voir de leur propres yeux (c'est d'ailleurs l'étymologie du mot autopsie). Ce moment marquant visuellement et émotionnellement est observé avec attention.

Le visage masqué par le cuir chevelu symbolise l'identité de la personne qui est cachée, et n'est plus accessible. À ce stade, l'individu est un réel « objet d'étude ». Le cerveau représente symboliquement l'endroit où se situe l'essence même de la personnalité et de la vie de l'individu. Son retrait et son analyse peut être perçu comme une intrusion profonde dans l'intimité de la personne autopsiée. Le cerveau comme siège de la conscience individualisé du reste du corps signe incontestablement l'irréversibilité de la mort. Le découpage du crâne est cet instant où l'on réalise que la personne morte était. Ces hypothèses expliquent pourquoi cette réponse est majoritairement donnée par les enquêteurs dans les moments les plus marquants vécu en salle d'autopsie.

a. 2. Le déroulé global de l'autopsie et gestes techniques ou malaise du contrôle des corps : (12% des réponses)

Le déroulé global et les gestes employés durant l'autopsie sont techniques, méticuleux, précis, automatiques. Les médecins légistes les répètent à chaque dissection comme les chirurgiens les répètent à chaque opération. La répétition et le rituel permet de minimiser les erreurs, de diminuer la charge émotionnelle liée à l'imprévu et ainsi d'être efficace dans la mission (57). Ce cadre méthodique peut être perturbant pour une personne spectatrice ne faisant pas partie de

l'effervescence qui se joue au centre de la pièce. Cela peut représenter un décalage par rapport à la réalité. D'ailleurs, en salle d'autopsie, il est conseillé aux enquêteurs de s'approcher de la table principale de dissection et de révoquer la vue d'ensemble pour ne pas perdre pied.

Un autre aspect peut être perturbant pour le profane, il peut s'agir du contrôle total sur le corps d'autrui que le médecin légiste exerce au moment de l'acte de dissection. Michel Foucault développe dans son ouvrage « *Surveiller et punir* » (1975) une analyse sur la manière dont les sociétés exercent un pouvoir sur les individus. Il s'intéresse particulièrement aux institutions dites disciplinaires que sont les prisons, les écoles et les hôpitaux. Dans le cadre autopsique, le pouvoir du médecin légiste se traduit par sa lecture du corps humain permettant d'influencer des décisions judiciaires. Le pouvoir médical et le cadre légal qui le renforce permet d'effectuer des actes de dissection sur le corps mort (25).

D'ailleurs, ces dissections peuvent être perçues comme des actes presque déviant par certains enquêteurs qui les regardent avec des yeux extérieurs à la mission dans laquelle l'autopsie est prévue. Sortie de son contexte judiciaire et médicale, l'autopsie peut être perçue comme un acte de transgression envers le corps humain, et les enquêteurs agissant comme entrepreneurs de moral, au sens que Becker donne. À savoir des professionnels exerçant une influence sur l'application et parfois dans la définition des normes sociales (du fait de leur profession reconnue, leur avis sur ce qui est légal ou illégal compte). Il s'agit du cœur de leur métier. Ainsi de l'extérieur l'autopsie peut paraître un geste extrêmement invasif presque déviant (28).

b. La pire autopsie

Cette question comprenait une échelle de 1 à 3 (1 étant la pire autopsie vécue). Celle-ci s'adressait à des enquêteurs ayant déjà assisté à plus de 3 autopsies, ce qui correspond à 63% de l'échantillon. Le taux de réponses était pourtant très faible et s'élevait à 23%. Parmi les enquêteurs ayant répondu voici les réponses obtenues (il ne s'agit que des réponses classées n°1)

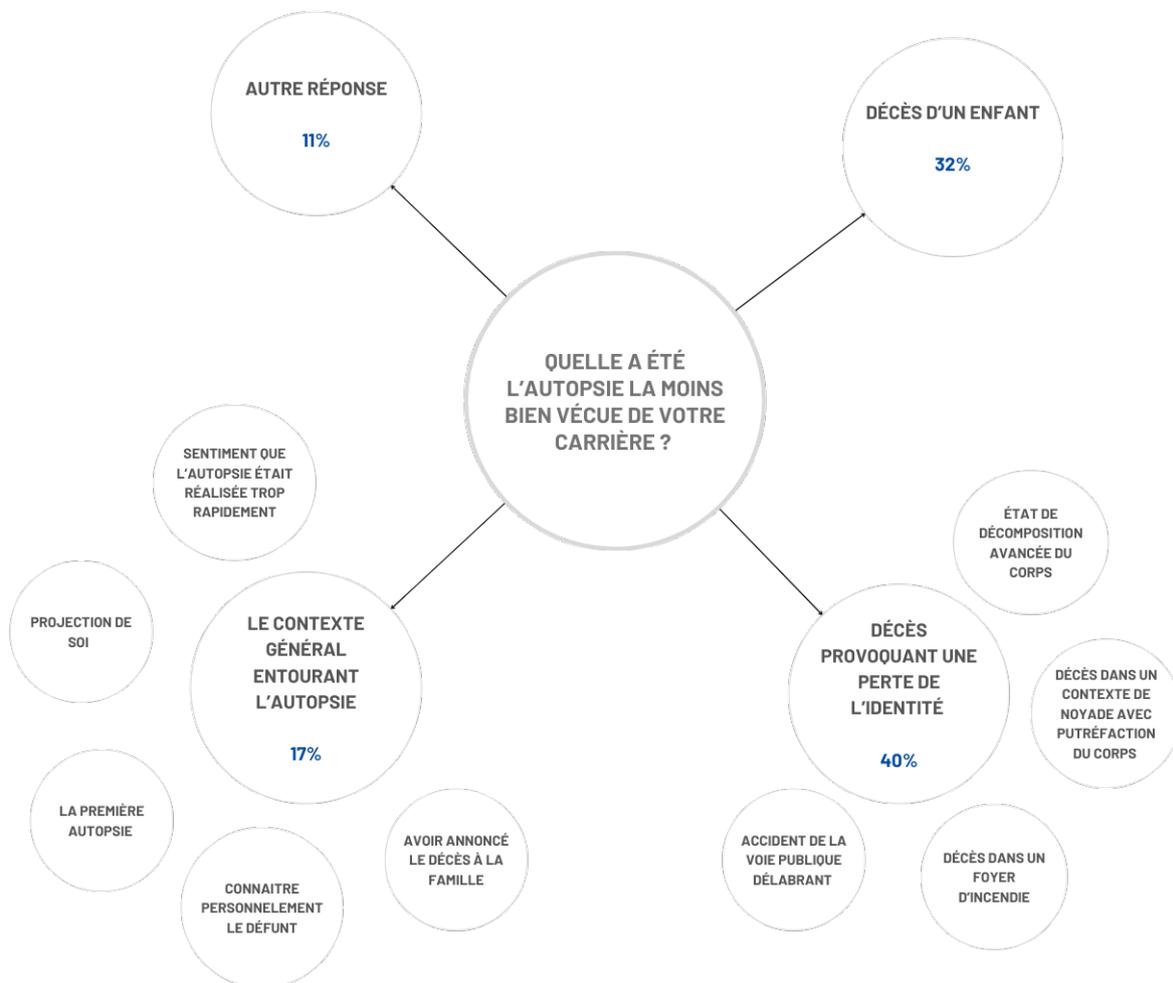


Figure 17 : Carte mentale représentant les réponses à la question "Quelle a été l'autopsie la moins bien vécue de votre carrière ?"

Les réponses à cette question reprennent à l'identique celles des craintes et des contextes appréhendés qui ont fait l'objet de la partie précédente (décès d'un enfant, perte d'identité liée au degré de décomposition du corps). La nouveauté dans cette carte mentale, c'est la dimension incarnée et vécue qui a trait à la relation à l'autre. La réponse concernant le contexte général entourant l'autopsie traite de la relation que les enquêteurs entretiennent avec les familles, les défunts et l'intrication de soi dans le contexte d'autopsie.

b. 1. Contexte général entourant l'autopsie : (17% des réponses)

L'annonce du décès :

Contextuellement, le fait d'avoir annoncé le décès à la famille et d'assister à l'autopsie est très compliqué à vivre. En effet, l'annonce d'un décès nécessite une déconnexion émotionnelle afin de maintenir une bonne distance pour gérer le travail sans être débordés par les émotions (23). Pour les enquêteurs, il s'agit d'une condition sine qua non de leur profession où la résistance face à l'adversité est valorisée (58). L'investissement émotionnel alloué à l'annonce de décès marque l'agent qui réitère une seconde fois cette épreuve en assistant à l'autopsie puisqu'il fait face à quelques jours d'intervalle à la mortalité de ce corps.

Quand le défunt est connu de l'enquêteur :

Le fait de connaître personnellement le défunt gomme les limites entre le personnel et le professionnel. Le travail de neutralité et de neutralisation des sentiments sera d'autant plus difficile. Un conflit apparaîtra entre les différents rôles sociaux adoptés par le policier face au corps. D'un côté, il sera l'agent enquêteur en charge de l'affaire et de l'autre, il sera l'ami, la connaissance du défunt. Un positionnement neutre sera difficile (57).

Le sentiment d'inconfort face au bouleversement du cadre :

Le sentiment que l'autopsie était trop rapide traduit un malaise face à la modification du cadre. Chaque expérience est bordée par un cadre apporté par l'interprétation que chaque individu s'en fait. Ces cadres structurent la réalité. Les enquêteurs placent le médecin légiste et l'action de dissection dans un cadre social spécifique, reproductible qui comprend une technicité, une minutie et un temps de recherche des détails. Une autopsie menée trop rapidement ou ne correspondant pas au cadre social et aux représentations intériorisées créera une disruption du cadre social. Cette disruption va affecter la crédibilité des conclusions de l'autopsie. L'acte perçu comme bâclé réduira la confiance délivrée naturellement au légiste officiant (48). Cette remarque signifie que la rigueur professionnelle fait partie des représentations intégrées dans la définition de l'autopsie. D'ailleurs, dans une autre question portant sur ce que les enquêteurs attendent de l'autopsie, seuls 14% étaient en attente d'une autopsie rapide. Cette variable était significativement associée avec le fait d'avoir une expérience dans le métier de plus de 5 ans $\chi^2(1, N=127) = 0,000001, p < 0,05$ pour l'ensemble des groupes d'enquêteurs (le groupe d'étudiant enquêteur n'a pas été comptabilisé) (*Tableau de contingence n°7 en annexe*). 32% étaient dans l'attente qu'on leur explique la totalité des étapes de l'autopsie et 47 % les conclusions de l'autopsie.

De ces résultats, on peut tirer la conclusion que la rapidité de réalisation de l'autopsie fait partie des attentes des enquêteurs à partir de 5 ans d'ancienneté mais que majoritairement les enquêteurs sont en attente d'une autopsie guidée avec une explication graduelle des étapes et des conclusions. Une perturbation de ce cadre engendre un mauvais vécu de l'autopsie.

La première autopsie :

Pour les personnes ayant répondu « première autopsie » les enquêteurs ne développaient pas le pourquoi cela c'était mal passé et aucune analyse n'a pu être effectuée de cette réponse.

En résumé, on note une faible mobilisation des enquêteurs dans leurs réponses concernant leur vécu. Il peut s'agir du fait que ces questions étaient les dernières du questionnaire ou d'une réticence à partager des expériences personnelles ou traumatisantes.

Parmi les moments relevés comme marquants, le découpage du crâne symbolisant l'irréversibilité de la mort a été majoritairement soulevé. La confrontation aux odeurs, à un aspect visuel dégradé ou à des bruits et techniques inconfortables étaient également relevés.

Les autopsies mal vécues apparaissent cohérentes avec les contextes d'autopsie craints, à savoir le décès d'un enfant ou la perte identitaire de l'individu du fait de l'altération du corps par la thanatomorphose.

Une nouveauté émerge de cette partie : l'intrication du déplacement sur les lieux et du lien avec la famille et le fait d'assister à l'autopsie. Cette intrication souligne des tensions entre les attentes professionnelles et le vécu des enquêteurs. D'ailleurs cette dernière remarque peut expliquer pourquoi les enquêteurs se déplaçant en salle d'autopsie sont rarement ceux en charge du dossier ou ceux s'étant déplacé sur les lieux de la découverte du corps. Ils ne souhaitent pas bousculer leur objectivité.

2. Analyse des questionnaires du groupe « étudiants en médecine »

A. Données générales

Le **Tableau 7** répertorie les caractéristiques générales de la population d'étudiants en médecine. On dénombre 35% d'étudiants en 6^{ème} année de médecine, 25% de 5^{ème} et de 4^{ème} années et 14% d'étudiants en 3^{ème} année de médecine.

Tableau 7: Caractéristiques principales des étudiants en médecine ayant répondu aux questionnaires

Catégories	Valeurs	Étudiants en médecine
Total		28
Sexe	Femme	17 (60%)
	Homme	11 (39%)
Âge (en années)	[18-25]	26 (92%)
	[26-30]	2 (7%)
Niveau d'étude (en années)	3 ^{ème} année	4 (14%)
	4 ^{ème} année	7 (25%)
	5 ^{ème} année	7 (25%)
	6 ^{ème} année	10 (35%)

B. Cours théoriques et formation pratique

a. Stages de chirurgie et amphithéâtre de dissection :

Ce chapitre aura pour vocation d'étudier la formation des étudiants en médecine, afin de mieux comprendre le point de départ de leur représentation et afin d'évaluer si des points d'amélioration seraient envisageables dans leur formation.

Le **Tableau 8** représente les stages et cours de dissection reçu par les étudiants en médecine interrogés par les questionnaires.

Tableau 8 : Stage en service de chirurgie et cours de dissection reçu pendant l'externat

Stage de chirurgie	Effectifs (%)
Oui	20 (71%)
Non	8 (29%)
Cours de dissection	Effectifs (%)
Oui	8 (29%)
Non	20 (71%)

Ce tableau montre que 71% de l'échantillon interrogé a choisi un stage de chirurgie antérieurement au stage de médecine légale. Ce fort pourcentage laisse présager que les étudiants en médecine choisissant le stage de chirurgie en amont du stage de médecine légale ont reçu une « préparation » visuelle, technique et psychologique au stage de médecine légale et seront probablement moins susceptibles de mal vivre leur stage. En effet, comme dit précédemment dans la partie portant sur le déroulé global de l'autopsie, les stages de chirurgie ont comme point commun avec le stage de médecine légale une protocolisation des gestes et une ritualisation du déroulé de l'acte. Les stages de chirurgie comprennent un plateau technique tout comme le stage de médecine légale, ce qui les différencie des stages de médecine traditionnelle d'hospitalisation ou d'urgence.

29 % de l'échantillon a bénéficié de cours de dissection durant son cursus. Le fait d'avoir assisté à des cours de dissection durant le cursus permet d'avoir un comparatif mental avec ce qu'est un cadavre et d'avoir des représentations et bases mentales anatomiques permettant d'aborder sereinement le stage. Ce pourcentage est plutôt faible dans notre échantillon.

b. Auto-évaluation des connaissances en anatomie :

Afin d'observer l'évolution des connaissances des étudiants au long du stage, une auto-évaluation du niveau de connaissance en anatomie était proposée dans les questionnaires en début et en fin de stage. Le **Tableau 9** regroupe les moyennes obtenues par années d'étude de médecine et le nombre de points d'augmentation le cas échéant. La **Figure 18** reprend visuellement les données du **Tableau 9**.

Tableau 9 : Auto-évaluation du niveau d'anatomie en début et en fin de stage par les étudiants en médecine

	Moyenne de l'auto-évaluation du niveau d'anatomie au début du stage	Moyenne de l'auto-évaluation du niveau d'anatomie en fin de stage	Nombre de points d'augmentation
3ème année	4,5*	5,3*	0,8
4ème année	4,7*	6,4*	1,7
5ème année	5,1*	6,8*	1,7
6ème année	5*	7*	2

**moyenne de la note sur 10, échelle : 0 = ne pas savoir le nom des principaux os du corps humain 10 = être professeur d'anatomie.*

Ce tableau montre une augmentation du niveau d'anatomie entre le début et la fin du stage (T0 et T2) pour chaque année. Les étudiants en 6^{ème} année semblent estimer que l'apport du stage de médecine légale sur leur connaissance de l'anatomie du corps humain est plus important que les étudiants des années inférieures, puisqu'ils estiment une augmentation de 2 points par rapport à leurs connaissances initiales.

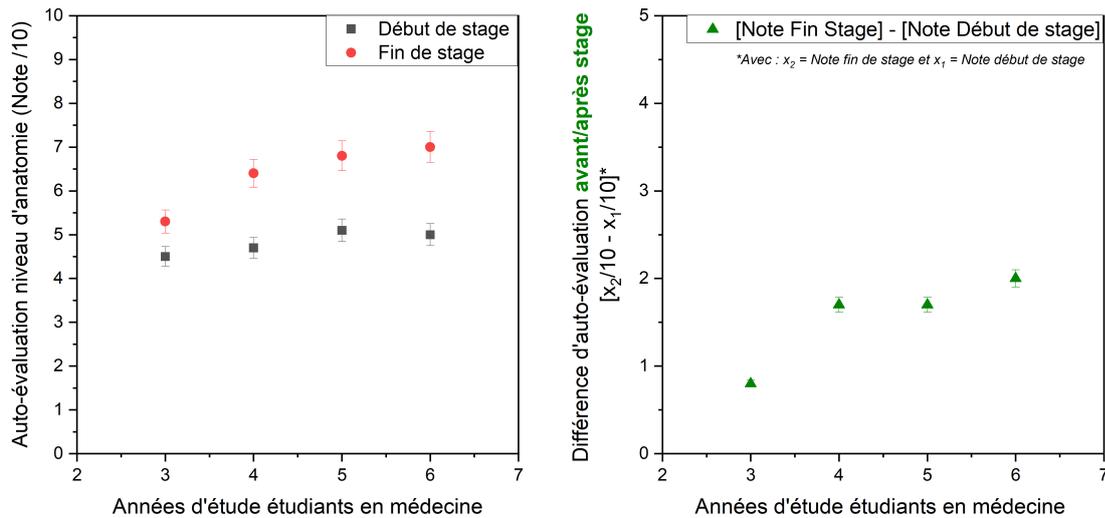


Figure 18: Auto-évaluation du niveau d'anatomie des étudiants en médecine par rapport aux années d'étude en début et en fin de stage

Le graphe de gauche représentant l'auto-évaluation du niveau d'anatomie par rapport aux années d'études des étudiants en médecine, permet de visualiser qu'en début de stage, les notes auto-attribuées sont quasiment les mêmes pour tous les étudiants. En revanche à la fin du stage, on observe une différence entre les années. Les étudiants en 3^{ème} année s'attribuent une note plus basse comparativement aux étudiants en 4^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} année.

C'est également ce qu'on observe dans le graphe de droite représentant la différence d'auto-évaluation avant/après le stage où les étudiants en 3^{ème} année ont une marge de progression moins grande que pour les autres années.

Cette différence peut s'expliquer par des objectifs de stage à part des étudiants en 3^{ème} année par rapport aux années supérieures. En effet, à ce niveau d'étude, l'objectif du stage de médecine légale est l'acquisition des bases de la clinique et les étudiants assisteront aux autopsies médico-légales en tant que simple observateur tout au long du stage. En revanche à partir de la 4^{ème} année, les étudiants seront autonomisés et auront pour objectif d'être actifs en stage pour apprendre aux côtés des médecins des divers services qu'ils effectueront.

Un apprentissage incluant de la pratique, semble préférable pour améliorer l'auto-évaluation de son niveau de connaissance en anatomie et mes étudiants à partir de la quatrième année, plus actifs estiment avoir mieux progressé. Ce chapitre nous offre des points de réflexion sur l'amélioration de l'enseignement délivré aux étudiants les plus jeunes reçus en stage à l'IML.

Afin d'expliquer nos résultats, nous avons tenté de déterminer si le fait d'avoir reçu des cours de dissection ou d'avoir effectué un stage de chirurgie antérieurement au stage de médecine légale avait une influence ou une corrélation sur de meilleurs résultats auto-attribués.

Voici les tests du chi carré (χ^2) effectués afin d'analyser la corrélation entre :

- Le fait de bien se noter (auto-évaluation de son niveau d'anatomie supérieure à la moyenne générale **en début** de stage toute année confondue) et le fait d'avoir reçu des **cours de dissection**, $\chi^2(1, N=28) = 0,79, p > 0,05$;
- Le fait de bien se noter (auto-évaluation de son niveau d'anatomie supérieure à la moyenne générale **en début** de stage toute année confondue) et le fait d'avoir effectué **un stage en service de chirurgie**, $\chi^2(1, N=28) = 0,50, p > 0,05$;
- Le fait de bien se noter (auto-évaluation de son niveau d'anatomie supérieure à la moyenne générale **en fin** de stage toute année confondue) et le fait d'avoir reçu des **cours de dissection**, $\chi^2(1, N=28) = 0,71, p > 0,05$;
- Le fait de bien se noter (auto-évaluation de son niveau d'anatomie supérieure à la moyenne générale **en fin de stage** toute année confondue) et le fait d'avoir effectué un **stage en service de chirurgie**. $\chi^2(1, N=28) = 0,62, p > 0,05$.

Aucun de ces tests n'ont permis de conclure à une association statistiquement significative de ces variables. Ainsi, ce qu'on peut dire c'est que le fait d'avoir reçu des cours de dissection ou

d'avoir effectué un stage de chirurgie antérieurement au stage de médecine légale n'est pas statistiquement corrélé avec une meilleure auto-évaluation de son niveau d'anatomie.

Cette dernière donnée peut être interprétée indépendamment des deux variables précédentes puisqu'elles ne sont pas liées statistiquement.

Pour le futur, il pourrait être pertinent de faire pratiquer un test d'anatomie standardisé en début de stage aux étudiants et de proposer le même test en fin de stage afin de quantifier les progrès dans la discipline, apportée par le stage.

Cette partie a permis de mettre en évidence une hétérogénéité dans l'auto-évaluation des connaissances en anatomie selon les années d'études de médecine. Les étudiants en 3^{ème} année estiment leur connaissance plus basse que les étudiants des années supérieures. En fin de stage, l'écart avec le niveau de départ est bien plus faible en troisième année que pour les étudiants des autres années. Cette hétérogénéité ne semble pas être en lien avec des facteurs extérieurs comme le fait d'avoir bénéficié d'un stage de chirurgie au cours de son cursus ou d'avoir assisté à des amphithéâtres d'anatomie.

Ce constat permet de nous questionner sur une évolution des pratiques d'enseignement et de proposer une adaptation des enseignements au cours du stage afin que chaque étudiant puisse obtenir les meilleurs résultats possibles. Tout comme pour les enquêteurs, il semblerait que l'expérience soit vectrice d'un meilleur ancrage et apport de connaissance que la théorie.

C. « L’imaginaire » de l’autopsie

a. Les mots évoqués :

Certaines questions étaient communes aux deux questionnaires (étudiants en médecine et enquêteurs). Du fait de leur milieu professionnel totalement différent, la richesse des réponses pouvait nous apporter du contraste dans l’analyse. La **Figure 19** représente les réponses données à la question : Que vous évoque l’autopsie judiciaire ?

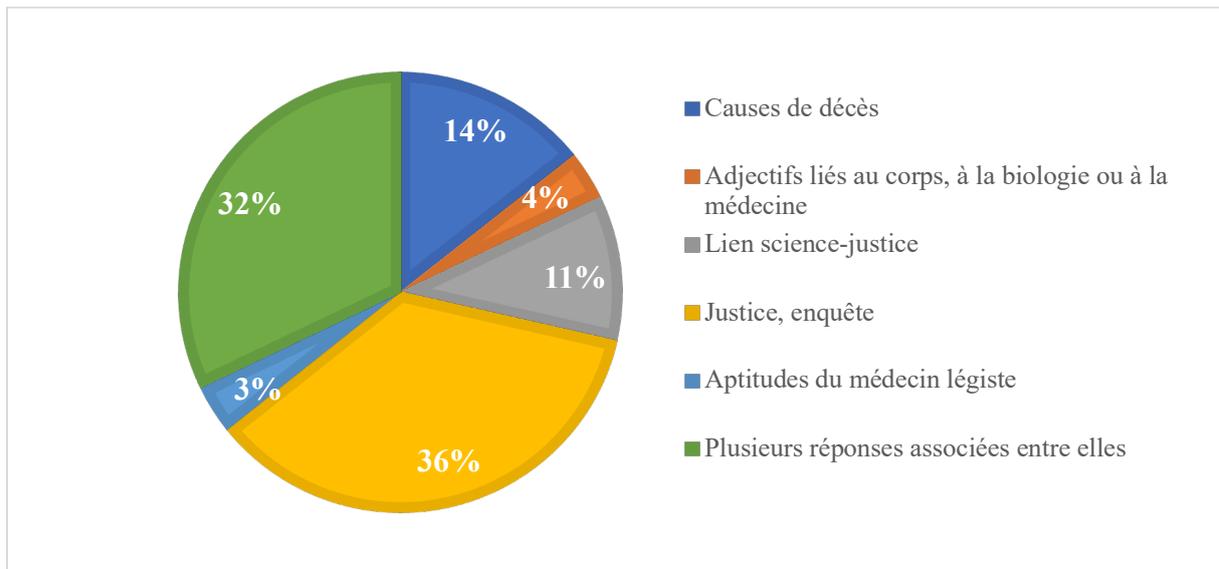


Figure 19 : Graphique en secteur représentant la répartition des réponses à la question "Que vous évoque l'autopsie judiciaire ?"

Les réponses données par les étudiants en médecine abordent les mêmes thèmes que ceux du groupe enquêteurs schématisés dans la carte mentale de la *Figure 14*.

La différence réside dans le fait que 36% des étudiants en médecine ont répondu que l'autopsie judiciaire leur évoquait des mots en lien avec la justice comme « *enquête* » « *élucidation* » « *indice* » « *investigation* »¹³. Dans cette réponse majoritaire, le versant médical de l'autopsie est totalement occulté au profit d'une vision « tunnel » qui associe l'idée que l'autopsie ne se définit qu'au travers de l'enquête. Même si l'influence des médias n'est pas clairement exposée ici, il est possible de relever une association d'idée entre l'élucidation d'un crime et l'autopsie judiciaire. Or, la majorité des autopsies pratiquées dans l'ensemble des IML de France ne sont pas en lien avec des homicides mais bien souvent avec des contextes de décès accidentels ou suicidaires, pour lesquels le magistrat souhaite lever le doute sur l'implication d'un tiers et sur la cause de décès.

Une autre question interrogeait la nature de la prise de connaissance de l'autopsie. 74% des étudiants en médecine déclaraient avoir acquis des connaissances sur l'autopsie judiciaire par le biais des films ou séries TV. Il ne s'agissait que de 30% des enquêteurs. Dans une étude datant de 1995, portant sur la perception du public au sujet de l'autopsie, 65% des personnes interrogées âgées de 18 à 64 ans, répondaient qu'elles avaient pris connaissance de l'autopsie par la télévision (59). Comparé aux résultats obtenus par Stuart et al., ceux des étudiants en médecine reflètent ceux de la société générale. En revanche, l'article ne détaille pas si une analyse par tranche d'âge a été effectuée et il n'est ainsi pas possible de savoir s'il s'agit d'une tendance générationnelle. Cependant, dans notre étude nous avons évalué l'association entre le

¹³ Réponses issues des questionnaires E6, E14, E16 et E22

fait d'avoir acquis des connaissances sur l'autopsie par les médias et le fait d'appartenir à une génération en particulier. Nous avons pris la limite d'âge de 25 ans, puisque l'avènement et la popularisation des séries télévisées datent de la fin des années 1990 et du début des années 2000. Une très forte corrélation a été mise en évidence entre le fait d'être âgé de moins de 25ans et d'avoir pris connaissance de l'autopsie par les médias. $\chi^2(1, N=28) = 0,00000004$, $p < 0,05$ (*Tableau de contingence n°6 en annexe*).

Les étudiants en médecine semblent présenter une forte imprégnation de l'univers policier proposé par les séries télévisées et les films enjolivant la réalité de l'autopsie.

Dans la partie suivante, nous allons nous intéresser à l'impact du stage sur leur vision de l'autopsie.

b. Vision de l'autopsie en début et en fin de stage

61% d'étudiants estiment que leur vision de l'autopsie a changé entre le début et la fin du stage. La question posée était une question ouverte, permettant d'analyser les points ayant contribué à ce changement d'état d'esprit. Deux groupes de réponses ont été identifiés, des réponses en lien avec la transformation de soi et des réponses en lien avec la transformation des croyances et de l'imaginaire. Les réponses ont été regroupées dans le **Tableau 10**

Tableau 10: Réponses à la question "Votre vision de l'autopsie a-t-elle changée entre le début et la fin du stage, si oui, en quoi ?"

Transformation de soi	Transformation des croyances et de l'imaginaire
« J'ai réussi à comprendre comment mettre de la distance. »	« C'est beaucoup plus standardisé, organisé et moins morbide que ce que je pensais. »
« Je me sens plus attentif aux détails aujourd'hui. »	« Je ne pensais pas que la réflexion prenait autant de place dans le processus d'autopsie. »
« Je sens que l'autopsie fait partie de moi. »	« C'est beaucoup plus clair, plus précis et détaillé. »
« J'ai moins d'appréhension, je parviens mieux à me détacher et me concentrer sur le versant analytique de l'autopsie. »	« On ne fait pas semblant, c'est plus brut, on coupe tout, on observe tout. »
« J'ai une meilleure gestion de l'empathie. »	« Je trouve l'autopsie plus banale que ce que j'imaginai. »
	« Je n'imaginai pas que plusieurs professionnels intervenaient. »

b. 1. La transformation de soi

Dans les réponses formulées, on note que les étudiants en médecine acquièrent des aptitudes professionnelles face aux situations stressantes. On remarque notamment que leur présence en salle d'autopsie leur a permis de mieux gérer leurs émotions et de garder la bonne distance pour travailler efficacement dans des contextes sensibles (10). Il s'agit d'un phénomène d'acculturation, c'est-à-dire du passage d'un type de culture, ici la culture étudiante à la culture dominante c'est-à-dire la culture médicale (11). En effet, les étudiants en médecine naviguent entre les attentes académiques et la réalité clinique. Les stages leur apportent les outils nécessaires pour gérer la majorité des situations auxquelles ils seront confrontés plus tard et adopter l'attitude professionnelle adéquate. Ils acquièrent, par l'expérience en stage les outils et les clés pour intégrer et incorporer les normes sociales attendues. Ils construisent l'habitus médical qui les transformeront progressivement en médecins formés (60).

b. 2. La transformation des croyances et de l'imaginaire

Les réponses des étudiants dénotent un processus de désenchantement. La rationalisation croissante du monde moderne, par la technicisation des processus uniformise le quotidien et entraîne une désacralisation de ce qui nous entoure. D'un côté, les imaginaires collectifs sont entretenus par des récits magiques, historiques, romancés, scénarisés et de l'autre la science nous amène à une réalité « *plus brute* » et aussi « *plus banale* ». Les étudiants en médecine font connaissance avec l'autopsie via des séries qui rendent les gestes mystérieux, flous et tronqués. L'image d'un médecin légiste seul au sous-sol d'une morgue déserte au milieu de la nuit prend le pas sur la réalité scientifique de phénomènes observables et explicables (38,61).

Ainsi, les étudiants en médecine prennent majoritairement connaissance de l'autopsie par les médias, en lien avec leur âge et vraisemblablement du fait d'un contexte générationnel. L'appareil médiatique entretient leur imaginaire. L'expérience qu'ils vivent en salle d'autopsie leur permet d'acquérir les compétences nécessaires à l'adhésion dans le groupe social médical en provoquant un désenchantement par rapport à ce qu'ils imaginaient initialement.

D. Le « réel » de l'autopsie

a. Le niveau d'appréhension

La question du niveau d'appréhension de l'autopsie a été posée en début et en fin d'autopsie dans le but d'étudier la variable « vécu de l'autopsie » sur une échelle de 0 à 10. Les moyennes obtenues par année d'étude sont résumées dans le **Tableau 11** ci-dessous.

Tableau 11: Moyenne par année d'étude du niveau d'appréhension des étudiants en médecine en début et en fin de stage

	Moyenne du niveau d'appréhension au début du stage	Moyenne du niveau d'appréhension en fin de stage	Nombre de points de diminution
3ème année	5,2*	0,7*	4,5
4ème année	3,7*	1,7*	2
5ème année	2,8*	2*	0,8
6ème année	2,7*	0,9*	1,8
Toutes années confondues	3,6*	1,3*	2,3

**moyenne de la note sur 10, l'échelle : 0 = être serein et n'éprouver aucune crainte à assister à une autopsie 10 = ressentir une phobie extrême invalidante concernant l'autopsie.*

La première chose remarquable est que le taux d'appréhension diminue considérablement entre le début et la fin du stage. En moyenne, pour toutes les années confondues, le niveau d'appréhension est à 3,6/10 au début du stage et diminue à 1,3/10 en fin de stage.

Les étudiants en 3^{ème} année ont le niveau d'appréhension le plus élevé. En effet, le stage de médecine légale en 3^{ème} année est souvent le tout premier stage de médecine que les étudiants effectueront. Pour certains, ils seront confrontés à un patient et à la mort pour la première fois au cours du stage.

Le niveau d'appréhension est moins élevé chez les étudiants en 4^{ème} année et poursuit sa diminution jusqu'en 6^{ème} année. En revanche, le nombre de points de diminution est assez

hétérogène et ne suit pas de logique particulière, démontrant que la diminution de l'appréhension à l'autopsie est un sentiment personnel, indépendant du nombre d'années d'étude. L'hypothèse étant que chaque étudiant présente une trajectoire individuelle différente, et un investissement singulier en stage pouvant influencer directement la variation du niveau d'appréhension. Aussi, les contextes d'autopsie peuvent varier en termes d'intensité émotionnelle engagée pouvant modifier substantiellement l'auto-appréciation du niveau d'appréhension.

b. La pire autopsie :

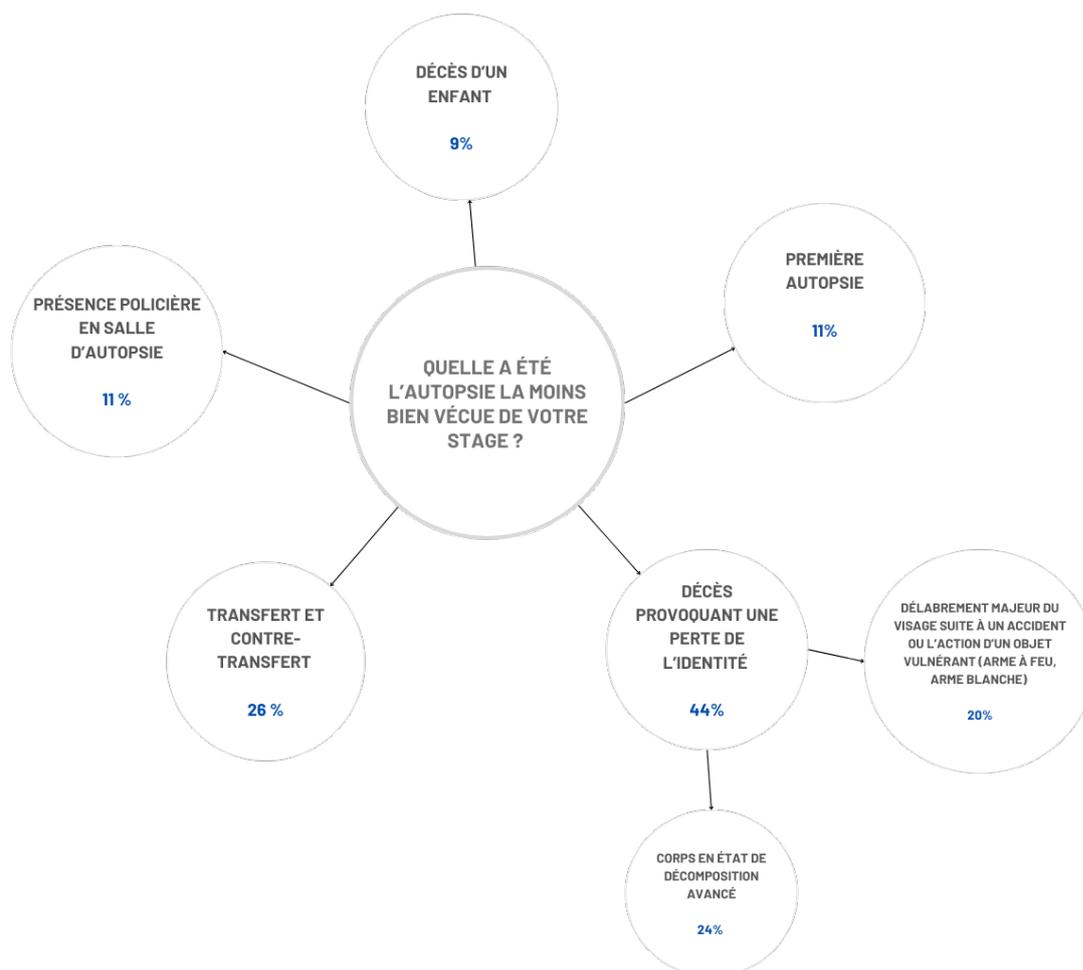


Figure 20: Carte mentale schématisant les réponses des étudiants en médecine à la question "quelle a été l'autopsie la moins bien vécue de votre stage ?"

Les réponses ont été schématisées dans la carte mentale suivante (*Figure 20*)

Certaines réponses rejoignent celle formulées par les enquêteurs (*Figure 17*) sans toutefois répondre à la même répartition. Seules deux réponses seront développées dans ce chapitre (la présence policière et le transfert / contre-transfert). Les autres réponses à cette question n'apportent pas d'éléments supplémentaires à discuter par rapport aux réponses apportées par les enquêteurs (*Figure 17*).

b. 1. Présence policière en salle d'autopsie : (11% des réponses)

La présence d'un autre corps de métier dans un contexte médical est inhabituelle. En dehors de quelques situations, dans les services d'urgence (examen de personnes gardées à vue), les agents dépositaires de l'autorité publique n'interagissent que très rarement dans le cadre hospitalier. Il s'agit d'une situation peu familière pour un étudiant. Les compétences de l'étudiant sont soumises à l'appréciation des médecins et la présence policière ajoute un public observateur, pouvant être source d'angoisse, de surcroît à travers le regard de personnes dépositaires de l'autorité publique. Souvent, les enquêteurs sont en uniforme en salle d'autopsie. Le vêtement est ce qui est donné à voir en premier lieu, et servira de marqueur d'appartenance sociale (62). Inconsciemment, voir un policier en uniforme impose une autodiscipline du fait de la symbolique visuelle du vêtement. Finalement, le vêtement participera à la « théâtralisation de la vie sociale » (52).

De plus, la présence policière signe dans la vie quotidienne, la gravité d'une situation. Leur présence dans un lieu médical n'est pas habituelle et crée ainsi une interprétation forte de l'autopsie. Les étudiants ayant répondu « présence policière », associait souvent la réponse à la première fois qu'ils avaient vu les policiers en salle d'autopsie.

b. 2. Transfert et contre-transfert : (26% des réponses)

La notion du contre-transfert a déjà été abordée dans le chapitre connexe sous le prisme du vécu professionnel des enquêteurs. Dans le cas des étudiants en médecine, la projection de soi au corps mort semble être un sujet préoccupant puisque 26% de l'échantillon partage cette mauvaise expérience. En effet, plusieurs étudiants relèvent que l'autopsie d'un jeune adulte les ramènent à leur propre vie et à celle de leurs proches. Ils soulèvent que la distance émotionnelle dans le contexte d'autopsie d'un adolescent ou d'un jeune adulte est particulièrement difficile à trouver. Le contexte était décrit comme « *difficile à oublier* » et « *envahissant* »¹⁴ empêchant la bonne posture émotionnelle. Dans son ouvrage datant de 1934 George Herbert Mead, sociologue américain (1863-1931) introduit la notion « d'autrui significatif ». Il désigne les individus qui ont une signification particulière dans notre construction identitaire. Cet « autrui significatif » influencera notre compréhension du monde et de la place que nous aurons dans celui-ci.

Lorsque les étudiants en médecine participent à des autopsies de jeunes adultes, ils peuvent voir dans le défunt un miroir de leur propre vie et de leurs aspirations. Cette identification est facilitée par des similarités d'âge, de contexte social ou d'expérience de vie, définissant le défunt comme un "autrui significatif" dans la mesure où il représente ce que l'étudiant pourrait être ou devenir (63).

¹⁴ Questionnaire E15

c. Réaction après plusieurs autopsies et attentes en fin de stage

Le **Tableau 12** répertorie les réponses les plus parlantes à la question "Après plusieurs autopsies, quelle est votre réaction lorsque vous êtes en salle d'autopsie ? » En observant attentivement les réponses, deux catégories ont été identifiées :

- L'alignement aux normes professionnelles imaginées.
- La dissonance cognitive.

Tableau 12: Réponses à la question "Après plusieurs autopsies, quelle est votre réaction lorsque vous êtes en salle d'autopsie ?"

Alignement avec les normes professionnelles imaginées	Dissonance cognitive
<p>« Je ressens aujourd'hui peu d'affect quand j'assiste à une autopsie. »</p> <p>« Dès que je peux y aller, j'y vais puisqu'aujourd'hui je trouve ça bien plus simple de mettre de la distance »</p> <p>« C'est devenu une habitude, j'ai réussi à prendre du recul. »</p> <p>« Après plusieurs autopsies, je suis encore plus impatiente, je m'implique, j'ai envie de connaître l'histoire et de comprendre les causes de décès de l'individu, c'est comme si c'était mon travail. »</p> <p>« Je suis indifférent et c'est très bien comme ça. »</p> <p>« Malheureusement je ressens moins d'empathie envers le défunt. »</p>	<p>« J'arrive à regarder mais je suis toujours mal à l'aise, je préfère rester à distance. »</p> <p>« Ça m'angoisse encore un peu. »</p> <p>« Je suis encore plus angoissé, je subis d'autant plus l'épreuve que lors de mes premières autopsies. »</p>

c. 1 Alignement avec les normes professionnelles imaginées

Durant leur stage, les étudiants déclarent avoir acquis des capacités de « mise à distance » et de « prise de recul ». Ces caractéristiques sont automatiquement attribuées à celles nécessaires pour être un bon médecin légiste. Il s'agit de l'objectif sous-jacent de leur stage afin de surmonter l'épreuve que constitue l'autopsie judiciaire pour eux.

c. 2 Dissonance cognitive

En psychologie sociale, la dissonance cognitive est un état de tension psychologique qui se produit lorsqu'il existe un conflit entre des croyances, des valeurs ou des comportements contradictoires. Cette notion a été introduite par Léon Festinger en 1957. (64) Dans le cas des étudiants en médecine ressentant une persistance ou une augmentation de l'état d'angoisse, nous pouvons émettre l'hypothèse que le travail médical entre en conflit avec un état de peur intense éprouvé à la vue d'autopsie. Ce conflit interne se poursuit tout au long du stage, créant des postures de gêne et refermant la croyance négative sur elle-même, chaque autopsie renforçant la dissonance cognitive. Le dépistage des sentiments de mal-être en salle d'autopsie, permettrait d'en freiner l'évolution en proposant systématiquement un soutien psychologique.

Ce chapitre traitait du vécu des étudiants en médecine tel qu'ils le déclaraient au travers des diverses réponses aux questions fermées et ouvertes du questionnaire.

Dans un premier temps nous avons pu constater que le niveau d'appréhension des étudiants en médecine diminuait après avoir assisté à plusieurs autopsies. Il était plus élevé chez les jeunes étudiants de 3^{ème} année, nous offrant la possibilité d'améliorer leur expérience en définissant à l'arrivée les objectifs du stage de façon plus précise.

Les réponses concernant l'autopsie la moins bien vécue rejoignaient celles des enquêteurs. Cependant, les préoccupations des étudiants portaient principalement sur l'acquisition d'un comportement adapté en stage, de surcroît en présence d'enquêteurs et par les notions de projections de soi.

Enfin, les réactions des étudiants en médecine après plusieurs autopsies évoquaient l'acquisition de nouvelles compétences cliniques, malgré une dissonance cognitive chez certains, représentant un frein au quotidien.

II. Description de la population issue des observations participantes

1. Caractéristiques générales

Les caractéristiques générales des acteurs externes observés dans les observations participantes ont été détaillées en annexe.

32 enquêteurs ont été observés durant 14 autopsies. Parmi ces 32 enquêteurs on dénombre 19 gendarmes, 6 policiers, 2 techniciens d'identification criminelle, 4 techniciens de police technique et scientifique et 1 élève officier.

L'échantillon était composé de 13 femmes pour 19 hommes (soit respectivement 40% et 60%).

Pour 15 d'entre eux il s'agissait de la première autopsie (soit 46% de l'échantillon).

Ils étaient âgés de 32,9 ans en moyenne [20 ; 46].

2. Analyse des observations de terrain

A. Les comportements types

Erving Goffman, dans son ouvrage « *La mise en scène de la vie quotidienne* », utilise la métaphore théâtrale pour analyser les interactions sociales (52). C'est ce modèle que nous allons suivre pour analyser les observations participantes.

La salle d'autopsie est un espace social où plusieurs personnes exerçant des professions variées se rejoignent. Tous les acteurs présents n'ont pas suivi le même cursus, n'ont pas le même

quotidien ni le même rapport à la mort. Tous apportent en salle d'autopsie leur croyances, leur certitude et leur vision de la norme. Des interactions sociales vont survenir entre ces différents intervenants aux rôles divers. Ces rôles, comportements attendus associés à des statuts sociaux, nous les emprunteront à la dramaturgie puisque la salle d'autopsie sera considérée comme une scène d'interaction sociale. Nous rencontrerons tour à tour les acteurs, les spectateurs et les figurants.

a. Les acteurs :

Malgré l'emploi du qualificatif « acteur externe » et « acteur interne » tout au long du manuscrit, ici le mot « acteur » n'aura pas la même définition.

En effet, certains acteurs externes ou internes joueront un rôle « d'acteur » dans le sens dramaturgique du terme, mais pourront également être « spectateurs » ou « figurants ».

Les acteurs feront preuve « *d'agentivité* », c'est-à-dire qu'ils auront une capacité d'action autonome qui influencera le monde social autour d'eux (63). Ils auront un temps de préparation « *en coulisse* » pour se vêtir de leur costume, pour préparer le matériel adéquat avant d'entrer sur scène et participer aux interactions. Ils démontreront leur « *complicité d'équipe* » afin de mener à bien la mission scénique qu'est l'enquête judiciaire (57).

a. 1. Ligne de conduite et agentivité

Observation n°11, mars 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 8h00 salle d'autopsie

« (...) Quand les enquêteurs sont arrivés j'étais en compagnie de Paula, la technicienne de morgue, je regardais en avance le scanner du corps prévu pour l'autopsie. Je remarque un hématome sous-dural. Je le signale au TPTS qui s'approche avec intérêt, puis soudainement prend un cliché de l'écran. Il poursuit sa frénésie en prenant des photographies de la salle d'autopsie dans sa globalité. Je pense le dévisager avec interrogation mais je ne lui dis rien. (...)

Le TPTS me dit "si vous voulez je peux prendre des photos de cet examen aussi" (qui n'est pas celui pour lequel il s'est déplacé ce jour) je lui dis que ça ne sera pas nécessaire en le remerciant (...) il est très dynamique, j'ai presque du mal à le suivre du regard. (...)

Il se dirige vers un renforcement de mur dans la salle d'autopsie où se trouve un escabeau qui lui servira pour prendre de la hauteur afin de réaliser les clichés photographiques de « vues générales du corps ». (...)

Cet extrait d'observation se déroule un matin du mois de mars en salle d'autopsie, les enquêteurs se présentent en avance pour l'autopsie qui est programmée pour 9h00. Avant cette autopsie, était prévu un examen de corps, dont aucun des deux enquêteurs n'a la responsabilité. Ici le « je » est la chercheuse ayant pris en note cette observation, il en sera de même pour toutes les observations qui suivront.

Le TPTS entre en salle d'autopsie, il échange quelques mots sur le fait que sa collègue et lui soient en avance et d'emblée il montre son agentivité. En effet, peu de temps après son arrivée en salle d'autopsie, il rejoint la chercheuse devant l'écran de diffusion de l'imagerie et s'avance pour regarder avec elle. Il la questionne sur ce qu'elle voit. D'ores et déjà le technicien de police scientifique montre sa « ligne de conduite ». Il tente d'obtenir des informations sur la scène qui se déroule pour définir la situation tout en montrant son intérêt. Il prend un cliché de l'écran, puis l'ensemble de la salle d'autopsie ce qui est inhabituel. En temps normal le cadavre et ses

effets personnels sont les seuls éléments photographiés durant l'autopsie. La chercheuse ne réagit pas spécialement verbalement à cette « frénésie photographique ».

Quelques minutes plus tard il demande cette fois-ci s'il peut prendre en photo l'examen qui ne le concerne pas. La chercheuse l'éconduit cette fois-ci. Ce qui lui permet d'ajuster sa ligne de conduite (57).

Le TPTS expérimenté se montre autonome et va chercher lui-même l'escabeau qui lui sera utile pour prendre des photos en surplombant le corps. Il exprime une « *expression corporelle d'outrance* », en se conduisant de manière à paraître autonome et montrer une certaine maîtrise de lui-même. Il saisit l'escabeau et le prépare pour effectuer les vues générales du corps sans que personne ne lui en ait donné la consigne. L'exagération de certains mouvements ou le fait d'aller au-devant d'une demande comme le fait le TPTS en prenant des photos non demandées est un signe de cette expression corporelle d'outrance (52). Il est autonome et est un réel acteur de l'autopsie, au même titre que le légiste officiant.

a. 2. Complicité entre acteurs

Observation n°4, décembre 2023, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h30 salle d'autopsie

« Dr Z. place son test métrique sous une ecchymose, le TIC accoure pour prendre un cliché photographique, cette scène se reproduit à plusieurs reprises pendant l'autopsie (...) »

« Dr Z. remarque une erreur de latéralité qu'elle a fait pendant sa description orale (...) en miroir je vois le TIC corriger sur son calepin la légende de la photo en question (...) »

Dans cet extrait d'observation, nous retrouvons les mêmes caractéristiques d'agentivité et d'autonomie que démontre le TIC. La communication verbale entre le légiste et le TIC n'est pas nécessaire, l'action est synchronisée, chaque acteur sait intuitivement comment réagir et

s'adapter aux actions de l'autre. La communication parvient à être fluide et efficace car dans cette situation les gestes parlent plus que les mots et s'intègre dans un rituel qui facilite la coordination (17). Le légiste est en confiance, il sait que le TIC suit ses explications, est concentré et impliqué. Ce qui renforce cette cohésion. Le fait d'être actif et acteur est une posture valorisée par le médecin légiste qui développe la complicité et la confiance entre les différents partenaires.

Observation n°9, février 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 8h30 salle d'autopsie

« “Décidément, ces derniers temps ma mémoire fonctionne comme un pace maker.” Dr Z. et moi rions. Ce parallèle n'est pas compris par les autres protagonistes. (...) »

Cette complicité est également présente entre acteurs internes. Dans cet extrait d'observation, un des médecins partage une blague privée avec la chercheuse faisant allusion à la capacité d'un pace-maker à écraser les anciennes données afin d'en intégrer des nouvelles dans sa mémoire. Ces blagues et références partagées permettent aux acteurs de se distancer de la « scène » principale. Elles favorisent l'entretien d'une atmosphère détendue pour les acteurs concernés et par la même occasion permet de montrer son appartenance à un groupe social : ici le groupe médical.

a. 3. Présentation de soi

Observation n°10, février 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 8h40 salle d'autopsie

« (...) Deux enquêteurs sont présents, un qui est en tenue civile paré d'un appareil photo autour du cou et un second en uniforme. Initialement je pensais que l'enquêteur munis de son appareil photo était un technicien d'identification criminelle, c'est au fil des discussions, par ses actions tremblantes et indécises que je comprends que ce n'est pas sa fonction. (...) »

Les acteurs se tiennent à une ligne de conduite, font preuve d'agentivité, sont complices entre eux et sont reconnaissables par les personnes extérieures à la scène qui se produit. Dans cet extrait, un des enquêteurs emprunte à un collègue un appareil photo et tente de se faire passer pour un technicien d'identification criminelle. Il s'agit d'une « manipulation d'identité » afin de gérer l'impression faite sur les autres acteurs de l'autopsie. Néanmoins, dans cette observation cet enquêteur sera rapidement « démasqué » puisque les réponses aux différentes sollicitations du médecin légiste ne seront pas satisfaites, et qu'il ne sera pas en mesure de compléter convenablement la légende de son album photographique. À la fin de l'autopsie, devant une multitude de dissonances, l'enquêteur finira par dire qu'il n'est pas TIC.

Cet exemple nous dit deux choses. La première c'est que le métier de TIC est valorisé par les médecins légistes, et les enquêteurs le savent. En effet la proximité des domaines d'action favorise la connivence entre les acteurs de ces deux professions. Généralement, en salle d'autopsie si l'enquêteur ne s'est pas déplacé sur les lieux de découverte et n'a pas la charge du dossier il ne saura pas répondre aux questions essentielles concernant le corps et le légiste se tournera vers le TPTS ou le TIC présent. La seconde est que cet enquêteur a eu besoin d'avoir recours à des stratagèmes pour être considéré et faire partie de l'action principale.

Observation n°14, avril 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 7h50 salle d'autopsie

« Laurine, une TPTS qui “fait partie de la maison”, entre en salle d'autopsie déjà vêtue d'une surblouse, d'une charlotte, d'un masque et de surchaussures. (...)»

Dans cet extrait d'observation, la TPTS est tutoyée et appelée par son prénom tout au long de l'autopsie (comme plusieurs TPTS et TIC en salle d'autopsie). Elle a le réflexe de se parer de la surblouse conseillée et du reste de l'équipement prévu pour les enquêteurs et autres intervenants extérieurs. L'appartenance au groupe d'acteurs de l'autopsie passe par la tenue vestimentaire. Le vêtement, interprété comme seconde peau, donne à voir son métier d'appartenance (62). Il sert de signifiant visuel d'appartenance à un groupe social et fait partie de l'hexis corporelle d'une personne. En s'habillant comme le groupe d'acteur au centre de la scène, la TPTS renforce l'idée collective et d'appartenance à ce corps de métier (60).

Observation n°9, février 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 8h30 salle d'autopsie

« Julie demande avec une voie enjouée des nouvelles du Dr Z., elles parlent de leurs astreintes respectives. (...) »

Dans cette observation Julie est également une TPTS « habituée de la maison ». Elle montre par le ton de sa voix et par son comportement son aisance avec le Dr Z. Il s'agit d'indices accessibles à tous faisant comprendre que la TPTS est intégrée au sein de l'équipe d'autopsie.

En conclusion, dans cette partie, nous avons vu que la scène autopsique est partagée par plusieurs acteurs que sont : les médecins légistes, les agents mortuaires, les TIC et les

TPTS. Occasionnellement, les étudiants en médecine peuvent également devenir acteurs. Ce rôle implique de savoir être autonome et de faire preuve d'agentivité. L'honnêteté et la proactivité sera valorisée et permettra d'inclure des personnes extérieures au-devant de la scène autopsique.

b. Le spectateur

Le rôle de spectateur est celui de la personne qui observe les acteurs jouer au-devant de la scène. Leur rôle est tout aussi important que les acteurs puisqu'ils valident ou questionnent leurs performances. Ils influenceront le comportement des acteurs qui adapteront leur manière d'être pour correspondre aux attentes des spectateurs. Ils participent à la dynamique sociale.

b. 1. Théâtre d'anatomie

Observation n°5, décembre 2023, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h20 salle d'autopsie

« *“Cette fois-ci, ça commence”, c'est ce que chuchote l'enquêteur gradé à la jeune gendarme en lui tapant l'épaule affectueusement (...)* »

Dans ce court extrait d'observation, le gendarme joue un rôle de spectateur. La réflexion « *Cette fois-ci ça commence* » peut être comprise comme le début d'une représentation de théâtre. L'enquêteur chuchote pour ne pas être entendu des acteurs. Dans cette situation, il s'agit d'une transmission d'information d'un gendarme gradé vers une gendarme inexpérimentée. Il lui exprime indirectement que l'autopsie est pour lui semblable à une pièce de théâtre où il est important de suivre le cours d'action dès le début.

Observation n°9, février 2024 Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 8h30 salle d'autopsie

« Julie dit à la stagiaire TPTS arrivée en retard « Oh non c'est dommage tu as loupé le début (...) »

C'est exactement le propos de Julie, une technicienne de police technique et scientifique qui travaille fréquemment à nos côtés. La phrase prononcée rappelle les regrets éprouvés en manquant le début d'un film au cinéma.

Observation n°5, décembre 2023, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h20 salle d'autopsie

« Sébastien le technicien de morgue désarticule activement la clavicule du défunt ce qui attire l'attention de l'élève officier qui se lève de sa chaise, spécialement décalée pour être face à la table d'autopsie. Il observe puis se rassoit quasi immédiatement (...) Sébastien tente d'interagir avec l'élève officier "ce n'est pas la peine de vous faire une carte de fidélité ?" il répond "je ne reviendrais pas, c'est sûr, mais ce n'est pas contre vous" (...) Plus tard, l'élève officier se lève, marche à pas feutrés pour observer le crâne ouvert puis repart s'asseoir rapidement. "Du coup il s'est assis de nouveau" rétorque Sébastien (...) »

Dans l'extrait d'observation ci-dessus, c'est la posture et les mouvements de l'élève officier qui reflète un comportement de spectateur. Il ne se contente pas seulement d'observer l'autopsie sans dire mot, il déplace une chaise pour être à l'aise au cours de sa séance. Il se lève et se rassoit ce qui attire l'attention de Sébastien, un acteur principal de la scène qui se déroule. Sébastien est attentif à ce que le jeune élève pense de l'autopsie puisqu'il lui demande s'il reviendra. Il le taquine de nouveau lorsqu'il répète la même action de se lever et de se rassoit dans la foulée. Sébastien dans cette observation, semble soucieux d'obtenir une information sur l'émotion ressentie par l'enquêteur afin de se positionner lui-même dans la qualité de son rôle d'acteur, mais celui-ci ne donne à voir que son langage corporel.

Observation n°7, janvier 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h30 salle d'autopsie

« La gendarme gradée conclut l'autopsie “ Petit cours d'anatomie bien sympathique.” »

Enfin cette phrase résume parfaitement l'état d'esprit de certains enquêteurs-spectateurs en salle d'autopsie venus spécifiquement pour obtenir un cours gratuit d'anatomie dans une salle d'autopsie investie comme un théâtre ou un cinéma.

b. 2. Éloge de la hiérarchie

Observation n°7, janvier 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h30 salle d'autopsie

« La gendarme gradée décrit précisément les vêtements du cadavre à sa jeune collègue, ça donne l'impression d'une autopsie parallèle. (...) Dr N. réagit “Ne vous inquiétez pas, on s'occupe de la description des vêtements” la gendarme répond immédiatement “Non, non je lui apprend parce que c'est sa première autopsie, c'est une future OPJ”. (...)

Dans cet extrait d'observation, notre intérêt sera porté sur la relation hiérarchique naturelle qu'exprime la gendarme gradée. En effet, en tant que spectatrice active paraphrasant l'autopsie à sa jeune collègue, elle projette aux personnes présente une image de compétence et de confiance afin d'être perçue comme une figure d'autorité légitime (57).

Cette figure d'autorité légitime, exercera une domination légale-rationnelle, c'est-à-dire que les individus obéiront à l'autorité représentée et non pas à la personne elle-même. Cette autorité est exercée selon des lois et règles établis. La gendarme gradée détient son autorité parce qu'elle occupe un poste hiérarchiquement supérieur et non pas par l'expression d'un charisme (domination charismatique) ou par tradition ancestrale (domination traditionnelle) (65).

Cette domination hiérarchique légale-rationnelle joue un rôle très important dans la socialisation professionnelle des nouveaux membres. Elle permet une transmission des normes et valeurs, essentielle à l'efficacité organisationnelle (66).

En revanche, dans le cadre de l'autopsie faisant l'objet de cette observation, nous pouvons nous questionner sur l'utilité d'aller si loin dans la description pour cette jeune enquêtrice qui assiste à sa première autopsie. Le médecin légiste effectue déjà une description orale des éléments pertinents. Ici, cet acte montre la volonté d'apparaître comme une figure d'autorité. D'ailleurs, tout au long de l'observation n°7, l'enquêtrice gradée paraphrasera les actions du médecin légiste durant l'ensemble de l'autopsie et aura constamment un œil sur la jeune gendarme démontrant sa volonté de contrôle et d'autorité auprès de sa collègue moins gradée mais également auprès des médecins et autres acteurs.

b. 3. Regard sur le corps mort et la pratique de dissection

Le corps mort

Observation n°7, janvier 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h30 salle d'autopsie

« Dr N. dit aux enquêtrices tout en disséquant “C’est bien que vous assistiez à l’autopsie aujourd’hui parce que c’est un corps, euh ...” elle laisse sa phrase en suspens, la gendarme gradée tranche avec un ton assuré “C’est un corps propre.” (...)

Dans cet extrait, le Dr N. actrice principale de l'action qui se déroule tente de choisir ses mots le plus prudemment possible. Ce moment d'hésitation laisse la place à la gendarme gradée pour formuler sa propre interprétation du corps disséqué aujourd'hui. Dr N. partage la responsabilité

de l'interprétation de l'état du cadavre tout en permettant une construction partagée de la réalité (67). Cette action permet d'une part d'alléger la pression engendrée par un potentiel choix de mot inapproprié et d'autre part de faire participer activement la gendarme à l'autopsie.

Ici, la gendarme utilise spontanément l'adjectif « propre » pour qualifier l'état du défunt autopsié. L'emploi de ce qualificatif peut être analysé à la lumière de l'interprétation du pur et de l'impur selon Mary Douglas. En effet, ce corps ne présentait pas encore de signe de décomposition apparent et était relativement « frais », offrant un objet d'étude anatomique correct.¹⁵ Ce corps propre n'a pas encore franchi l'étape de la décomposition ou de la mutilation qui le rendrait « impur » (22).

Observation n°8, février 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h00 salle d'autopsie

« “ Voilà, tout beau, tout propre, ni vu ni connu ” scande Dr J. à la fin de la suture du dos. Je regarde à travers le miroir de la salle d'autopsie qui me permet d'observer discrètement les gendarmes qui sont maintenant derrière moi. J'attends de savoir si cette remarque sera relevée ou non par les enquêteurs. Ça ne manque pas, j'entends en écho à voix basse “ni vu ni connu... pas trop hein”. (...)

Cette idée de propreté est reprise dans l'extrait d'observation suivante. Ici le Dr J. s'enorgueillit d'une belle suture rendant au corps un aspect « comme si de rien n'était ». En effectuant des coutures étanches et régulières, il permet de rendre au corps un aspect « beau » et « propre » et efface les stigmates de la dissection. L'expression « ni vu ni connu » peut être perçue par les enquêteurs comme une volonté de dissimuler la réalité factuelle de la dissection qui vient de se produire. Ils n'acceptent pas le fait que le corps n'aurait rien subi après cette autopsie. Cette expression recèle également une idée de tromperie, de cachoterie. D'ailleurs en argot, l'expression souvent entendue est : « ni vu, ni connu je t'embrouille ». Ainsi pour le corps

¹⁵ Un état de décomposition avancé d'un corps complique l'identification des différentes structures anatomiques du corps humain.

gendarmerie il s'agit presque là d'un aveu de tromperie. Le corps mort et les actes de dissection sont bel et bien vu et des sutures ne tromperont pas leur vigilance. Ce qui peut être lu entre les lignes, c'est aussi le fait que la totalité des observations faites par le médecin légiste ne sont pas tout à fait claires pour eux. En effet, on assiste à la rencontre de deux milieux professionnels totalement différents n'employant pas les mêmes terminologies, avec des points d'intérêts différents. Les enquêteurs se présentent en salle d'autopsie pour obtenir des réponses, ici la dissection du dos n'apporte visiblement pas d'informations supplémentaires sur les causes de décès et le légiste ironise en s'intéressant à l'aspect extérieur du corps. Pour les gendarmes qui n'ont possiblement pas compris cet état de fait, l'expression « ni vu ni connu » peut être perçue comme une volonté de dissimuler une preuve « aux yeux de tous ».

Observation n°8, février 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h00 salle d'autopsie

« Dr J. vide le contenu gastrique dans le verre doseur, l'OPJ me demande ce que c'est, je lui réponds qu'il s'agit du bol alimentaire. Immédiatement il se retourne vers son collègue tout sourire "Pour combien tu le bois ? Pour un million je ne le bois pas !". Quelques minutes plus tard un des gendarmes demande "C'est le foie ça ?" Dr J. répond froidement oui. Il semble agacé par toutes ces questions qui lui font perdre le fil de sa description. (...) »

Dans cet autre extrait provenant de la même observation, on observe que les deux enquêteurs s'amuse et forment un pari sur les fluides corporels. Contrairement à l'extrait précédent où la réalité de la mort et des actions sur le corps doit être pris avec sérieux, ici on assiste à une ambiance joueuse et détendue. L'humour employé ici est utile pour détendre l'atmosphère et réaffirmer une cohésion de groupe entre les enquêteurs tout en dédramatisant la scène qui se produit devant eux. Le ton joueur peut également être interprété comme un rituel d'interaction entre les deux enquêteurs visant à renforcer les liens de l'équipe pour surmonter ce moment difficile (17).

La perception sacrée du corps mort est désavouée au profit d'une interprétation profane, ludique afin de réduire la tension symbolique entourant la mort (26).

Dans la deuxième partie de l'extrait, l'agacement du médecin légiste par rapport aux questions et réactions des enquêteurs peut être interprétée à travers le prisme des notions de champ et de capital symbolique.

Un champ est un espace social où les individus partagent des normes, des valeurs et définissent le prestige ou l'illégitimité. On retrouve par exemple le champ médical, le champ académique etc ... Dans chaque champ, on observera des conflits pour obtenir des postes hiérarchiques ou la reconnaissance d'un statut par exemple. Le capital symbolique représente le respect, l'estime et la validation qu'un acteur détient dans un champ particulier (68).

Le médecin légiste dans le champ médico-légal détient un capital symbolique élevé avec la production d'un savoir spécialisé. Les gendarmes, en position de spectateurs possèdent un capital symbolique bien moindre. Le monopole de l'autorité légitime appartient au gendarme et celui de la science au médecin. Dans cette scène, on assiste à un décalage entre les attentes du médecin légiste, qui est véritablement sur son lieu de travail et son rôle dans cette salle d'autopsie. Le légiste doit maintenir l'ordre dans sa salle d'autopsie car les gendarmes perturbent cet équilibre au lieu de poursuivre ses descriptions en se concentrant sur la matérialité des observations.

Dans une moindre mesure, cette observation réaffirme l'idée que certains enquêteurs sont les spectateurs d'une pièce de théâtre.

La pratique de dissection

Observation n°5, décembre 2023, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h20 salle d'autopsie

« (...) Sébastien se joint à la conversation “La prochaine fois vous tiendrez le bistouri ?” dit-il aux enquêteurs. Les deux gendarmes répondent simultanément “Ah non, on ferait de la charcuterie.” Le gradé complète d’un ton moqueur “Je crois que pour être légiste il faut obtenir son CAP boucherie... mais non je rigole” (...)

Dans cet extrait d’observation, le technicien de morgue Sébastien pose une question rhétorique aux enquêteurs – spectateurs. Il les interroge indirectement sur ce qu’ils estiment être les capacités nécessaires pour effectuer une dissection. Pendant un instant, l’agent mortuaire leur permet de se positionner à la place du légiste.

La réponse obtenue « *Ah non, on ferait de la charcuterie.* » valorise la technicité du légiste, tout en diminuant leurs propres capacités à effectuer une dissection (qui n’est pas du tout dans leur champ de compétence). Dans cette phrase on note également la comparaison de l’acte de dissection à « *de la charcuterie* », ce qui s’apparente initialement à une réponse spontanée est finalement confirmé par la phrase suivante associant l’idée que le légiste à des compétences de boucherie. Cette réponse peut être déchiffrée comme « réductrice » si le métier de boucher est un métier manuel, artisanal, purement technique. C’est ce qu’indique le ton employé par l’enquêteur.

En associant la technique de dissection à une tâche artisanale de boucherie, l’enquêteur réduit la complexité et l’expertise du travail médico-légal. Cette remarque reflète probablement le caractère intimidant et complexe de l’acte de dissection tel qu’il est perçu par le gendarme.

Observation n°3, décembre 2023, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 14h00 salle d'autopsie

« L'enquêteur gradé me coupe dans une description "Docteur j'ai une question, est-ce qu'on éprouve toujours du plaisir à faire... enfin à disséquer... même après plusieurs autopsies" Je lui réponds que je suis encore jeune dans le métier et que l'intérêt technique et réflexif me permet de prendre du « plaisir » à venir travailler. (...)

Dans cet autre extrait d'observation, la chercheuse est maintenant celle qui dissèque. L'enquêteur gradé questionne la notion de « plaisir » au travail, et surtout d'éprouver du plaisir à la dissection. Cette question est ambivalente puisque la notion de plaisir ne va pas de pair avec un travail impliquant la manipulation d'un corps mort. Ceux qui ne partagent pas ce quotidien pourraient y voir un attrait douteux et suspect si un sentiment d'accomplissement en est tiré. Cette interrogation soulève une perception de l'acte de dissection comme une déviance potentielle (28).

Cette question sonne également comme un piège tendu. En répondant « oui c'est bien ça ! » de manière frontale, la chercheuse s'expose à la stigmatisation. Prendre plaisir à disséquer et manipuler un corps mort peut être perçu comme une perversion et associé à une maladie mentale.

Le terme stigmatise disqualifie l'identité sociale d'un individu, apposant une perception négative du métier par exemple. Goffman explique que cette stigmatisation entraînera une « identité gâchée », réduisant le métier ou la personne à son stigmat. Tous les aspects positifs vont être effacés au profit de cette association d'idée dévalorisante. Pour gérer ce stigmat les individus auront trois solutions :

Le « passing » : tentative de dissimulation du stigmaté pour se faire passer comme personne normale.

La discrétion : minimiser l'attention sur le stigmaté en adoptant des comportements discrets ou en évitant d'entrer en contact avec ce moment perçu comme stigmatisant.

La confrontation : militer pour faire accepter aux autres que le stigmaté est un stéréotype (29).

Dans cet extrait la chercheuse adopte une position de confrontation associée à une explication de sa posture pour réduire la tension véhiculée par la question.

b. 4. Les mécanismes défensifs

Observation n°7, janvier 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h30 salle d'autopsie

« Yannick, le technicien de morgue ouvre la housse mortuaire, l'OPJ se saisit immédiatement de son calepin qu'il sert contre lui, puis finalement se ravise, le repose sur la paillasse et saisit son téléphone portable pour prendre des photos du corps. (...) »

Parmi les enquêteurs - spectateurs, des signes très discrets d'inconfort peuvent être perceptibles.

Dans cet extrait, presque simultanément à l'ouverture de la housse mortuaire par l'agent de morgue, l'enquêteur se saisit d'un calepin qu'il applique contre lui puis peu de temps après son téléphone portable prend le relais. Ces deux objets peuvent être interprétés comme étant des objets contraphobiques. En psychologie, il s'agit d'objets que l'individu utilise pour se protéger psychologiquement contre une peur ou une anxiété et offrir un sentiment de contrôle face à une situation inconnue ou menaçante (35).

Le calepin que tient fermement l'enquêteur peut démontrer qu'il tente de se raccrocher à une tâche familière professionnelle qui lui donnera un sentiment de reprise de contrôle sur la situation qui est inconfortable.

Le calepin est l'outil premier de l'enquêteur dans son travail quotidien, il lui permet la collecte efficace et méthodique de données. L'enquêteur utilise ensuite son téléphone pour prendre des photographies du corps capturant des informations visuelles médiées par un objet, par rapport à la réalité physique auquel il est confronté.

Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique (1896-1971) détaille la notion d'objet transitionnel, dans le contexte de la petite enfance. Cet objet transitionnel permet à l'enfant de passer de la dépendance à l'indépendance.

Dans cet extrait l'enquêteur utilise le calepin puis le téléphone comme objet de transition pour maintenir une distance émotionnelle le temps de transiter vers l'acceptation de la réalité de la mort (69).

Aussi dans ce court extrait l'enquêteur occupe une posture de spectateur et tente d'effectuer des actions comme prendre des photographies non pas dans l'objectif de devenir acteur mais dans un but de protection de soi.

En conclusion de cette partie, le spectateur est un membre à part entière de la scène autopsique. Ce rôle est souvent joué par les enquêteurs ou leurs stagiaires. Les éléments de communication verbale et non verbale laissent entrevoir les perceptions cinématographiques et stigmatisantes de l'autopsie, mais révèlent également des peurs sous-jacentes.

c. Le figurant

Nous achevons cette partie sur les comportements types rencontrés en autopsie par la description des figurants. Ce rôle est celui occupé par des individus en périphérie de l'action centrale qui se déroule. La présence d'un figurant participe à la cohérence de l'action, il est en arrière-plan, soutient, peut effectuer des tâches répétitives ou silencieuses mais n'est pas déterminant dans le déroulement de l'action principale (17).

Dans notre étude, les intervenants jouant ce rôle de figuration sont les étudiants en médecine. Ils sont présents dans le cadre de l'autopsie médico-légale, leur assistance est naturelle dans le cadre et n'étonne personne. Ils jouent des rôles répétitifs comme la prise de note où l'étiquetage des prélèvements et ne sont pas au-devant de la scène principale. Nous allons observer les caractéristiques des étudiants en médecine dans leur rôle de figurants et ce qui se joue en salle d'autopsie.

c. 1 Acculturation et quête de responsabilité

Observation n°7, janvier 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h30 salle d'autopsie

« Je suggère à Hélène, l'étudiante en médecine présente aujourd'hui, qu'elle s'équipe pour disséquer après avoir demandé l'avis du Dr J. Elle me sourit et semble très enthousiaste de ma proposition (...) »

Dans ce court extrait, Hélène est une étudiante en 6^{ème} année de médecine, en milieu de stage, elle est impliquée et pose des questions sans déranger le cours de l'action. Le jour de

l'observation, la chercheuse lui cède volontiers sa place en tant qu'aide à la dissection puisqu'elle lui en a formulé la demande quelques jours auparavant.

Ce qu'on observe, c'est qu'Hélène semble flattée et gratifiée d'obtenir le droit de disséquer avec le sénior. Ce sentiment positif leur permet d'intégrer sereinement les techniques nécessaires, mais aussi les bons comportements valorisés dans la culture médicale. Cette étudiante entretient d'excellentes relations avec l'ensemble de l'équipe, preuve que son attitude est conforme avec ce qui est attendu d'elle. En gagnant des responsabilités elle internalise les normes spécifiques au métier, et progresse dans son processus d'acculturation (11).

Il s'agit d'une étape cruciale dans sa socialisation secondaire, qui correspond au moment de la vie d'un individu où il affine ses goûts, ses appartenances et intègre un milieu social ou culturel particulier. Ce processus de socialisation est facilité par la reconnaissance de son bon travail et par cette proposition d'être l'aide principale du médecin légiste officiant (68).

L'étudiante en médecine passe d'un rôle de figuration vers un rôle actif. Il s'agit d'un « rite de passage »

L'anthropologue français Van Gennep (1873-1957), développe les étapes des rites de passage dans son ouvrage éponyme. Ainsi il décrit trois étapes :

- La séparation (phase préliminaire) : c'est la phase où l'individu est séparé de son groupe ou statut social précédent. Dans le cas d'un étudiant en médecine il peut s'agir du moment où l'externat débute¹⁶. L'étudiant passe un cap où il doit trouver sa place dans son nouveau groupe d'appartenance.
- La marge (phase liminaire) : c'est la phase où l'individu est dans une période de transition, entre deux statuts ou états. Cette phase n'est pas totalement dans son ancien

¹⁶ L'externat correspond à la phase où les étudiants apprennent la partie pratique du métier en étant en milieu hospitalier au contact de médecins formés qui leur apprendront le métier.

statut et pas encore dans le nouveau. Il peut s'agir de la phase d'internat. L'interne apprend son nouveau métier sans toutefois être avoir soutenu sa thèse ni prêté serment.

- L'agrégation (phase post liminaire) qui correspond à la phase où l'individu est intégré dans la société avec son nouveau statut ou rôle. Cette intégration comporte souvent des rituels. Pour continuer le parallèle, il s'agit cette fois-ci du médecin nouvellement thésé qui passe ce rituel de lecture à haute voix du Serment d'Hippocrate. (Van Gennep, 1909)

c. 2 Le rapport au cadre

Observation n°12, mars 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 7h45 salle d'autopsie

« (...) 8h17 Armand l'interne arrive en salle, l'air surpris, il s'approche de moi, je chuchote " c'était 8h00 ce matin, mince tu n'as pas vu le mail passer..." il rougit un peu et semble préoccupé, je tente de le rassurer (...)8h27 deux étudiantes arrivent pendant l'étape du déroulement des anses digestives, la plus âgée d'entre elle, me demande la mine inquiète "Ce n'était pas 8h30 ?" je lui réponds que non, mais que ce n'a pas d'importance, ça a changé au dernier moment. (...) »

Dans cet extrait d'observation, le thème principal est celui du respect des horaires et du cadre. Armand qui est un nouvel interne qui termine son premier semestre au moment de l'observation arrive en retard en salle d'autopsie. Quelques minutes plus tard, deux étudiantes en médecine arrivent alors que la dissection est déjà bien avancée.

Il s'agit d'une autopsie avec le Dr B., qui porte une attention particulière sur le respect strict des horaires. Pour lui, arriver en retard souligne un manque de sérieux et de fiabilité.

De manière générale dans le domaine médical, la rigueur et la discipline sont des valeurs appréciées et attendues. Le respect des horaires est tout particulièrement important dans les domaines chirurgicaux où chaque personne présente à un rôle prédéfini. Le retard d'un des

membres du personnel perturbe le déroulement de la procédure, instille de l'incertitude et de l'imprévisibilité.

Dans le cadre institutionnel hospitalier, l'heure est très importante puisque l'hôpital ne dort jamais et qu'un relai humain est fait tous les jours et toutes les nuits de l'année sans discontinuer. Ainsi, ne pas se conformer au respect strict des horaires pourrait constituer une perte de crédibilité en tant que médecin par ses pairs et par les autres corps de métier appartenant au champ médical.

En conclusion de cette partie, le figurant joue un rôle important dans le maintien d'un cadre autopsique cohérent. Les étudiants en médecine symbolisent ce « liant » qui permet à l'action de se faire. L'institution les façonne et les forme, afin qu'ils exploitent les meilleures facettes d'eux-mêmes en leur permettant d'expérimenter ponctuellement le rôle d'acteur.

3. Les profils types

Plusieurs profils types d'acteurs externes ont été dégagés à partir de l'analyse des observations participantes. Les profils types identifiés partagent un ensemble de caractéristiques observées spécifiquement, nous permettant de les intégrer dans un même groupe. Selon Max Weber, l'« idéaltype » est un outil théorique qui modélise certains traits d'un individu ou d'un phénomène social sans que ceux-ci ne correspondent exactement à la réalité de tous les individus ou phénomènes modélisés. Par exemple, il analyse l'idéal-type de la bureaucratie qui comprendra une hiérarchie stricte, une spécialisation des tâches, mais ne pourra pas être extrapolée parfaitement pour tous les types de bureaucratie. Il offre un cadre neutre de comparaison pour éclairer de tendances récurrentes (65).

Les profils types seront à l'image de l'idéal-type, un outil théorique abstrait pour analyser des données empiriques. Dans cette partie trois profils types ont été identifiés : l'habitué, le novice et le réprobateur.

A. L'habitué :

a. Statut et présentation :

Le profil « habitué » s'applique à des individus ayant des acquis et une certaine expérience leur permettant une certaine aisance en salle d'autopsie. Il s'agit d'un enquêteur ayant plusieurs années d'ancienneté à son actif et ayant assisté à de nombreuses autopsies, il peut également s'agir d'étudiants en médecine en fin de cursus et en fin de stage de médecine légale.

b. Attitudes :

Le groupe d'individus partageant ce type de profil ont été classés en trois sous-groupes selon leur attitude en salle d'autopsie : l'habitué présomptueux, indifférent ou enthousiaste.

b. 1. L'habitué présomptueux

L'habitué présomptueux expose une confiance en ses compétences excessive, pouvant être qualifiée d'excessive, dépassant même parfois ses attributions, ses capacités et son expertise. À partir d'un certain point cette attitude pourra se traduire par de l'arrogance, un non-respect des limites d'autrui voire un tempérament méprisant.

Observation n°4, décembre 2023, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h30 salle d'autopsie

« (...) Dr Z. termine la dissection des organes et signale par un "Voilà" que l'autopsie se termine. Le TIC lui demande l'air sûr de lui, "Alors la cause du décès c'est quoi ? Une hémorragie c'est bien ça ?" Dr Z. lui dit que ce n'est pas certain et qu'il faudrait d'abord demander des analyses complémentaires toxicologiques pour préciser la séquence de décès. Le TIC insiste "Mais la cause de décès c'est une hémorragie, c'est certain." Dr Z. un peu interloquée lui répond une deuxième fois "Non" sans donner plus de détails au technicien insistant. (...) »

Dans cet extrait d'observation, le technicien d'identification criminelle est persuadé d'avoir compris la cause du décès et ainsi la conclusion de l'autopsie. Il avance une hypothèse qui n'est pas validée par le médecin légiste, pourtant il insiste. Le médecin n'entre pas dans le débat et coupe court à la discussion. Ce comportement traduit d'une attitude présomptueuse, où le gendarme dépasse son champ de compétence. Plusieurs degrés d'interprétation peuvent être formulés dans ce cas.

Le gendarme peut avoir formulé une hypothèse initiale afin de montrer qu'il a suivi et compris les enjeux de l'autopsie et ainsi obtenir l'approbation de la figure de référence.

Cette volonté d'approbation s'inscrit dans une volonté de renfort de son capital symbolique. Il augmente sa valeur, sa légitimité au sein de son groupe social d'appartenance tout en montrant qu'il n'est pas spectateur passif de l'autopsie mais bien acteur lui aussi (68).

En insistant sur le diagnostic d'hémorragie, il montre qu'il veut maintenir « la face », car admettre qu'il n'a pas raison pourrait le repousser dans un statut de spectateur passif (57).

Il peut également dans le même temps avoir voulu renforcer sa posture et sa position de pouvoir. Le jour où l'observation a été réalisée, les protagonistes étaient deux policiers complètement novices en matière d'autopsie et un gendarme enquêteur du même grade que lui (sous-officier supérieur) mais n'exerçant pas la même profession.

b. 2. L'habitué indifférent

L'habitué indifférent présente comme caractéristique principale de ne pas afficher de particulière émotion, d'être détaché de la scène qui se déroule, de ne pas faire de commentaires ou de participation.

Observation n°14, avril 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 7h45 salle d'autopsie

« (...) L'enquêteur gradé se dirige vers le thorax du cadavre. Il observe discrètement, sans dire mot, la plaie possiblement occasionnée par la personne suspectée de meurtre. Le second enquêteur prend en parallèle en note les descriptions orales du médecin légiste. Dès que la description de la zone d'intérêt se termine, l'officier gradé retourne se terrer dans la pièce des OPJ. On ne le verra plus jusqu'à la fin de l'autopsie. (...) »

Dans cet extrait d'observation, la chronologie est intéressante. L'autopsie décrite est celle d'une personne ayant possiblement reçu un coup asséné avec une arme blanche au niveau de la poitrine et donc s'intègre dans un cadre criminel. Au cours de ce genre d'autopsie, les enquêteurs sont souvent très vigilants, attentifs et on note des interactions bien plus importantes entre les divers acteurs de l'autopsie. Le but étant de partager ses idées, ses hypothèses en fonction des données d'enquête.

Au cours de cette autopsie, l'enquêteur principal, en charge du dossier ne semble pas concerné par ce qui se déroule. Il débute l'autopsie dans la pièce des OPJ, se lève uniquement pour le moment d'intérêt pour l'enquête c'est-à-dire la description de la plaie puis se rassoit et n'interagit plus du tout jusqu'à la fin de l'autopsie.

Cette nonchalance apparente semble être le signe d'un phénomène d'habituation¹⁷. Le détachement émotionnel est un mécanisme défensif permettant de rester fonctionnel dans des situations dérangeantes.

¹⁷ Disparition progressive de réponse à un stimulus par exposition répétée régulière à un événement particulier.

L'enquêteur principal produit également plusieurs signaux montrant aux autres qu'il n'a pas peur, qu'il est habitué et qu'il contrôle sans soucis la situation. Il se présente en tenue civile, se déplace discrètement sans émotion ni interaction avec le corps médical. Il montre par son hexis corporelle et ses vêtements que la situation ne l'affecte pas, qu'il est au-dessus des considérations émotionnelles de coutume permettant de maintenir une domination symbolique de la situation (60).

Le manque d'interaction et le fait que le seul profit tiré de l'autopsie est celui allant dans le sens de l'enquête (se déplacer uniquement pour observer la plaie par arme blanche), peut être interprété comme une objectivation du corps et de la procédure. L'acte d'autopsie ayant une vertu purement utilitariste (39,43).

Dans le cas des policiers ou des gendarmes, l'indifférence peut être une manière corporelle de répondre à des normes implicites de ces milieux. La maîtrise de soi, le contrôle émotionnel en toute situation est fortement valorisé. Finalement, cette attitude nonchalante est considérée comme étant un signe de professionnalisme. Howard Becker développe le concept de carrière morale qui correspond à l'évolution progressive des comportements et attitudes d'un individu en fonction de son parcours dans un groupe social ou professionnel qui va l'amener à se transformer et intégrer les normes du groupe (28).

L'indifférence observée chez cet enquêteur semble être le produit de cette carrière morale qui valorise ce type de comportement pour les enquêteurs chevronnés.

b. 3. L'habitué enthousiaste

Le groupe « habitué enthousiaste » représente les individus proactifs, positifs qui tirent des apprentissages et un enrichissement de l'autopsie. Il peut s'agir de tout corps de métier, allant de l'étudiant en médecine qui est satisfait et émerveillé de l'anatomie, à l'enquêteur chevronné qui éprouve de la gratitude d'avoir pu assister à une autopsie.

Observation n°9, février 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 8h30 salle d'autopsie

« (...) Julie s'adresse à la stagiaire TPTS et dit d'un ton jovial "Tu verras, mon moment préféré c'est le crâne !" À cette phrase, son interlocutrice recule de deux pas en arrière. Elle surenchérit "Et encore, tu as de la chance, il est frais !" (...) »

Dans ce cours extrait Julie, TPTS habituée de l'IML, dit avec enthousiasme et excitation qu'elle préfère la dissection du crâne. Elle s'adresse à une TPTS stagiaire qui ne reçoit visiblement pas l'information comme quelque chose de positif, mais elle persiste et surenchérit.

En salle d'autopsie Julie fait presque partie de l'équipe, tout le monde la tutoie, ainsi elle n'éprouve plus aucune crainte ou appréhension à l'idée d'assister à une autopsie, au contraire elle y trouve de l'intérêt et passe un bon moment.

Son ton jovial et l'impression de facilité qu'elle dégage par sa posture met en avant son expérience et son aisance (57).

L'aisance de Julie face à cette étape sensible de l'autopsie est une marque de distinction, un signe qu'elle appartient au groupe des « aguerris ». Elle transgresse les normes et se détache de

son groupe social d'appartenance, puisque 31% des enquêteurs évoquent cette étape dans les moments les plus marquants de l'autopsie. (*Figure 16*)

Cette transgression peut signifier qu'elle appartient à un sous-groupe particulier où elle est intégrée (le groupe des acteurs de l'autopsie). Elle suggère et défie la stagiaire qu'il faudra apprécier ce genre de moments si elle souhaite être intégrée et acceptée, aussi bien qu'elle dans ce nouvel univers (28).

Ce chapitre nous permet de dégager un premier profil-type qui est celui des habitués. Il en existe trois types :

- **L'habitué présomptueux, qui tend à montrer par son comportement qu'il a confiance en lui et assoit ainsi sa position ;**
- **L'habitué indifférent, qui, par sa nonchalance et son indifférence montre qu'il maîtrise aisément ses émotions ;**
- **L'habitué enthousiaste, qui navigue avec légèreté en salle d'autopsie permettant à tous les acteurs de le reconnaître comme possédant une expérience particulière.**

Ces trois types de profils ont un point commun : une manière d'être en salle d'autopsie exprimant une parfaite gestion émotionnelle, caractéristique de leur statut hiérarchique et témoin de leur expérience.

B. Le novice

a. Statut et présentation

Au contraire du profil « habitué », le profil « novice » correspond à un groupe d'individus ayant peu d'expérience en matière d'autopsie. Ce groupe d'individus est principalement composé de personnes ayant peu d'années d'ancienneté dans leur profession.

b. Attitudes :

Ce profil a été classé en deux types de personnalité : les novices embarrassés et les novices introspectifs.

b. 1. Le novice embarrassé

Ce type d'individu présente des signes d'inconfort manifeste, un langage corporel fermé, une tendance à rester en retrait. Il a des difficultés à s'adapter et l'embarras peut être accentué par la peur du jugement de leur supérieur hiérarchique.

Observation n°1, novembre 2023, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 8h50 salle d'autopsie

« (...) Dr J. s'adresse à la novice d'un ton accueillant "Venez approchez-vous !", elle répond gênée et rougissante "Non... euh... je suis très bien au loin." (...) Dr J. interroge l'enquêteur gradé sur la volonté de venue en salle d'autopsie de sa jeune collègue. Il répond hésitant avec un sourire en coin "Plus ou moins" (...) »

« J'aperçois la jeune enquêtrice se lever de temps en temps, posture verrouillée, bras croisés, elle lance des regards très furtifs vers la table d'autopsie et se cache le visage avec les mains (...) »

Dans la première partie de cet extrait d'observation, on peut constater une hésitation de la part de la jeune enquêtrice qui n'est pas à l'aise avec l'idée de s'approcher du corps mort. Immédiatement le légiste s'interroge sur le consentement de sa présence en salle d'autopsie. En effet, il n'est pas inhabituel d'observer des mouvements de recul, une envie de prendre l'air ou un inconfort chez certains novices, mais ils succèdent des moments d'intérêt et d'approche. Dans cette situation, la jeune gendarme est complètement hermétique dès le début de l'autopsie. Dr J. tente d'intégrer avec bienveillance la nouvelle gendarme dont la carrière est encore longue. Il tente de la socialiser en lui faisant franchir une étape. La proposition du médecin légiste est symbolique, elle représente une intégration au monde médico-légal. Cependant la novice reste embarrassée et n'accepte pas la proposition d'incorporer les dispositions propres à ce nouveau champ.

Un autre passage de cette première partie est intéressant il s'agit de la complicité entre les deux professionnels expérimentés que sont le Dr J. et le gendarme gradé. Il fait un sourire en coin, et admet à demi-mot que la présence de la novice était contrainte. Ce qui met en lumière la présence de tensions entre les attentes hiérarchiques et la volonté individuelle de cette enquêtrice qui ne souhaitait pas assister à une autopsie. Il y a une volonté pour l'enquêteur de préserver une conformité aux normes professionnelles en effaçant tout individualisme (17).

La seconde partie illustre parfaitement le langage corporel de la gêne éprouvée par cette jeune femme, l'incluant dans la catégorie « novice embarrassée ».

Cet extrait nous permet de constater que l'intégration sociale d'un nouvel individu totalement novice dans un groupe social déjà constitué relève quelques défis et complexités. Dans cet exemple, la jeune gendarme n'adhère pas à l'autopsie et pourtant elle se retrouve dans ce milieu qui lui est totalement inconnu puisque la conformité aux normes, imposé par son supérieur hiérarchique la contraint à y assister. Ce qui la place dans une position inconfortable.

b. 2. Le novice introspectif

L'autopsie médico-légale provoque des moments d'introspection chez les personnes extérieures non exposées quotidiennement à la mort. Celles-ci questionnent leur propre vitalité en comparaison avec l'irréversibilité du réel de la mort qui leur fait face.

Observation n°6, janvier 2024, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 9h30 salle d'autopsie

« (...) Au moment de l'ouverture mento-pubienne du corps (du menton au pubis), le jeune gendarme touche son propre corps pour comparer avec ce qu'il voit. (...) »

Au travers de ce court extrait on observe un jeune enquêteur qui assiste à sa première autopsie. Au cours de celle-ci il effectue à plusieurs reprises ces mêmes gestes où il touche son propre corps en observant le cadavre face à lui. Il ne s'agit pas du seul enquêteur à effectuer ce geste. En touchant son propre corps, l'enquêteur tente de se rassurer sur sa propre intégrité physique. Il se compare au corps, et prend conscience de la fragilité de la vie.

De nombreux enquêteurs et étudiants en médecine novice pour la plupart ont relevé dans la partie « remarques éventuelles » que l'autopsie avait été pour eux l'occasion d'effectuer une introspection. de se questionner sur ses propres relations avec ses proches, sur l'éphémère de la vie et la soudaineté de la mort.

Cette partie permet de définir un second profil-type : le novice. Il désigne les nouveaux membres d'un corps de métier. Ces novices peuvent vivre le moment de l'autopsie comme une épreuve. En début de carrière, trouver la bonne distance, et comprendre l'intégralité des normes sociales de son groupe est parfois compliqué. L'autopsie représente un

moment de profonde introspection et ne semble pas être le lieu idéal pour « tester la résistance » de nouvelles recrues en pleine refonte identitaire.

C. Le réprobateur

a. Statut et présentation

Ce dernier profil-type regroupe les individus qui pour de multiples raisons personnelles, éthiques et techniques pensent que l'autopsie est problématique ou inutile et adoptent une posture critique. Le terme réprobateur doit être entendu comme une condamnation morale de la pratique en elle-même.

b. Attitudes :

On remarque deux types de réprobateurs : les silencieux et les expressifs.

b. 1. Le réprobateur silencieux

Le qualificatif silencieux fait référence à la discrétion dont ses réprobateurs font preuves. Ils n'expriment pas verbalement ou de manière marquée leur opposition. Ils adoptent une posture de retrait marquée par le désintérêt et l'ennui. Ils s'accommodent passivement en se conformant de manière superficielle à la norme dominante pour éviter les conflits ou la marginalisation (57).

En salle d'autopsie il est assez difficile de les remarquer puisqu'ils peuvent être confondus avec les « habitués indifférents ». Leur ressenti négatif au sujet de l'autopsie est à peine perceptible et ne donne pas à être vu. C'est pourquoi, cette partie analytique ne se basera pas sur un extrait d'observation mais sur quelques réponses à des questions ouvertes aux questionnaires.

Voici quelques réponses issues des questionnaires relevant les sentiments ressentis par certains enquêteurs interrogés ou des remarques spontanées formulées en fin de questionnaire :

- « *L'autopsie c'est quelque chose de gore et sans intérêt.* »¹⁸ ;
- « *J'avais hâte que ça se termine, on devrait y envoyer des enquêteurs qui aiment ça plutôt.* »¹⁹ ;
- « *Le médecin légiste est un boucher qui fait méthodiquement son travail.* »²⁰

Dans ces réponses, on retrouve deux grandes thématiques d'une part une vision stigmatisante du métier de légiste et des individus pouvant apprécier la dissection et d'autre part une vision utilitariste de l'autopsie.

La comparaison du métier de légiste avec celle de boucher a déjà été analysée précédemment. Il s'agit d'une vision négative et déshumanisante du travail. Ici, le gendarme réduit l'acte d'autopsie à une tâche mécanique, sans aucune dimension scientifique ou noble. Il colle une étiquette déviante sur le praticien et développe une pensée stigmatisante. La phrase « (...) *on devrait y envoyer des enquêteurs qui aiment ça (...)* » renvoie également à une association stigmatisante d'idée, où un enquêteur enthousiaste d'assister à une autopsie serait perçu comme marginal et adoptant une trajectoire déviante (28,29).

¹⁸ Questionnaire G28 (décembre 2023)

¹⁹ Questionnaire G26 (décembre 2023)

²⁰ Questionnaire G6 (décembre 2023)

La première phrase « *L'autopsie c'est quelque chose de gore et sans intérêt* » repose sur une idée purement utilitariste de l'autopsie où celle-ci devrait avoir une finalité forcément bénéfique, offrant une solution sans conteste pour justifier son existence (38,39).

b. 2. Le réprobateur expressif

Dans le profil réprobateur on retrouve un deuxième type, plus rare qui correspond au réprobateur expressif. L'observation suivante illustre les caractéristiques principales de ce groupe d'individus.

Observation n°1, novembre 2023, Institut de Médecine Légale de Strasbourg, 8h50 salle d'autopsie

« (...) En fin d'autopsie je rejoins la jeune gendarme qui est restée tout le long de l'autopsie dans la pièce annexe des OPJ. Je l'interroge sur son vécu. Elle me répond, très en colère "Je ne reviendrais plus jamais, vraiment, je ne supporte pas, je ne comprends pas comment on peut faire ça... (sous-entendu une dissection car elle montre avec sa tête la table d'autopsie). Je ne comprends pas comment on peut faire ça et sur n'importe qui d'ailleurs." (...) »

L'enquêtrice de cette observation est celle qui a été décrite dans le profil-type novice embarrassé. Nous avons pu voir précédemment que sa présence en salle d'autopsie n'était initialement non désirée pour des raisons que nous ignorons. Cet extrait, correspond à la fin de l'autopsie.

La situation dans laquelle se trouve la jeune enquêtrice traduit une forme de socialisation contrainte par son supérieur. Selon Pierre Bourdieu, la socialisation nécessite une incorporation progressive des valeurs et normes d'un groupe. Dans le cas présent, cette socialisation s'est

faite sous la contrainte sans préparation particulière et a produit un rejet radical de l'autopsie au lieu de produire l'adaptation escomptée (68).

Un autre phénomène intéressant c'est ce passage de novice embarrassée à réprobatrice expressive. On assiste à une dynamique tout au long de l'autopsie où initialement l'enquêtrice est dans une phase de résistance passive (refus timide de participer) pour évoluer in fine vers une condamnation active et ferme. Cette escalade montre que, l'exposition forcée à l'autopsie a eu pour résultante le renforcement de la répulsion complète de l'autopsie par la jeune gendarme (28).

Ce chapitre clôture cette partie analytique. Nous avons appris que certains enquêteurs réproouvent fermement l'autopsie et ne souhaitent pas y participer, ils gardent « la face » pour ne pas être marginalisés mais peuvent vivre intérieurement une très mauvaise expérience, comme en témoigne celle de la jeune gendarme explorée dans le dernier exemple.

Cette partie se découpera en deux chapitres : un premier exposant les forces et limites de l'étude et un second explorant les perspectives.

I. Forces et limites de l'étude

1. Les forces de l'étude

La force de cette étude réside dans le choix d'une approche plurithéorique. L'objectif de la méthode quantitative était de mettre en évidence, par des données chiffrées, des associations, tendances et corrélations entre les perceptions et le vécu des acteurs externes. Ce type de méthode a permis de réduire le biais d'interprétation. L'emploi de questionnaires en trois temps distincts a permis de favoriser le suivi des étudiants tout au long de leur stage.

L'approche qualitative, quant à elle, a permis de rendre compte de phénomènes in concreto et d'explorer en profondeur les perceptions et les expériences de la population étudiée, offrant ainsi une compréhension nuancée et détaillée des interactions entre les différents acteurs en salle d'autopsie. La complémentarité des approches quantitatives et qualitatives a offert une vision d'ensemble du sujet et a apporté une profondeur à la thématique renforçant la validité et la crédibilité des conclusions.

La proximité de la chercheuse avec le terrain d'enquête, a favorisé la compréhension des enjeux du sujet. Cette proximité a également permis une grande accessibilité à plusieurs types d'acteurs et une plus grande liberté d'action dans la communication avec ces derniers. Enfin, l'approche

pluridisciplinaire du sujet, sous un regard à la fois sociologique et médical apporte l'originalité de ce travail.

2. Les limites de l'étude

Concernant les limites générales de l'étude. La première limite identifiée est la faible taille de l'échantillon. Celle-ci limitait certains calculs statistiques et pouvait biaiser certains résultats chiffrés. La seconde limite identifiée est qu'il s'agit d'une étude monocentrique. La généralisation des données devait donc être prudente en considérant les différences de fonctionnement dans d'autres Instituts de Médecine Légale (présence des enquêteurs dans des salles à part avec transmissions vidéo-assistée limitant les interactions entre les acteurs).

Concernant spécifiquement l'analyse quantitative, plusieurs biais ont été identifiés. Premièrement un biais de mesure. Celui-ci se produit lorsque les données collectées ne reflètent pas avec exactitude ce qu'elles sont censées mesurer.

Il existe des sous-catégories de ce type de biais, comme le biais de désirabilité sociale. Ce sous-type de biais survient dans le cas où les personnes incluses ont tendance à être plus attentives et avoir un plus grand taux de réponse pour faire plaisir au chercheur. Ce type de biais a été limité par la mise en place d'une distribution des questionnaires par différents acteurs (médecin légiste, internes, agents mortuaires) et d'autre part en informant les participants que les questionnaires étaient anonymes.

Un second sous-type du biais de mesure, est le biais d'instrumentalisation. Il survient lorsque les outils ou les instruments utilisés pour collecter les données ne sont pas fiables ou ne mesurent pas correctement le phénomène étudié. Par exemple, des questions mal formulées au

sein d'un questionnaire. Afin de limiter ce type de biais, un test pilote a été effectué auprès d'un petit échantillon de personne pour repérer les questions pouvant être mal comprises ou ambiguës.

Deuxièmement un biais d'analyse statistique lié au test du chi deux pouvait survenir, puisque celui-ci est sensible à la taille des échantillons évalués.

Enfin, dans le cadre de questions faisant appel aux souvenirs des participants, un biais de mémoire a également pu survenir. Ce biais n'a pas pu être limité, cependant les données ont été interprétées avec prudence.

Concernant l'analyse qualitative, un biais de mesure peut être observé. Une grille d'observation standardisée, neutre permettait au chercheur d'évaluer toujours les mêmes points. Cette grille a permis de mesurer les mêmes caractéristiques à chaque autopsie afin de limiter ce biais.

Lors des observations participantes un biais d'information a pu survenir. Dans le cadre du biais d'information, un effet Hawthorne peut survenir, celui-ci amène les participants à modifier leur comportement lorsqu'ils se savent observés par un chercheur. Pour cela, les observations « incognito » ont été menées afin de garantir l'authenticité des interactions entre acteurs en salle d'autopsie.

Enfin un biais important dans ce type de recherche était un biais d'interprétation. Celui-ci est dépendant de l'interprétation du chercheur. Il est très difficile de le limiter. Afin d'atténuer son impact sur la lecture des résultats de la partie qualitative, l'analyse des questionnaires venait appuyer certaines observations.

II. Perspectives

L'augmentation croissante des demandes d'autopsies judiciaires à l'Institut de Médecine Légale de Strasbourg au cours de ces dix dernières années interroge sur la perception et les ressentis des acteurs externes en salle d'autopsie. Si aujourd'hui la présence des enquêteurs fait partie des pratiques habituelles, c'est parce que traditionnellement, elle répondait à un besoin d'échange verbal d'informations concernant l'enquête judiciaire. Aujourd'hui, à l'ère du numérique, imposer une présence en salle d'autopsie à un individu doit être questionnée. En effet, il ne s'agit pas d'une pratique anodine et la confrontation à la mort peut être source d'effets psychologiques imprévisibles et d'enjeux éthiques sur des individus non ou insuffisamment préparés.

Cette étude s'est donc intéressée à l'écart entre les représentations et le vécu des acteurs externes en salle d'autopsie et a analysé les effets provoqués par la confrontation à la mort.

Ce travail s'est principalement interrogé sur les trois points suivants :

- Premièrement, un recueil des formations ou cours théoriques reçus par les enquêteurs et les étudiants en médecine était nécessaire afin d'obtenir une base de réflexion et un point de départ dans l'analyse du profil de ces acteurs externes.
- Deuxièmement, les représentations, perceptions et l'imaginaire autour de l'autopsie ont été recherchés afin de mieux comprendre les comportements des acteurs externes à l'autopsie et les stigmatisations associées à sa pratique.
- Enfin, le vécu réel de l'autopsie a été évalué d'une part en donnant la possibilité aux enquêteurs et aux étudiants en médecine de s'exprimer par écrit, sur les moments difficiles et sur les émotions éprouvées, par le biais de questions ouvertes dans les

questionnaires et d'autre part via les observations participantes avec l'observation directe des comportements et interactions.

Afin d'en améliorer la clarté, les principaux résultats ont été discutés tout au long de ce travail. Leur analyse a permis de relever trois éléments principaux, dont la mise en lumière permettra d'améliorer les pratiques ultérieures :

En premier lieu, il apparaît intéressant de reconsidérer l'approche pédagogique dispensée aux étudiants en médecine en stage à l'Institut de Médecine Légale de Strasbourg. En effet, les résultats de cette étude suggèrent que ces derniers présentent des différences de ressenti selon leur année d'étude. Les étudiants en 3^{ème} année estiment avoir moins progressé que les étudiants des années supérieures sur le plan des connaissances anatomiques. Le groupe estimant avoir le plus acquis de connaissances en anatomie sont les étudiants de 6^{ème} année, avec une augmentation des notes de quasiment deux points entre le début et la fin du stage. L'implication clinique de l'étudiant en stage entre en jeu dans l'intégration des connaissances anatomiques. Or, les étudiants en 3^{ème} année de médecine sont principalement en observation tout au long de leur stage, tandis que les étudiants de 6^{ème} année, sont quant à eux bien plus actifs et volontaires. De plus, les étudiants en 3^{ème} année de médecine déclarent que leur niveau d'appréhension en début et en fin de stage est plus élevé que celui des étudiants plus expérimentés.

Ces résultats suggèrent qu'une personnalisation du stage en fonction des années serait bénéfique pour les étudiants avec par exemple, la mise en place d'une formation théorique préalable incluant une présentation orale et des supports photographiques détaillant les étapes de l'autopsie pour les plus jeunes.

S'intéresser à l'approche pédagogique apparaît d'autant plus important que les étudiants déclarent avoir acquis des compétences cliniques primordiales à l'exercice de la médecine en fin de stage. Les résultats nous apprennent qu'une transformation de soi s'opère durant le stage

de médecine légale avec l'acquisition de compétence comme : l'apprentissage de la bonne distance médecin-malade, la gestion de ses propres émotions face à des situations difficiles et face à la mort. Personnaliser les parcours des étudiants permettrait aux étudiants de mieux trouver leur place.

Concernant la présence des enquêteurs en salle d'autopsie, celle-ci doit être discutée, afin qu'elle devienne plus efficace et rationnelle. Assister à une autopsie, pour certains enquêteurs, ne semble pas toujours être une expérience optimale, avec parfois, un vécu difficile. Ces derniers se trouvent souvent dans une position de « spectateurs », mal à l'aise dans un environnement médical dont ils ne maîtrisent pas les codes. Cette situation peut s'avérer contre-productive voire traumatisante pour certains.

Les « jeunes » enquêteurs, non préparés, vivent cette expérience comme un « baptême du feu » professionnel, teintant leur appréciation de l'autopsie pour la suite de leur carrière. De surcroît du fait plus de fortes dynamiques de pouvoir opérant en salle d'autopsie. En effet, les enquêteurs chevronnés suggèrent aux plus jeunes dans le métier, par leur attitude, qu'une parfaite gestion émotionnelle ou une décontraction assumée est indispensable pour faire face et pour maintenir la face en salle d'autopsie. C'est ainsi que divers comportements et profils types d'acteurs externes ont été dressés.

En se basant sur leurs caractéristiques identifiées, nous pourrions établir des actions concrètes ciblées en termes de formation et d'accompagnement pour chacun d'eux tout au long de l'autopsie. Ces formations permettront une meilleure intégration, une expérience plus constructive et moins traumatisante pour ces acteurs.

Enfin, le doublement du nombre d'autopsies à l'IML de Strasbourg au cours de la dernière décennie a vraisemblablement un impact sur les pratiques quotidiennes. L'augmentation du

nombre d'autopsies va dans le sens d'une technicisation de la justice avec un recours plus systématique à la preuve scientifique pour appuyer la décision de justice. Cet appui de la science conduit à un alourdissement des procédures et amenuise la qualité des relations entre acteurs. Cette augmentation de la charge de travail réduit le temps disponible pour l'enseignement et l'accompagnement des différents acteurs présents.

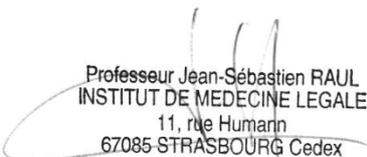
Afin d'améliorer l'expérience des acteurs en salle d'autopsie, il serait intéressant d'optimiser leur implication en commençant par convier uniquement les enquêteurs ayant la charge du dossier, puis en organisant des moments d'enseignements avant de débiter chaque autopsie. En effet, la majorité des enquêteurs (69%) n'ont pas la charge du dossier d'enquête. Ne pas connaître le dossier ajoute une inconnue dans un cadre déjà peu rassurant. Mobiliser les enquêteurs de manière plus stratégique permettrait d'amoindrir la difficulté de l'épreuve que peut parfois constituer l'assistance à une autopsie.

Face à ces défis, l'organisation de formations conjointes et une réflexion approfondie sur la répartition des rôles attribués à chaque acteur permettraient d'intégrer plus efficacement la pratique de l'autopsie dans une démarche judiciaire cohérente et rigoureuse. Cette approche contribuerait à optimiser l'utilisation des ressources dans un contexte de demande croissante.

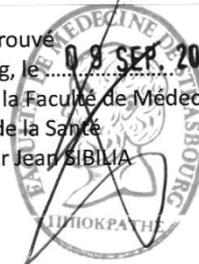
III. Conclusion

Cette étude se distingue par son approche originale reposant sur deux aspects : l'emploi d'une méthodologie mixte, quantitative et qualitative, et l'utilisation conjointe d'outils d'analyse sociologiques et médicaux. Cette approche pluridisciplinaire a permis d'explorer en détail les perceptions et ressentis des acteurs externes et les réels enjeux qui se jouent dans l'environnement complexe qu'est la salle d'autopsie.

En mettant en lumière les expériences vécues par les acteurs externes, cette recherche ouvre la voie à une réflexion approfondie sur les pratiques actuelles en médecine légale et leur possible évolution face à une demande croissante d'autopsies judiciaires.


Professeur Jean-Sébastien RAUL
INSTITUT DE MEDECINE LEGALE
11, rue Humann
67085 STRASBOURG Cedex
Tél. +33(0)3 68 85 33 63
Fax +33(0)3 68 85 33 62

Vu et approuvé
Strasbourg, le 08 SEP 2024
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBLIA



TABLES DES MATIÈRES

I/ TABLEAUX-----	172
1/ Tableaux des caractéristiques des enquêteurs observés-----	172
2/ Tableaux de contingence-----	177
II/ ENTRETIENS EXPLORATOIRES -----	179
1/ Entretiens étudiants en médecine-----	179
2/ Entretiens enquêteurs-----	188
III/ QUESTIONNAIRES-----	196
1/ Questionnaires distribués aux enquêteurs et étudiants en médecine-----	196
2/ Grille thématique-----	207
IV/ OBSERVATIONS PARTICIPANTES-----	212
1/ Grille d'observation-----	212
2/ Observations-----	213

I. Tableaux

1. Tableaux des caractéristiques des enquêteurs observés

Observation 1	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Gendarmerie	Gendarmerie
Sexe	F	H
Age	20	42
Grade	Gendarme adjoint volontaire	Sous-officiers supérieur
Ancienneté	?	18 ans
Nombre d'autopsie assistée	1ère autopsie	5 à 10 autopsies
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Non	Oui
Déplacement sur les lieux	Non	Non
Contexte d'autopsie	Décès accidentel d'une personne âgée	

Observation 2	Enquêteur n°1
Démographie des acteurs externes	
Secteur - métier	Gendarmerie
Sexe	H
Age	28
Grade	Sous-officier subalterne
Ancienneté	10 ans
Nombre d'autopsie assistée	2 à 5
Contexte de l'autopsie	
Charge du dossier	Non
Déplacement sur les lieux	Non
Contexte d'autopsie	Décès par suicide d'une personne âgée

Observation 3	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Gendarmerie	Gendarmerie
Sexe	H	H
Age	33	22
Grade	Sous-officier subalterne	Gendarme adjoint volontaire
Ancienneté	9 ans	6 mois
Nombre d'autopsie assistée	2 à 5	1ère autopsie
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Non	Non
Déplacement sur les lieux	Non	Non
Contexte d'autopsie	Décès d'origine naturelle d'une personne âgée	

Observation 4	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2	Enquêteur n°3	Enquêteur n°4
Démographie des acteurs externes				
Secteur - métier	Gendarmerie	TIC (gendarmerie)	Police	Police
Sexe	H	H	H	H
Age	43	35	46	42
Grade	Sous-officier supérieur	Sous-officier supérieur	Corps d'encadrement et d'application (brigadier-chef)	Corps d'encadrement et d'application (brigadier-chef)
Ancienneté	23	12	4	1
Nombre d'autopsie assistée	5 à 10	>10	1ère autopsie	1ère autopsie
Contexte de l'autopsie				
Charge du dossier	Oui	Oui	Non	Non
Déplacement sur les lieux	Oui	Oui	Non	Non
Contexte d'autopsie	Décès accidentel d'une personne d'âge moyen			

Observation 5	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2	Enquêteur n°3
Démographie des acteurs externes			
Secteur - métier	Gendarmerie	Gendarmerie	Étudiant (gendarmerie)
Sexe	H	F	H
Age	38	22	20
Grade	Sous-officiers supérieur	Gendarme adjoint volontaire	Élève officier
Ancienneté	14 ans	1 an et demi	0
Nombre d'autopsie assistée	5 à 10	1ère autopsie	1ère autopsie
Contexte de l'autopsie			
Charge du dossier	Oui	Non	Non concerné
Déplacement sur les lieux	Non	Non	Non concerné
Contexte d'autopsie	Décès de cause indéterminée d'une personne d'âge moyen		

Observation 6	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Gendarmerie	Gendarmerie
Sexe	H	H
Age	20	28
Grade	Gendarme adjoint volontaire	Sous-officier subalterne
Ancienneté	2 ans	8 ans
Nombre d'autopsie assistée	1ère autopsie	2 à 5
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Non	Non
Déplacement sur les lieux	Non	Non
Contexte d'autopsie	Décès par suicide d'une personne d'âge moyen	

Observation 7	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Gendarmerie	Gendarmerie
Sexe	F	F
Age	34	43
Grade	?	Sous-officier supérieur
Ancienneté	?	19 ans
Nombre d'autopsie assistée	1ère autopsie	5 à 10
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Non	Non
Déplacement sur les lieux	Non	Non
Contexte d'autopsie	Décès par suicide d'un jeune adulte	

Observation 8	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Gendarmerie	Gendarmerie
Sexe	H	H
Age	23	32
Grade	Sous-officier subalterne	Sous-officier supérieur
Ancienneté	2 ans	8 ans
Nombre d'autopsie assistée	1ère autopsie	1ère autopsie
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Non	Oui
Déplacement sur les lieux	Oui	Oui
Contexte d'autopsie	Décès par suicide d'une personne âgée	

Observation 9	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2	Enquêteur n°3	Enquêteur n°4
Démographie des acteurs externes				
Secteur - métier	Police	Police	TPTS (police)	TPTS (police)
Sexe	F	F	F	F
Age	23	28	32	32
Grade	Corps d'encadrement et d'application (gardien de la paix)	Corps d'encadrement et d'application (gardien de la paix)	TPTS	TPPTS
Ancienneté	1 an et demi	7 ans	Quelques semaines	7 ans et demi
Nombre d'autopsie assistée	1ère autopsie	1ère autopsie	1ère autopsie	>10
Contexte de l'autopsie				
Charge du dossier	Non	Oui	Non	Oui
Déplacement sur les lieux	Non	Non	Non	Oui
Contexte d'autopsie	Décès accidentel d'un jeune adulte			

Observation 10	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Gendarmerie	Gendarmerie
Sexe	H	H
Age	37	39
Grade	Sous-officier supérieur	Sous-officier supérieur
Ancienneté	18 ans	14 ans
Nombre d'autopsie assistée	> 10	2 à 5
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Oui	Non
Déplacement sur les lieux	Oui	Non
Contexte d'autopsie	Décès accidentel d'une personne d'âge moyen	

Observation 11	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Police	TPTS (police)
Sexe	F	H
Age	46	41
Grade	Corps d'encadrement et d'application (brigadier-chef)	TPPTS
Ancienneté	25 ans	18 ans
Nombre d'autopsie assistée	>10	>10
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Oui	Oui
Déplacement sur les lieux	Non	Non
Contexte d'autopsie	Décès accidentel d'une personne âgée	

Observation 12	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Gendarmerie	Gendarmerie
Sexe	H	F
Age	24	42
Grade	Gendarme adjoint volontaire	Sous-officier supérieur
Ancienneté	3 ans	23 ans
Nombre d'autopsie assistée	1ère autopsie	5 à 10
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Non	Oui
Déplacement sur les lieux	Non	Non
Contexte d'autopsie	Décès de cause indéterminée d'une personne d'âge moyen	

Observation 13	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes		
Secteur - métier	Gendarmerie	TIC (gendarmerie)
Sexe	F	F
Age	39	41
Grade	Sous-officier supérieur	Sous-officier supérieur
Ancienneté	18 ans	22 ans et demi
Nombre d'autopsie assistée	5 à 10	>10
Contexte de l'autopsie		
Charge du dossier	Oui	Non
Déplacement sur les lieux	Non	Oui
Contexte d'autopsie	Décès d'origine naturelle d'un enfant	

Observation 14	Enquêteur n°1	Enquêteur n°2	Enquêteur n°2
Démographie des acteurs externes			
Secteur - métier	Police	TPTS (police)	Police
Sexe	H	F	H
Age	28	31	?
Grade	Corps d'encadrement et d'application (gardien de la paix)	ASPTS	Corps d'encadrement et d'application (brigadier-chef)
Ancienneté	4 ans	2 ans	?
Nombre d'autopsie assistée	1ère autopsie	>10	>10
Contexte de l'autopsie			
Charge du dossier	Non	Oui	Oui
Déplacement sur les lieux	Oui	Oui	Oui
Contexte d'autopsie	Décès des suites d'un homicide		

2. Tableaux de contingence

La p value < 0,05 pour obtenir un seuil de significativité statistique.

Tableau n°1 : Tableau de contingence des enquêteurs présents ou pas par ordre hiérarchique et ayant ou pas la charge du dossier d'enquête

	Avoir la charge du dossier	Ne pas avoir la charge du dossier	Total	p value
Présence par ordre hiérarchique	20 (32,09)	63 (57,9)	83	
Présence pour autres raisons	19 (13,90)	19 (25,09)	46	
Total	39	90	129*	0,041

*(N=129 correspond au nombre d'enquêteurs ayant répondu aux deux questions (celle sur la nature de la présence en salle d'autopsie et celle sur la responsabilité du dossier).

Tableau n°2 : Tableau de contingence des gendarmes présents ou non par ordre hiérarchique et ayant ou non la charge du dossier d'enquête

	Avoir la charge du dossier	Ne pas avoir la charge du dossier	Total	p value
Présence par ordre hiérarchique	10 (15,08)	38 (32,91)	48	
Présence pour autres raisons	12 (6,91)	10 (15,08)	22	
Total	22	48	70	0,0047

Tableau n°3 : Tableau de contingence de la bonne ou très bonne réaction des policiers à l'ordre hiérarchique de participer à une autopsie

	Bonne ou très bonne réaction à cette demande	Autres réactions que bonne ou très bonne	Total	p value
Présence par ordre hiérarchique	8 (11,25)	7 (3,75)	15	
Présence pour autres raisons	13 (9,75)	0 (3,25)	13	
Total	21	7	28*	0,027

*(N=28 correspond au nombre de policiers ayant répondu aux deux questions (celle sur la nature de la présence en salle d'autopsie et celle sur leur réaction à cette demande).

Tableau n°4 : Tableau de contingence de la mauvaise ou très mauvaise réaction des gendarmes à l'ordre hiérarchique de participer à une autopsie

	Mauvaise ou très mauvaise réaction à cette demande	Autres réactions que mauvaise ou très mauvaise	Total	p value
Présence par ordre hiérarchique	4 (1,54)	40 (40,1)	44	0,032
Présence pour autres raisons	1 (0,45)	12 (11,85)	13	
Total	5	52	57*	

*(N=57 correspond au nombre de gendarmes ayant répondu aux deux questions (celle sur la nature de la présence en salle d'autopsie et celle sur leur réaction à cette demande).

Tableau n°5 : Tableau de contingence entre le fait d'avoir moins de 25 ans et d'avoir pris connaissance de l'autopsie par les médias

	Avoir moins de 25ans	Avoir plus de 25 ans	Total	p value
Avoir pris connaissance de l'autopsie par les médias (audiovisuel, podcast)	34 (25.10)	40 (46.89)	44	0,0024
Avoir pris connaissance de l'autopsie par d'autres moyens	38 (27.89)	12 (52.10)	13	
Total	72	80	152*	

*(N=152 correspond au nombre de personnes ayant répondu aux deux questions (celle sur l'âge et celle sur le mode de prise de connaissance de l'autopsie).

Tableau n° 6 : Tableau de contingence entre le fait d'être un étudiant en médecine de moins de 25 ans et d'avoir pris connaissance de l'autopsie par les médias

	Etudiant en médecine de moins de 25ans	Etudiant en médecine de plus de 25 ans	Total	p value
Avoir pris connaissance de l'autopsie par les médias (audiovisuel, podcast)	24 (9.28)	2 (1.87)	26	4.11 e-7
Avoir pris connaissance de l'autopsie par d'autres moyens	2 (1.85)	0 (0.14)	2	
Total	26	2	28*	

Tableau n° 7 : Tableau de contingence entre le fait d'avoir une ancienneté de plus de 5 ans et d'attendre que l'autopsie se fasse rapidement.

	Ancienneté de plus de 5ans	Ancienneté de moins de 5ans	Total	p value
Être dans l'attente que l'autopsie se fasse rapidement	22 (9.43)	61 (5)	83	2.747 e-5
Avoir d'autres attentes	5 (65.35)	39 (34.64)	44	
Total	27	100	127*	

*(N=127 correspond au nombre de personnes ayant répondu aux deux questions (celle sur l'ancienneté et celle sur les attentes concernant l'autopsie).

II. Entretiens exploratoires

1. Entretiens étudiants en médecine

L'entretien se déroule le 10/07/2023 dans mon bureau à l'Institut médico-légale durant la pause de 12h, avec des étudiants avec qui j'ai partagé un repas au self. Et pendant lequel nous avons discuté d'avenir, des différentes spécialités, du cadre de vie, du rythme de travail, et où nous avons un peu plus fait connaissance. Je tutoie les étudiants car je les vois et travaille quotidiennement avec eux et une familiarité s'est installée entre nous.

Étudiant n°1 - 6^{ème} année, post concours de l'internat s'interrogeant sur sa future spécialité et notamment sur la médecine légale, qui réalise un stage de quelques jours pour découvrir la spécialité.

C : Présente-toi, âge, sexe, études etc...

E1 : Je suis un jeune homme de 28ans j'ai d'abord fait 2 ans de préparations pour l'entrée en école de commerce puis je me suis réorienté vers des études de médecines avec redoublement de la 1^{ère} année comme tout le monde... (il rit)

C : Par quels stages es-tu passé au cours de ton cursus :

E1 : Alors... il faut que je réfléchisse... bon déjà en médecine légale en 2^{ème} année de médecine, en Guadeloupe, et en chirurgie également et aussi dans divers services de médecine.

C : Comment as-tu pris connaissance du métier de légiste et des autopsies ?

E1 : Comme beaucoup de personnes par la télévision, les séries policières comme NCIS, avec la place du légiste comme étant la clé de la résolution de l'enquête.

C : Comment visualisais-tu l'autopsie avant de venir en stage ?

E1 : Alors c'est marrant mais je pensais que le médecin légiste agissait seul à la morgue, je n'avais pas vraiment d'idées précises de ce qu'était une autopsie, je savais simplement que le légiste était une auxiliaire de justice qui orientait l'enquête.

C : Par rapport à la médecine légale en générale quelle différence fais-tu entre ce que tu vois dans les séries et la vraie vie ?

E1 : Je trouve qu'il y a tout un pan s'intéressant aux violences et aux agressions qui est totalement occulté dans les séries télévisées et qui pourtant représente une énorme partie de la spécialité et du quotidien du légiste.

C : Par rapport à l'autopsie quelle différence fais-tu entre ce que tu vois dans les séries et la vraie vie ?

E1 : Dans les séries, on retrouve un versant très intime, mystérieux, sexy, presque doux de l'autopsie médico-légale alors qu'en réalité c'est bien plus brusque, violent dans les gestes et impressionnant. Autre chose, je ne m'imaginai pas du tout la suture du corps avec une si grosse aiguille et du fil si robuste. Je pensais que ça se ferait avec le même fil qu'on utilise en chirurgie. (c'est-à-dire un fil très fin).

C : S'agissant des odeurs, qu'en as-tu pensé à l'issue de ta première autopsie ?

E1 : Honnêtement, les odeurs étaient comparables à celle du bloc opératoire, ou à celle d'une boucherie.

C : S'agissant du toucher quelles sont les sensations que tu as ressenties à ta première autopsie ?

E1 : La froideur du corps a été quelque chose qui m'a beaucoup marqué.

C : Est-ce qu'un moment où une chose en particulier a retenu ton attention ou a provoqué une émotion en toi ?

E1 : Oui, aujourd'hui le craquement des os de l'individu au moment où l'assistant de salle a retourné le visage. Les fractures de la face m'ont marqué aussi, le fait que ça soit le visage qui soit atteint c'est différent et plus difficile à appréhender.

C : Par rapport aux conclusions de l'autopsie avais-tu des attentes particulières, tu disais il y a quelques minutes que dans les séries le légiste clôture l'enquête et a un rôle prépondérant, as-tu ressenti ça aujourd'hui ?

E1 : Oui j'avais des attentes, justement je pensais qu'on allait avoir une réponse ultra précise sur la séquence du décès, avec des détails des circonstances, finalement il s'agit d'une analyse très médicale et moins « judiciaire » de la cause du décès.

Je le remercie. A ce moment un de mes chefs passe dans mon bureau pour chercher un livre ou un dossier qu'il ne retrouve pas, il part rapidement. L'entretien se termine et une autre étudiante présente au moment de cette discussion échange de place avec E1 (le premier étudiant).

Étudiante n°2, 5^{ème} année

C : Présente-toi, âge, sexe, études :

E2 : Je suis une jeune femme de 21 ans, en 5^{ème} année de médecine, pas de redoublement. En stage depuis le 5/06/23 jusqu'au 15/07/23

C : Par quels stages es-tu passé au cours de ton cursus :

E2 : J'ai fait 2 stages de chirurgie, en chirurgie digestive et en neurochirurgie, en psychiatrie (secteur fermé, avec principalement des patients psychotiques) et des stages de médecine.

C : Comment as-tu pris connaissance du métier de légiste et des autopsies ?

E2 : Par la télévision, les séries policières comme Dexter, d'ailleurs je faisais une confusion entre légiste, technicien en morpho-analyse de tâches de sang, thanatopracteur. Je n'arrivais pas spécialement à identifier la limite et les rôles de chacun de ces acteurs.

C : Comment visualisais-tu l'autopsie avant de venir en stage ?

E2 : Je n'imaginai pas du tout que l'autopsie comportait une ouverture du corps, pour moi, il s'agissait d'un examen externe, avec plus ou moins des prélèvements. Dans ma tête les autopsies (qui n'étaient qu'un examen externe) n'étaient réservées qu'aux crimes et ne se réalisaient que sur les lieux d'un crime.

C : Pas de questions, spontanément elle me fait une remarque :

E2 : Quand j'y pense, j'ai eu une seule expérience de « dissection » c'était lors de TD d'anatomie en 3ème année, mais ça n'a vraiment rien à voir avec une autopsie médico-légale. Nous étions plusieurs autour du corps, les organes étaient formolés...

C : Revenons à ta première autopsie, la veille, comment t'es-tu senti ?

E2 : Un des assistants de salle nous avait prévenu que le lendemain une autopsie d'enfant était prévue, ça me faisait peur, en réalité c'est en lisant le procès-verbal que j'ai été touché par l'histoire, lire les circonstances ça provoque des émotions, ça rend les choses plus réelles et concrètes.

C : Au moment de l'autopsie qu'as-tu ressenti ?

E2 : Le visage de l'enfant était comme figé, c'était étrange, la manière aussi dont on manipule le corps inerte ça m'a marqué.

C : Au bout d'un mois et demi de stage comment te sens-tu à l'idée d'aller en salle d'autopsie, comment ta vision des choses a-t-elle évoluée ?

E2 : Je n'ai plus du tout d'appréhension à aller en salle d'autopsie, je peux rester seule avec un corps dans la salle. L'ouverture de la housse mortuaire reste toujours un moment particulier, parfois on peut être surpris car la réalité est meilleure que ce que les circonstances veulent nous faire croire et parfois c'est vraiment difficile. J'ai vraiment mieux compris la place du médecin légiste et son travail. Ce que je note également c'est que le légiste n'a pas suffisamment d'éléments d'enquête pour comprendre le déroulé. D'ailleurs ça me fait penser que je pensais que la séquence du décès allait être très précise et détaillée après chaque autopsie, finalement ce n'est pas le cas. La cause du décès n'est pas aussi souvent mise en évidence que dans les séries télévisées.

C : S'agissant des odeurs, qu'en as-tu pensé à l'issue de ta première autopsie ?

E2 : Les odeurs ça allait, évidemment au moment de l'ouverture de la cavité abdominale il y a certaines odeurs qui se dégagent, mais je ne voyais pas de différence par rapport à mon stage en chirurgie digestive. Par contre l'odeur du sang me dérange pas mal, comme je suis végétarienne les blagues sur la viande que tout le monde fait en salle d'autopsie je les ressens de façon particulière. Finalement les odeurs les plus pénibles ça reste celles des corps très décomposés.

C : S'agissant du visuel quelles sont les sensations que tu ressens en autopsie, qu'est-ce qui a pu retenir ton attention ?

E2 : Les visages très traumatisés avec de multiples fractures, avec une identification quasi impossible, c'est très dur à voir, c'est effrayant et monstrueux. Les traits sont déformés et s'éloignent énormément de l'humain, notre cerveau ne veut pas voir ça, n'est pas habitué et ne reconnaît pas les structures du visage dans un état aussi délabré. Ce qui me dégoûte aussi, ce sont les asticots et puis parfois l'aspect très altéré des organes quand le corps est en état de décomposition avancé.

C : S'agissant des bruits, as-tu été marqué par des bruits en particulier ?

E2 : Pas spécialement non.

C : S'agissant du toucher quelles sont les sensations que tu as ressenties à ta première autopsie ?

E2 : La froideur du corps a été quelque chose qui m'a marqué, la rigidité cadavérique c'est quelque chose de très particulier.

C : Concernant ton rôle d'étudiant dans la salle d'autopsie y a-t-il selon toi un rôle plus difficile qu'un autre à assumer (observateur / prise de notes ou acteur principal avec participation active à la dissection) ?

E2 : Quand on prend les notes, on ne voit pas spécialement ce qui se passe. Quand on prend beaucoup de recul physiquement et qu'on est au bout de la salle, la vue d'ensemble est assez compliquée, le plus dur c'est le moment de la réclinaison du crâne sur le visage, avec l'identité qui est masquée c'est le plus choquant selon moi.

Étudiant n°3, 6^{ème} année, post concours de l'internat. L'entretien se déroule dans un bureau attendant aux urgences médico-judiciaire, durant la pause de midi. Il s'agit d'un créneau de consultation où il m'accompagne M est un étudiant venu en exploration pour quelques jours car il se pose des questions sur son orientation et notamment est intéressé par la médecine légale. L'équipe de médecin a des doutes quant à sa vocation, il est souvent très critique sur l'utilité de l'autopsie, adopte une position de recul, sort plusieurs fois de la salle d'autopsie. Je le sélectionne donc pour avoir son avis sur l'autopsie médico-légale.

C : Présente-toi, âge, sexe, études.

E3 : J'ai 25ans, j'ai redoublé ma première année de médecine.

C : Par quels stages es-tu passé au cours de ton cursus ?

E3 : 2 stages de chirurgie au cours de cursus, un en chirurgie cardiaque et un en chirurgie plastique, un stage en psychiatrie (secteur fermé, patients psychotiques).

C : Comment as-tu pris connaissance du métier de légiste et des autopsies ?

E3 : Par la lecture du livre « *Chroniques d'un médecin légiste* » du Pr Sapanet et par des podcasts de crimes « *Hondelatte raconte* ».

C : Comment visualisais-tu l'autopsie avant de venir en stage ?

E3 : Je la visualisais telle qu'elle était décrite dans les livres et dans les podcasts de faits divers.

C : Comment imaginais-tu l'organisation professionnelle de la salle d'autopsie ?

E3 : Je pensais qu'on trouverait dans la salle d'autopsie, le légiste, l'interne, l'externe, je n'imaginai pas du tout que le métier d'assistant de salle existait, ça m'a un peu surpris.

En réalité j'avais déjà eu une image d'autopsie en cours de PACES par un professeur de sciences sociales, donc j'avais dans mon imaginaire cette représentation, ensuite en 5^{ème} année j'ai eu un TD d'anatomo-pathologie où on a disséqué un cerveau formolé, mais ça n'avait pas grand-chose à voir avec la réalité de l'autopsie.

C : Revenons à ta première autopsie, la veille, comment t'es-tu senti ?

E3 : J'étais intéressé, mais pas plus que ça, je n'y ai pas trop pensé. Par contre, je savais que je n'avais pas envie de participer mais simplement d'observer pour commencer. C'est plutôt les circonstances du décès que j'avais envie de connaître avant de commencer.

C : Au moment de l'autopsie qu'as-tu ressenti ?

E3 : Quand j'ai vu le légiste commencé à « trifouiller » les vaisseaux du pli du coude lors de l'examen externe d'un cas suicidé par phlébotomie j'ai ressenti une sensation de malaise, je ne me suis pas senti bien du tout.

Un moment m'a marqué aussi c'est le prélèvement de l'humeur vitrée au moment où l'aiguille entre dans l'œil de l'individu. Ensuite j'étais vraiment dans l'incompréhension au moment où l'assistant de salle a procédé à l'ouverture de la boîte crânienne. Il s'agissait d'un noyé, avec 3 témoins qui l'ont vu se noyer, je ne comprenais vraiment pas l'intérêt de mesurer et peser aussi précisément les organes, d'ouvrir la boîte crânienne pour prélever l'encéphale. C'est dur pour les familles de voir autant de cicatrices, sur le moment je n'ai pas compris.

Je prends un moment pour lui expliquer pourquoi ce jour-là, et de façon générale nous réalisons les autopsies, notamment le fait que des éléments de justice et d'enquête nous échappe parfois et que ce n'est pas tout le temps « logique » d'un point de vue médical mais ayant un manque d'information sur le plan judiciaire parfois on réalise l'autopsie sans pour autant adhérer à la décision, je le sens sceptique et fermé, il fuit mon regard. Je décide de poursuivre en changeant de question.

C : S'agissant des odeurs, qu'en as-tu pensé à l'issue de ta première autopsie ?

E3 : Les odeurs d'os brûlés au moment du passage de la scie sur la boîte crânienne ça m'a pris...

C : S'agissant des bruits, as-tu été marqué par des bruits en particulier ?

E3 : La scie fait énormément de bruit et c'est très brutal, mais comme je le disais plus haut j'étais perturbé par mon incompréhension. (Parle de l'autopsie d'un sujet découvert en milieu hydrique sous la vue de 3 témoins).

Je n'ai plus de question qui me vienne en tête, et je sens dans sa dernière réponse qu'il me signifie qu'il n'adhère pas du tout à l'autopsie, qu'il est sceptique. Je lui en fait part et il me répond « je reste dans l'incompréhension quand même ». On marque un temps de pause puis ma première consultation arrive. Je décide de mettre fin à l'entretien.

2. Entretiens officier de police judiciaire et technicien de police scientifique

Officier de police judiciaire n°1 :

L'entretien prend du temps à se mettre en place, je suis mal à l'aise à l'idée de m'adresser à un officier de police judiciaire directement, à lui poser des questions sur ses ressentis, des questions que je me poserais moi-même en les énonçant à l'oral, il me rassure et me dit poliment que ça ne le dérange pas du tout de répondre à mes questions, on s'installe dans la salle de pause de la morgue qui comporte quatre chaises et il est à ma droite. Je lui propose des viennoiseries, il acquiesce et pose un croissant devant lui. Ma cheffe et un étudiant arrivent et s'assoient en salle de pause, il y a un moment de silence, puis ils comprennent finalement que je dois mener un entretien et sortent de la pièce en s'excusant.

L'officier de police judiciaire souris avec bienveillance et m'invite à débiter.

C : Pouvez-vous vous présenter, âge, profession, cursus :

OPJ : Je suis un homme de 42 ans, brigadier dans le groupe de protection des mineurs, officier de police judiciaire depuis 10 ans, après le baccalauréat scientifique je suis entré à l'école de police, j'ai d'abord été gardien de la paix puis j'ai passé plusieurs examens internes pour monter en grade et ensuite j'ai passé une formation qualifiante pour devenir agent de police judiciaire. J'ai fait ce changement de carrière car le milieu judiciaire et de l'enquête m'intéressait.

C : Avez-vous eu une formation particulière, des cours sur l'autopsie ou sur l'anatomie ?

OPJ : Non aucune formation durant mon cursus sur l'autopsie, j'ai des vagues souvenirs de dissection et peut-être une sensibilisation au milieu médical et de la science pendant mes années lycée, mais pas plus que ça.

C : Comment avez-vous pris connaissance de l'autopsie avant d'entrer dans le milieu judiciaire et policier ?

OPJ : Avec les séries télévisées je pense, comme un grand nombre de personnes... (moment de réflexion de quelques secondes...) Ça me revient, mais également par le biais de mon grand-père qui était chasseur, c'étaient les premières visions de dissection que j'ai eu... avec les odeurs qui se rapprochaient surtout.

C : Vous souvenez-vous de votre 1^{ère} autopsie ?

OPJ : Oui (pas d'extrapolation)

C : Qu'avez-vous ressenti la veille / les quelques temps qui ont précédé la 1^{ère} autopsie de votre carrière ?

OPJ : J'avais quelques appréhensions quand même, mais j'en ai fait part au légiste en arrivant en salle d'autopsie et elle a su m'expliquer les choses à faire. Notamment rester bien focus sur les détails et ne pas se mettre trop loin car la vue d'ensemble peut être très perturbante. Mais j'avais quand même beaucoup d'intérêt pour cet acte et j'avais envie d'y assister. D'ailleurs je ne suis pas du genre à rechigner et à refuser de venir en salle d'autopsie au contraire.

C : Qu'est-ce qui a retenu votre attention lors de cette première autopsie ?

OPJ : Le plus marquant, et ça l'est aujourd'hui c'est quand même l'ouverture du crâne avec le moment, vous savez quand on retourne la peau du cuir chevelu sur le visage, il y a également la découpe des côtes et l'ouverture de l'abdomen avec le déroulement des anses digestives. Mais bon, les gestes donnent un côté « matériel » au corps.

C : Aujourd'hui, et après avoir assister à de nombreuses autopsies comment est votre vécu vis à vis de l'autopsie ?

OPJ : Mis à part pour des questions d'emploi du temps et de planning, ça ne me dérange pas du tout de me déplacer pour assister aux autopsies. J'ai toujours une appréhension plus grande pour les enfants très jeunes, ça éveille mon côté émotionnel je pense. Je pense que mon appréhension est liée aux circonstances du décès, lors des morts violentes et accidentelles c'est plus difficile.

C : S'agissant des odeurs, qu'en pensez-vous en salle d'autopsie, à l'issue de votre 1^{ère} autopsie ?

OPJ : Les plus importantes sont lors de l'ouverture de l'abdomen. Mais je n'y suis pas très sensible à vrai dire... Euh les corps décomposés ça peut être assez gênant c'est vrai.

C : S'agissant du visuel, quelles sont les sensations que vous aviez ressenti au moment de la 1^{ère} autopsie, qu'est-ce qui a pu retenir votre attention ?

OPJ : Le bloc cervical, au moment de la dissection avec le retrait de la langue et de la trachée, ça c'est marquant. Et l'ouverture de la boîte crânienne, ça fait bizarre de voir le cerveau.

C: S'agissant des bruits, qu'en pensez-vous ?

OPJ : Les bruits de la scie et de la découpe des côtes sont des bruits particuliers.

C : Par rapport aux circonstances de décès, lorsque vous êtes confronté à des dossiers où vous avez vu la famille des défunts est-ce que votre sentiment en salle d'autopsie change ?

OPJ : Au moment de l'enquête décès, avec les proches on doit être très attentifs et ne surtout pas rater d'éléments. En salle d'autopsie c'est différent.

Remarques et discussion spontanée

OPJ : Par exemple pour le cas d'aujourd'hui (une noyade), j'ai plein de collègues qui ne voulaient pas y aller car le défunt à l'âge de leur enfant. J'ai une collègue enceinte par exemple, c'est carrément impossible qu'elle vienne en salle d'autopsie ; moi, mes filles sont au collège mais ça ne me dérange pas vraiment. J'imagine que quand on a des enfants du même âge que le défunt autopsié ça doit être compliqué.

C : Par rapport aux conclusions de l'autopsie, avez-vous des attentes particulières ?

OPJ : Avant de venir on a plusieurs hypothèses sur les causes du décès de l'individu, et vous en salle d'autopsie vous allez les confirmer et clarifier les choses. J'ai des attentes sur la clarification des hypothèses, par exemple dans les décès impliquant de la balistique, vous allez préciser les angles de tir etc...

C : Avez-vous des attentes de manière général par rapport à l'autopsie ?

OPJ : On attend de la rapidité, que l'autopsie se fasse dans les meilleurs délais après que le magistrat l'a demandé et au niveau de l'acte aussi, on attend les conclusions également afin de pouvoir finaliser l'enquête.

C : Notre intervention et l'autopsie joue-t-elle un rôle prépondérant dans l'enquête ?

OPJ : Oui, elle permet de finaliser le procès-verbal et surtout de fermer les portes de l'intervention d'un tiers ou de toute autre infraction.

Remarques et discussion spontanée

OPJ : D'ailleurs, moi j'ai une question à vous poser et qui pourrait être intéressante à creuser. Vous pensez que le nombre d'autopsie a augmenté ?

C : Oui c'est le cas.

OPJ : A quoi est-ce dû à votre avis ?

C : Je pense que c'est plurifactoriel et vous, qu'en pensez-vous ?

OPJ : Je pense qu'il y a un effet « se fermer toutes les portes » et ça multiplie le nombre d'autopsie ou d'expertises scientifiques, pour être toujours plus certains. Mais in fine je me demande si ce n'est pas lié à l'âge du magistrat, ou de l'OPJ. Parfois même si plusieurs enquêteurs ont le même son de cloche à transmettre au magistrat pour demander une autopsie, le magistrat suivra quand même sa propre décision. J'ai la sensation que le magistrat ouvre le parapluie, pour se prémunir. Mais il doit y avoir d'autres choses qui se jouent.

Avant de partir, l'enquêteur me donne son courriel et me dit qu'il est disponible pour tout autre questions, il me propose de lui faire appel si à l'avenir je dois diffuser des questionnaires. Il est souriant et très avenant. Il prend un petit pain et se lève pour rassembler ses affaires restées en salle d'autopsie et pour me laisser mener l'entretien avec le technicien de police scientifique.

Technicien de police scientifique n°1 :

C : Pouvez-vous vous présenter, me donner votre âge, profession, cursus ?

PTS : Je suis un homme de 34 ans, je suis technicien police technique et scientifique depuis 2010. J'ai fait un baccalauréat scientifique puis j'ai été adjoint de sécurité en service de police, qui est un métier un peu à part. Enfin j'ai passé des concours internes et je suis devenu technicien de police technique et scientifique.

C : Avez-vous eu une formation particulière, des cours sur l'autopsie ou sur l'anatomie ?

PTS : Oui, lors de ma formation initiale après mon concours, un médecin légiste est venu à notre rencontre nous sensibiliser sur beaucoup de questions, sur l'I.T.T., l'annonce de décès aux familles et sur l'autopsie. Pour le reste j'ai appris sur le tard le vocabulaire médical. Mais maintenant je ne m'embête plus, je légende les photos avec des numéros et le médecin légiste complète.

C : Comment avez-vous pris connaissance de l'autopsie avant d'entrer dans le milieu judiciaire et policier ?

PTS : Avec les séries télévisées, j'avoue ne pas avoir un intérêt particulier pour l'autopsie.

C : Si vous deviez décrire ce que vous évoque l'autopsie, que diriez-vous ?

PTS : C'est « sale », organique, en relation étroite avec la mort, donc une image très peu attirante, ce n'est pas agréable d'en discuter... Je veux dire... On ne va pas discuter de ça à table ou avec des amis... ça ne donne pas envie d'y courir ...

C : Qu'avez-vous ressenti la veille / les quelques temps qui ont précédé la 1^{ère} autopsie de votre carrière ?

PTS : J'avais des appréhensions, je ne savais pas vraiment qu'elles allaient être mes réactions.

C : Qu'est-ce qui a retenu votre attention lors de cette première autopsie ?

PTS : On a l'impression que le corps est endormi, et après l'ouverture sous mentonnière on se rend compte que c'est terminé. Après on est assez soutenu dans le service, par exemple aujourd'hui la psychologue est venue me voir pour me dire de ne pas hésiter à la solliciter si c'était trop difficile de supporter l'autopsie.

C : Aujourd'hui, et après avoir assister à de nombreuses autopsies comment est votre vécu vis à vis de l'autopsie ?

PTS : Je n'aime pas tellement le moment où on récline le scalp sur le visage du défunt et l'ouverture de la boîte crânienne. Je ne raffole pas de la salle d'autopsie, mais je ne le vis pas mal non plus, ça change du quotidien, mais d'autres au service ont plus de mal. Je pense que le pire c'est sur le terrain, les contextes où les corps sont très dégradés ou bien siége dans un milieu insalubre...

C : S'agissant des odeurs, qu'en pensez-vous en salle d'autopsie, à l'issue de votre 1^{ère} autopsie ?

PTS : Les plus importantes sont les odeurs intestinales.

C : Avez-vous des attentes particulières concernant les conclusions de l'autopsie ?

PTS : Avant de venir on pense que les conclusions seront tranchées et finalement souvent c'est flou, le médecin ne se mouille pas, c'est juste une orientation globale vers une cause de décès, en ouvrant des hypothèses.

Je sens que le technicien veut partir, est mal à l'aise, il répond assez brièvement, après cette question commence à se lever pour partir, l'entretien se termine donc à ce moment.

III. Questionnaires

1. Questionnaires enquêteurs

Date du jour :

Questionnaire standardisé enquêteurs et TPTS / TIC :

I. Présentation / vision de l'autopsie :

1. Quel est votre âge ?

2. Quel est votre genre ?

Homme

Femme

Autre

3. Quel est votre statut marital

Célibataire

Concubinage

Pacsé(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Marié(e)

4. Avez-vous des enfants ?

Oui

Non

5. Si oui quel(s) est(sont) leur(s) âge(s) ?

6. Quel est votre religion ?

Christianisme

Judaïsme

Islam

Athéisme

Autre

Ne souhaite pas répondre

7. Quel est votre régime alimentaire ?

Je mange de tout

Végétarien

Flexitarien

Végan

Autre

8. Quel est votre niveau scolaire ? (entourez la réponse)

Niveau BAC	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10	+11	+12
------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----

9. Pouvez-vous détailler votre cursus ?

10. Quel est l'intitulé de votre profession / votre grade ?

- Quel secteur :

Secteur police

Secteur gendarmerie

11. Quelle est votre ancienneté dans le métier ?

12. Avez-vous bénéficié de cours ou formation sur l'autopsie médico-légale ?

Oui

Non

- Si oui à quel moment de votre cursus / formation avez-vous reçu ce(ces) cours ?

13. A quel tribunal êtes-vous rattaché ?

Strasbourg

Colmar

Mulhouse

Sarreguemines

Saverne

Autre

14. Par quel biais avez-vous pris connaissance de l'autopsie et / ou de la dissection des corps ?

Médias audiovisuel (télévision, séries policières, podcasts)

Roman policier

Tradition de chasse dans la famille

En exerçant votre fonction

Autres

15. Que vous évoque l'autopsie judiciaire ? (en quelques mots qui vous viennent en tête)

21. Quel(s) a(ont) été le(les) moment(s) le(les) plus marquant(s) / choquant(s) lors de votre **première autopsie** selon votre vécu ?

III. Aujourd'hui

22. Qui vous a annoncé que vous alliez assister à l'autopsie d'aujourd'hui ?

23. Comment avez-vous réagi à cette demande ?

24. Vous êtes-vous déplacé sur les lieux de découverte du corps ?

Oui

Non

25. Êtes-vous en charge du dossier ?

Oui

Non

26. Vous a-t-on proposé le support d'une psychologue dans votre service **avant ou à l'issue de l'autopsie d'aujourd'hui** ?

Oui

Non

27. Concernant l'autopsie d'aujourd'hui :

➤ Sexe du ou de la défunt(e) :

un homme

une femme

autre

➤ Age du ou de la défunt(e) :

➤ Contexte de décès suspecté :

Homicide

Suicide

Accidentel

Mort naturelle

Indéterminé

33. Avez-vous déjà fait des cauchemars en lien avec une ou plusieurs autopsies ?

Oui

Non

V. Utilité de l'autopsie / conclusions

34. Aviez-vous des attentes particulières concernant l'autopsie d'aujourd'hui ?
a. Si oui quelles étaient-elles ?

- Rapidité d'exécution de l'autopsie
- Explications de toutes les étapes de l'autopsie
- Explications des conclusions de l'autopsie
- Autres

35. Compréhension de la terminologie médicale (0 = je n'ai pas compris un seul mot, 10 = j'ai tout compris) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

36. Compréhension des conclusions (0 = je n'ai pas compris les conclusions, 10 = je pourrais reformuler les conclusions avec mes mots) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

37. Quelle est l'utilité de l'autopsie judiciaire selon vous ? (de manière générale)

- Aucune
- Moindre par rapport à l'enquête
- Complémentaire à l'enquête
- Indispensable à l'enquête
- Dépend du type d'autopsie

VI. Expression libre :

38. Par rapport à l'autopsie judiciaire de manière générale quels sont les points à améliorer selon vous ?

39. Remarques éventuelles :

Merci infiniment !

2. Questionnaire étudiants en médecine :

Questionnaire standardisé étudiants :

I. Présentation :

1. Quel est votre âge ?

2. Quel est votre genre ?

Homme Femme Autre

3. Quel est votre statut marital

- Célibataire
- Concubinage
- Pacsé(e)
- Séparé(e)
- Divorcé(e)
- Veuf(ve)
- Marié(e)

4. Avez-vous des enfants ?

Oui Non

5. Quel est votre religion ?

- Christianisme
- Judaïsme
- Islam
- Athéisme
- Autre

6. Quel est votre régime alimentaire

- Je mange de tout
- Végétarien
- Flexitarien
- Végan
- Autre

7. En quelle année êtes-vous ?

P2	D1	D2	D3	D4
----	----	----	----	----

8. Avez-vous réalisé des stages de chirurgie durant votre externat ?

Oui Non

9. Avez-vous bénéficié de cours de dissection durant votre cursus ?

Oui Non

- Si oui à quel moment de votre cursus ?

II. Vision de l'autopsie

10. Par quel biais avez-vous pris connaissance de l'existence de l'autopsie / de la dissection des corps ?

- Médias audiovisuel (télévision, séries policières, podcasts)
- Roman policier
- Tradition de chasse dans la famille
- Bouchers dans la famille
- Autres

11. Qu'est-ce que l'autopsie judiciaire vous évoque (en quelques mots clés) ?

12. Quel(s) type(s) d'autopsie(s) serai(en)t selon vous, la(les) plus compliquée(s) à appréhender ?

13. Comment décririez-vous les étapes d'une autopsie médico-légale à un camarade de promotion ?

III. T0. Concernant votre connaissance de l'autopsie

14. Avant :

Quelles sont vos attentes / craintes / sensation concernant votre première autopsie ?

15. Quel est votre niveau d'appréhension de 0 à 10 (0 = je n'ai pas du tout peur, 10 = c'est très angoissant) concernant votre première autopsie :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. Quel est votre niveau de connaissance de l'anatomie de 0 à 10 (0 = je sais juste dire où sont les os principaux du corps 10 = je peux être professeur d'anatomie demain) :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

IV. T1. Après votre première autopsie

Pendant :

Concernant l'autopsie d'aujourd'hui

17. il s'agit de :

un homme une femme autre

Âge :

--

18. Contexte suspecté :

Homicide Suicide Accidentel Mort naturelle Indéterminé

19. État de décomposition du corps de 0 à 10 (selon votre vision (échelle n°1) à confronter à la vision du médecin légiste (échelle n°2))

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. **Case ci-dessous à remplir par le médecin légiste :**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

21. Avez-vous été sensibilisé par le médecin légiste (explication / prévention du malaise vagal) ?

Oui Non

22. Quel(s) a(ont) été le(les) moment(s) le(les) plus marquant(s) / choquant(s) de l'autopsie selon votre vécu ?

--

V. T2. Après plusieurs autopsies

23. A combien d'autopsies avez-vous assisté lors de votre stage ?

1 à 5

5 à 10

> 10

24. Quel est votre niveau d'appréhension après plusieurs autopsies de 0 à 10 ? (0 = je n'ai pas du tout peur, 10 = c'est très angoissant) :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

25. A combien évaluez-vous votre niveau de connaissance de l'anatomie de 0 à 10 ? (0 = je sais juste dire où sont les os principaux du corps 10 = je peux être professeur d'anatomie demain)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

26. Comment décririez-vous les étapes d'une autopsie médico-légale à un camarade de promotion ?

--

27. Comment réagissez-vous quand vous assistez à une autopsie aujourd'hui ?

--

28. Votre vision de l'autopsie a-t-elle changée ? Si oui en quoi ?

--

29. Finalement quelle autopsie a été la plus marquante / choquante / moins bien vécu selon vous ?

--

30. Classez les 3 autopsies les **moins bien vécues** avec en **(1) la pire autopsie** que vous ayez vécue : *(décrire le contexte de décès / l'âge du (de la) défunt(e) / ce qui vous a marqué)*

(1)

(2)

(3)

31. Avez-vous déjà fait des cauchemars en lien avec une ou plusieurs autopsies vue(s) en stage ?

Oui

Non

VI. Utilité de l'autopsie / conclusions

32. Aviez-vous des attentes particulières concernant les conclusions des autopsies ?
a. Si oui quelles étaient-elles ?

33. Compréhension des conclusions (0 = je n'ai rien compris, 10 = je pourrais reformuler les conclusions avec mes mots) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

34. Quelle est l'utilité de l'autopsie judiciaire selon vous ? (de manière générale)

VII. Expression libre :

35. Par rapport à l'autopsie quels seraient les points à améliorer ?

Remarques

2. Grille thématique

A. Questionnaires enquêteurs :

Questions générales / socio-démographie :	<ul style="list-style-type: none">- Quel est votre âge ? (QO)- Quel est votre genre ? (QF)- Quel est votre statut marital ? (QF)- Avez-vous des enfants ? (QF)<ul style="list-style-type: none">o si oui quels sont leurs âges ? (QO)- Quel est votre religion ? (QF)- Quel est votre régime alimentaire ? (QF)- Quel est votre niveau scolaire ? (QF – échelle)- Pouvez-vous détailler votre cursus ? (QO)- Quel est l'intitulé de votre profession et votre grade ? (QO)- Dans quel secteur exercez-vous (police ou gendarmerie) ? (QF)- Quelle est votre ancienneté dans le métier ? (QO)- A quel tribunal êtes-vous rattaché ? (QF)- À combien d'autopsies avez-vous assisté au cours de votre vie ? (QF)
Prérequis / évaluation :	<ul style="list-style-type: none">- Avez-vous bénéficié de cours ou formation sur l'autopsie ML ? (QF)<ul style="list-style-type: none">o si oui à quel moment de votre cursus ? (QO)- Avez-vous été sensibilisé par le médecin légiste sur l'autopsie médico-légale avant celle-ci (malaise vagal) ? (QF)- Évaluation du niveau de décomposition de l'autopsie du jour ? (QF – échelle)- Quel est votre niveau de compréhension de la terminologie médicale ? (QF – échelle)- Quel est votre niveau de compréhension des conclusions de l'autopsie ? (QF- échelle)

<p>Questions portant sur les attentes et représentations :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Par quel biais avez-vous pris connaissance de l'autopsie et/ou de la dissection des corps ? (QCM) - Que vous évoque l'autopsie judiciaire ? (QO) - Quel contexte d'autopsie, serait, selon vous le plus compliqué à appréhender ? (QO) - Avant la 1^{ère} autopsie, comment visualisiez-vous le déroulé de l'autopsie ? (QO) - Avant la 1^{ère} autopsie, quelles ont été vos attentes – craintes – sensations lorsque vous saviez que vous alliez assister à votre première autopsie ? (QO) - Aviez-vous des attentes particulières concernant l'autopsie du jour ? (QCM) - Par rapport à l'enquête, quelle est l'utilité de l'autopsie selon vous ? (QCM)
<p>Questions portant sur les émotions et le vécu de l'autopsie :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quels ont été les moments les plus marquant /choquant lors de votre 1^{ère} autopsie ? (QO) - Comment avez-vous réagi à la demande d'assister à l'autopsie d'aujourd'hui ? (QO) - Après plusieurs autopsies, comment réagissez-vous quand on vous demande de participer à une autopsie aujourd'hui ? (QO) - Après plusieurs autopsies, quel est votre sentiment durant les autopsies aujourd'hui ? (QO) - Quelle a été l'autopsie la plus marquante / moins bien vécue selon vous ? (QO – échelle) - Avez-vous déjà fait des cauchemars en lien avec une ou plusieurs autopsies ? (QF)

<p>Questions portant sur le support des institutions :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qui vous a annoncé que vous alliez assister à l'autopsie d'aujourd'hui ? (QO) - Vous êtes-vous déplacé sur les lieux de découverte du corps ? (QF) - Êtes-vous en charge du dossier ? (QF) - Vous a-t-on proposé le support d'une psychologue dans votre service avant ou à l'issue de l'autopsie du jour ? (QF) - Avez-vous eu recours à une psychologue à l'issue d'une autopsie médico-légale ? (QF)
---	---

B. Questionnaires étudiants en médecine :

<p>Questions générales / socio-démographie :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre âge ? (QO) - Quel est votre genre ? (QF) - Quel est votre statut marital ? (QF) - Avez-vous des enfants ? (QF) <ul style="list-style-type: none"> o si oui quels sont leurs âges ? (QO) - Quel est votre religion ? (QF) - Quel est votre régime alimentaire ? (QF) - Quel est votre année d'étude ? (QF – échelle)
---	--

<p>Prérequis / évaluation :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous réalisé des stages de chirurgie durant votre externat ? (QF) - Avez-vous bénéficié de cours de dissection durant votre cursus ? (QF) <ul style="list-style-type: none"> o si oui à quel moment du cursus ? - Quel est votre niveau de connaissance de l'anatomie ? (QF – échelle) - Avez-vous été sensibilisé par le médecin légiste sur l'autopsie médico-légale avant celle-ci (malaise vagal) ? (QF) - Évaluation du niveau de décomposition de l'autopsie du jour à T1 ? (QF – échelle) - Quel est votre niveau de compréhension des conclusions de l'autopsie ? (QF- échelle) - Quel est l'utilité de l'autopsie judiciaire selon vous ?
<p>Questions portant sur les attentes et représentations :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Par quel biais avez-vous pris connaissance de l'autopsie et/ou de la dissection des corps ? (QCM) - Que vous évoque l'autopsie judiciaire ? (QO) - Quel contexte d'autopsie, serait, selon vous le plus compliqué à appréhender ? (QO) - Comment décririez-vous les étapes d'une AML à un camarade de promotion T0 et T2 ? (QO) - Avant la 1^{ère} autopsie, quelles ont été vos attentes – craintes – sensations lorsque vous saviez que vous alliez assister à votre première autopsie ? (QO) - Aviez-vous des attentes particulières concernant l'autopsie ? (QCM)

**Questions portant sur les émotions et le vécu
de l'autopsie :**

- Quels ont été les moments les plus marquant /choquant lors de votre 1^{ère} autopsie ? (QO)
- Quel est votre niveau d'appréhension à T0 et à T2 ? (QF échelle)
- Comment avez-vous réagi à la demande d'assister à l'autopsie d'aujourd'hui ? (QO)
- Après plusieurs autopsies, comment réagissez-vous quand on vous demande de participer à une autopsie aujourd'hui ? (QO)
- Après plusieurs autopsies, quel est votre sentiment durant les autopsies aujourd'hui ? (QO)
- Quelle a été l'autopsie la plus marquante / moins bien vécue selon vous ? (QO – échelle)
- Avez-vous déjà fait des cauchemars en lien avec une ou plusieurs autopsies ? (QF)
- Votre vision de l'autopsie a-t-elle changée ? (QO)
 - o si oui, en quoi ?

IV. Observations participantes

1. Grille d'observation

Thèmes	Sous-thèmes	Sous-sous thèmes				Sous-sous-sous thèmes
Interactions	Entre pairs	Rapport de pouvoir				Emploi de l'humour
						Chuchotement
	Entre diverses professions	Avec le médecin légiste	Avec les étudiants en médecine	Avec l'observatrice	Avec les agents de morgues	Facilité d'approche
						Réaction à l'humour
					Types de questions posées	
Habitus	Ethos	Manière de parler (maniérisme / directif...)	Terminologie employée (médicale / judiciaire / jargon policier...)		Ton employé (amical / témoignant une domination / rieur...)	
	Hexis corporelle	Tenue vestimentaire (uniforme / civil)	Posture (droiture / embarras / confiance...)	Mouvement (statique, allers-retours...)		

Stigmates	Regards	Sur la mort	Sur les acteurs internes	Entre pairs	
Cadre	Horaires	Respect du temps			Retard
		Respect du lieu			Manipulation des objets ou évitement

2. Observations

Observation n° 1 du 3 novembre 2023 :

8h50, je me change rapidement dans les vestiaires, j'y laisse ma tenue civile au profit d'un « pyjama » blanc puis j'entre dans la salle d'autopsie. Ce matin, au programme : un examen de corps (c'est-à-dire des constatations externes sur un cadavre) puis une autopsie (un examen externe et interne du corps). Dans la salle d'autopsie nous sommes déjà six, un autre interne (Armand), deux étudiants en médecine (Nicolas et Juliette), le médecin sénior (Dr J.) et un assistant de salle (Sébastien). Les corps sont dans leurs housses mortuaires respectives et posés sur un plateau et sur la table d'autopsie. Les instruments sont soigneusement préparés, les documents nécessaires également (procès-verbal, feuille de toxicologie à remplir, trame du rapport médico-légal). Il ne reste plus qu'à prendre connaissance des scanners et remplir les sachets de scellés avant de commencer.

Après la réalisation de l'examen de corps il est 9h30, c'est l'heure de l'autopsie. On entend la sonnette de la morgue retentir tout le monde comprend que ce sont les enquêteurs qui arrivent. « *Ils sont à l'heure cette fois-ci !* » rétorque Sébastien, avant de sortir de la salle pour aller ouvrir. Ils progressent dans le couloir de la morgue puis arrivent à la porte de la salle d'autopsie, ils toquent, on leur ouvre la porte. Il s'agit de deux enquêteurs, en uniforme, gilets pare-balle et armes de service dans l'étui au niveau du ceinturon. Devant nous, se présente un homme d'une quarantaine d'année (l'enquêteur gradé), et une jeune femme d'une vingtaine d'année (une enquêtrice novice). Ils se présentent à Dr J. en explicitant de quelle brigade ils viennent, posent leurs affaires sur la table des OPJ. Le gradé est plus avenant, il est détendu, il dit à haute voix « *j'ai l'habitude* » en posant son ordinateur pour ouvrir le procès-verbal de constatation. La novice, elle, est en arrière-plan droite et figée. Nous nous regroupons autour des enquêteurs (Dr J., Armand, Nicolas et Juliette) pour écouter attentivement les constatations. Dr J. s'adresse à l'enquêtrice novice restée en retrait « *Venez approchez-vous !* », elle répond gênée « *Non je suis bien, loin* ». L'enquêteur et Dr J. discutent des circonstances de décès de la femme étendue sur la table quelques mètres derrière. En toile de fond on aperçoit la novice : bras et jambes croisées, posture verrouillée. Dr J. termine la discussion par une question rhétorique « *Et donc, qu'est-ce qui motive cette autopsie ?* », le gradé rétorque « *on se le demande* ».

La petite troupe médicale se déplace en direction de la table d'autopsie pour débiter les opérations, le gradé nous emboîte le pas. Dr J. débute par la description externe du corps, d'abord par les signes cadavériques, puis effectue le bilan lésionnel de la tête au pied. L'enquêteur gradé le suit à la trace et prend des photos des zones d'intérêt. La novice est quant à elle dans la pièce des OPJ, en retrait. Durant la description, elle porte sa main à la bouche pour évoquer son dégoût malgré le port du masque. Elle se lève de temps en temps pour regarder timidement de loin.

Dr J. réalise la première incision au niveau du dos pour vérifier l'absence de lésions profondes, à ce moment la jeune enquêtrice disparaît derrière la porte et s'assoit. Le Dr J. et l'assistant s'attèle à la suture des plans cutanés du dos. L'enquêteur a une mine songeuse pendant quelques instants, quand je le dévisage il change d'expression et ses traits se décrispent. La jeune enquêtrice quant à elle, regarde par à coup, et aborde un regard interrogateur.

Le gradé commence sa déambulation dans la salle d'autopsie, il observe le matériel, les couteaux et pinces aimantés sur le mur, l'aspiration de la scie circulaire, les lavabos en inox, il inspecte tout et balaye du regard la salle, il termine ses pérégrinations dans la salle des OPJ pour rejoindre sa jeune collègue. Sa déambulation donne l'impression d'une diversion pour qu'il puisse s'éclipser vers la salle annexe. Dr J. demande au gradé si la présence de sa jeune collègue était désirée par elle, il répond « *plus ou moins* » avec un sourire gêné, puis se rapproche du corps.

La dissection se poursuit par celle des membres supérieurs et du tronc, la novice est toujours dans la salle adjacente et continue de lancer des regards très furtifs son regard est maintenu au moment de la suture des membres supérieurs.

Aujourd'hui l'autopsie était relativement silencieuse. En effet, la défunte présente un traumatisme crânien majeur ainsi l'ouverture de la boîte crânienne ne nécessite pas l'usage de la scie circulaire. L'autopsie se termine et je me dirige vers la jeune enquêtrice pour lui demander comment se sent-elle ? Elle me répond « *Je ne reviendrais plus jamais, vraiment, je ne supporte pas, je ne comprends pas comment on peut faire ça et sur n'importe qui d'ailleurs* ». Le gradé confectionne les scellés judiciaires, Dr J. jette ses gants à usage unique et pose sa paire de gants en kevlar dans le liquide désinfectant, vérifie le bon conditionnement des prélèvements post-mortem, signe les sachets de scellé et quitte la salle en remerciant tout le monde.

Observation n°2 du 13 novembre 2023 :

13h45 Comme tous les jours, je me change, je chausse mes sabots d'autopsie et je prépare le scanner ainsi que les fiches toxicologie et anatomopathologie en attendant Dr J. Lorsque j'entre en salle d'autopsie, je suis seule, ça me laisse le temps de préparer l'autopsie. Progressivement les étudiants Luc et Juliette, le second interne Armand, puis Sébastien et Yannick (les techniciens de morgues) et enfin le Dr J. accompagné de l'enquêteur (le gendarme) entre dans la salle.

Il est 14h15, tout le monde est présent. Le jeune gendarme, la trentaine, environ 1m90 souris et se présente en déclinant son grade, son nom. Il prend un moment pour situer tout le monde et nous interroge les uns après les autres sur nos fonctions. Dr J. coupe les présentations en demandant à l'enquêteur de lui exposer ses premières constatations ce qui fait rougir le jeune gendarme. Lorsque le gendarme termine de raconter les faits, Dr J. regagne la salle d'autopsie et fait une blague sur la taille de l'OPJ « *Attention ne vous cognez pas !* », le gendarme rit. Il se rapproche du corps du défunt avec assurance puis se ravise au moment du déshabillage du corps, il rebrousse chemin et se retire dans la salle des OPJ. Les opérations se déroulent dans le même ordre que d'habitude : déshabillage, descriptions externes, ouverture du dos, ouverture des membres supérieurs, incision médiane mento-pubienne. Pendant la dissection, le jeune gendarme fait des allers et retours, bras croisés, entre la salle d'autopsie et le parvis de la pièce des OPJ. Au moment de l'ouverture de la boîte crânienne et de l'extraction de l'encéphale, les étudiants, les agents mortuaire et Dr J. sont concentrés, l'officier, lui, est sur le seuil de la porte entre la pièce des OPJ et la salle d'autopsie, bien à distance, il arbore un sourire gêné. Dr J. lui demande si « *Il n'y avait pas de jeunes gendarmes disponibles pour assister à l'autopsie avec lui ?* », l'officier répond « *C'est moi le jeune gendarme !* », ce qui provoque un rire généralisé. Dr J. découvre une infiltration hématique profonde et invite l'officier présent à photographier

la lésion, il le guide et l'enquêteur lui rétorque « *Je me base sur votre regard avisé docteur, je suis novice* ».

Observation N°3 1 décembre 2023 :

Il est 14h00. L'autopsie d'aujourd'hui concerne une femme âgée qui a été découverte décédée à son domicile par son infirmière. Aujourd'hui je réalise une autopsie sous supervision, je suis donc seule aux commandes. Malgré l'absence des enquêteurs, je débute la description externe du corps. Je suis accompagnée de Sébastien et d'un étudiant en médecine.

Finalement, deux enquêteurs arrivent avec quelques minutes de retard. Le premier, dont c'est la première autopsie (le novice) et le second un peu plus expérimenté (le chevronné). Ils sont tous deux en uniforme, gilets pare-balle en place et armes sont dans l'étuis. Ils sont souriants mais ne se présentent pas, je leur demande si c'est la première pour l'un deux, et le plus chevronné désigne son jeune collègue par l'affirmative avec un mouvement de tête.

Avant même de communiquer avec qui que ce soit, l'enquêteur chevronné sort un petit flacon opaque d'huile essentielle de menthe poivrée et met plusieurs gouttes sur son masque et sur celui de son jeune collègue.

Habituee par cette scène, je leur dis que ça ne sera pas utile car le corps est « *frais* » et que la menthe poivrée est un produit irritant pour les yeux, ils me sourient et conservent leurs masques imbibés et mes paroles restent suspendues dans l'air.

Je réalise la première incision et les deux gendarmes s'approchent à 30cm de moi, pour suivre les différentes étapes. L'enquêteur chevronné fait des allers et retours entre la pièce des OPJ et la salle d'autopsie laissant le novice se familiariser avec la salle d'autopsie et ses acteurs. Ce dernier reste à distance et observe silencieusement. Au moment de l'ouverture bimaïstoïdienne

(allant d'une oreille à l'autre en passant par le cou pour bien exposer la région cervicale et les muscles du cou), l'enquêteur chevronné rétorque avec malice « *Docteur j'ai une question, est-ce qu'on éprouve toujours du plaisir à faire... enfin... à disséquer... même après plusieurs autopsies ?* » Je lui réponds que je suis encore jeune dans le métier mais que l'intérêt technique et le « plaisir » de venir travailler persiste.

Peu de temps après cet échange, Sébastien me fait des réflexions sur ma taille, il me dit qu'il est toujours obligé de s'adapter en descendant le scialytique risquant de se cogner. L'enquêteur chevronné rebondit « *Ah punaise, ça charrie fort entre médecins* ». Immédiatement Sébastien rétorque « *Mais je ne suis pas médecin moi, je ne suis que la persillade !* » (en référence à une blague, il s'auto-qualifie persillade dans la salade, selon lui, le médecin représente la tomate c'est-à-dire l'ingrédient le plus goûtu, les étudiants sont la vinaigrette et lui la persillade, un élément qu'on rajoute mais qui n'a que peu d'intérêt). L'enquêteur a un mouvement de recul car il ne comprend pas la blague et sourit par politesse.

L'autopsie se poursuit, j'en suis au moment de l'éviscération et au déroulement des anses digestives, je vois les deux enquêteurs se parler indistinctement et sourire.

Je passe à l'étape de la dissection des organes sur la table annexe de dissection macroscopique. Les enquêteurs me suivent, le chevronné me demande avec intérêt si certains médecins légistes peuvent refuser d'autopsier des enfants ou des nourrissons, je lui réponds que non. J'essaye de couper court à la conversation car je perçois un jugement qui ne me plaît pas dans ces questions. Je continue de disséquer les organes avec attention en essayant d'expliquer chacun de mes gestes et chacune de mes descriptions.

Lors de la découpe des poumons, il me signale qu'il a acheté un livre de médecine légale qui lui a coûté un peu cher, et qu'il va le consulter en rentrant ce soir. Je ne sais pas s'il dit ça pour vérifier mes propos ou pour fixer les idées de l'expérience à laquelle il vient d'assister aujourd'hui. L'autopsie s'achève et je le signale à l'oral. L'enquêteur novice reste figé,

observant comme hypnotisé, la suture du crâne et du tronc. L'enquêteur chevronné, lui, quitte la salle d'autopsie et regagne la salle des OPJ immédiatement après mes mots pour rédiger le procès-verbal d'assistance et remplir les scellés judiciaires.

Observation n°4 du 12/12/23 :

Il est 9h30 quand j'arrive devant la salle d'autopsie, je saisis un pyjama blanc. J'entends une conversation impliquant plusieurs protagonistes à travers la porte de la salle d'autopsie, je me doute que les enquêteurs ce qui me laisse penser qu'ils sont arrivés avant l'équipe médicale. Accompagnée de Juliette et Nicolas, deux étudiants en médecine en 6^{ème} année, nous entrons dans une salle d'autopsie très bruyante, je salue tout le monde et allume l'ordinateur de la salle, on se répartit les rôles avec les étudiants en attendant que le Dr Z. arrive.

Dans la salle d'autopsie, cinq personnes me sont inconnues : un gendarme en uniforme, armé, d'une quarantaine d'année, un technicien d'identification criminelle (TIC) d'une trentaine d'années en uniforme et armé également et deux hommes d'une quarantaine d'années en civile (qu'on nommera policier 1 et policier 2).

Les enquêteurs communiquent entre eux comme si nous n'existions pas. Personne ne connaît la profession des deux hommes en civils. Aucun n'étudiants ni moi-même n'osons leur demander qui ils sont. J'entends une discussion entre Sébastien et les deux hommes où ils se présentent comme policiers stagiaires.

Dr Z. arrive en salle d'autopsie, et là, un silence absolu, plus personne ne parle. Elle prépare la trame du rapport d'autopsie sur l'ordinateur afin qu'un interne ou un externe prenne les notes efficacement. Nous discutons toutes les deux du scanner post-mortem que j'avais préalablement ouvert sur le grand écran de la salle d'autopsie. Dans le procès-verbal nous apprenons que le

décès de l'individu d'une cinquantaine d'année est probablement secondaire à une chute dans les escaliers, mais nous ne voyons pas de fracture de la boîte crânienne comme initialement indiqué dans le procès-verbal. Malgré le nombre conséquent d'enquêteurs présents, aucun d'entre eux ne nous apporte d'informations complémentaires au sujet de l'enquête.

L'autopsie débute, Dr Z est aidée par Sébastien et Paula (une nouvelle technicienne de morgue) pour déshabiller le cadavre. Au moment de l'ouverture puis du retrait de la housse mortuaire le gendarme et le TIC s'éloignent ensemble dans un coin de la salle d'autopsie et les deux policiers stagiaires également dans un autre coin diamétralement opposé.

Dès que la phase de description débute, le TIC et le gendarme s'approchent du cadavre pour suivre les descriptions lésionnelles du médecin légiste. Les deux policiers restent à distance, bras croisés et ne participent pas. Tout en poursuivant son récit Dr Z. désigne une ecchymose avec son test métrique et le TIC accoure pour prendre une photo, cette scène se reproduit à plusieurs reprises pendant l'autopsie. Dr Z. et le TIC ne semblent pas avoir besoin de communiquer, elle saisit simplement le test métrique et l'appareil photo se déclenche comme mécaniquement en réaction.

La première dissection est celle des membres supérieurs. L'enquêteur gendarme déambule le long de la salle d'autopsie pour rejoindre les deux policiers qui sont en marge. Dans la salle, tout est silencieux, la seule voix audible est celle du Dr Z. qui dicte ses observations méthodiquement. Lors de la dissection mento-pubienne le policier 1 se déplace pour mieux observer, le policier 2, lui, reste statique sur ses jambes, les bras croisés. Dr Z., en incisant la paroi thoracique remarque qu'elle a fait une erreur de latéralité dans la dictée précédente. Elle le précise à Juliette qui doit corriger sur le rapport d'autopsie la faute. En miroir je vois le TIC corriger sur son calepin la légende de la photo précédente.

Le médecin ouvre le plastron sternal, c'est un mouvement qui s'effectue avec force et consiste à couper les côtes de part et d'autre du plastron afin d'accéder à la cavité thoracique. J'entends

le policier 1 dire tout bas au policier 2 « *Dexter...* » et rire. Suite à cette remarque, il déambule dans la salle d'autopsie et sort son téléphone portable, regarde l'horloge au mur, et parle avec Nicolas l'étudiant. Il ne cesse de trouver des choses pour s'occuper, il passe d'une activité à une autre en traversant la pièce.

Pendant ce temps Sébastien procède à l'ouverture de la boîte crânienne, il débute par une incision d'oreille à oreille, le gendarme et le TIC suivent par un mouvement de tête le mouvement du scalpel, comme dans un match de tennis.

Paula demande au policier 1 si ça va, car il est en retrait, il lui répond « *Oui, j'ai faim, je n'ai pas mangé ce matin* ». Ensuite, elle l'invite à s'approcher du médecin légiste, il s'exécute mais cela est de courte durée car il s'éloigne de nouveau quelques minutes après.

Dr Z. s'occupe de quantifier le contenu gastrique et le TIC sort de la salle d'autopsie pour rejoindre la salle des OPJ et se mouche bruyamment. Le gendarme s'éloigne également et se place à proximité du policier 1, seul le policier 2 reste face au Dr Z au niveau de la table de macroscopie.

Le silence est rompu par Sébastien qui démarre la scie oscillante qui permettra par une découpe d'accéder à l'encéphale. À ce moment, je surprends un échange de regard entre les deux policiers qui sont sur une diagonale aux deux opposés de la salle, le policier 1 lève les sourcils, et le policier 2 hausse les épaules en réponse, comme pour manifester son incompréhension. Le gendarme quant à lui se saisit de son ordinateur portable et le sert contre lui. Une fois l'ouverture terminée, les quatre hommes s'approchent de la tête du cadavre pour observer de plus près.

Dr Z. termine la dissection des organes sur la table de macroscopie et signale par un « *Voilà* » que l'autopsie est terminée. Le TIC lui demande « *Alors les causes de la mort ça serait quoi ? Une hémorragie ?* » Dr Z. infirme et dit qu'il faudrait ajouter des analyses toxicologiques pour préciser la séquence de décès. Le TIC réitère et demande si le décès peut être dû au saignement.

Dr Z. répond que non. Puis il demande à Dr Z. si elle souhaite les photos d'autopsie, elle lui répond par l'affirmative et dit « *Vous les déposerez sur l'ordinateur.* », le TIC répond « *D'accord je vais me débrouiller* ». C'est ainsi que s'achève l'autopsie.

Observation n° 5 du 20/12/23 :

Il est 9h20, l'autopsie d'aujourd'hui concerne un homme d'une cinquantaine d'année, décédé à son domicile, sans contexte particulier. Dr Z officie. Les enquêteurs arrivent en retard et Dr Z ironise « *Pile à l'heure !* », l'enquêteur expérimenté répond « *On s'est perdu dans les couloirs de l'hôpital* » puis il marmonne à lui-même « *Ce n'était pas comme ça la première...* ». Dr Z poursuit la description du corps, sa voix se mélange à celle de l'enquêteur gradé qui explique, sur le pas de la porte de la pièce des OPJ, aux deux jeunes qui l'accompagnent (une gendarme qui assiste à sa 1^{ère} autopsie et un aspirant gendarme qui est novice également) que le médecin sait réanimer et s'occuper d'un malaise vagal, puisque c'est un médecin initialement.

Armand l'interne discute de la programmation de la consultation de cette après-midi avec le Dr Z. Rapidement plusieurs clusters de conversations se créent produisant une vraie cacophonie.

Dans toute cette agitation, je me rends compte de l'absence du jeune officier, qui est sorti peu après le début de l'autopsie, prendre l'air après avoir ressenti des signes de malaise.

Dr Z. manipule le corps avec force afin de le retourner et reste dans une position qui lui permet de bloquer le corps dans une certaine position pour que l'interne puisse décrire ce qu'il voit au niveau du dos. Le gendarme expérimenté dit « *C'est bon elle est calée, elle ne bouge plus* » en parlant du Dr Z. qui a enfin trouvé une posture adéquate. Elle rétorque « *Normalement ce sont les femmes au nettoyage et les hommes pour le travail de force, quand les rôles sont inversés* »

c'est dur hein ? », la jeune gendarme glousse et son supérieur reste quant à lui totalement inexpressif.

Les techniciens de morgue retirent la housse mortuaire pour que le corps repose directement sur la table d'autopsie, à ce moment le jeune officier, réapparaît, et s'assoit dans la salle des OPJ. Je l'aperçois déplacer la chaise afin qu'elle soit face à la table d'autopsie, pour qu'il puisse observer la scène confortablement.

Dr Z. réalise de nouveau un geste nécessitant de la force et cette fois-ci, la réflexion qu'elle fera, suscitera les rires du gendarme expérimenté « *Je ne suis pas le mec le plus costaud de la terre, je manque de testostérone* ».

Cette fois-ci « *ça commence* », c'est ce que l'enquêteur gradé dit discrètement à la jeune gendarme alors que Dr Z réalise l'incision mento-pubienne.

La jeune gendarme touche son propre corps et palpe son ventre puis regarde le cadavre, elle semble vouloir comparer. L'enquêteur plus âgé marche et se dirige vers la pièce des OPJ pour prendre des nouvelles du jeune officier puis revient à la même position qu'initialement. Dr Z. le remarque du coin de l'œil et dit « *Si vous vous sentez mal n'hésitez pas ...* ». La jeune gendarme répond « *Je me sens mieux qu'avant là.* », l'enquêteur gradé la paraphrase « *Elle appréhendait les jours d'avant.* ». Sébastien se joint à la conversation « *Donc, c'est bon la prochaine fois vous tiendrez le bistouri ?* ». Les deux gendarmes (l'expérimenté et la novice) répondent quasiment simultanément « *Ah non, on ferait de la charcuterie.* » son supérieur complète « *Je crois que pour être légiste il faut faire un CAP boucherie... non je rigole* ». Sébastien et les deux gendarmes rient ensemble.

Quelques minutes plus tard, l'enquêteur gradé poursuit son commentaire et sa paraphrase de l'autopsie, « *C'est là que tu vois qu'à l'intérieur c'est vachement bien protégé, c'est costaud !* » (Dans ma tête je fais un parallèle entre ses mécanismes défensifs et la réalité, effectivement,

c'est vachement bien protégé...). Sébastien désarticule la clavicule ce qui attire l'attention de l'aspirant gendarme qui se lève de sa chaise pour regarder, puis se rassoit quasi-immédiatement.

L'enquêteur chevronné et la novice chuchotent indistinctement.

Dr Z. retire le plastron costal qui expose le cœur et les poumons, la novice s'exclame spontanément « *Waouh c'est fou, c'est dingue !* », l'enquêteur chevronné dit avec fierté « *Tu as vu c'est impressionnant hein !* » la jeune femme demande au Dr Z. « *C'est le cœur ça ?* » « *Oui, il n'est pas aussi gros d'habitude...* » Sébastien fait une blague « *Il s'en est allé le cœur gros...* » la jeune gendarme répète la blague, pensive, puis sourit.

Le jeune officier, comme mécaniquement, se lève, regarde puis finalement se rassoit et sort son téléphone.

L'autopsie se poursuit par l'ouverture de la boîte crânienne, la jeune gendarme rétorque « *C'est fou quand même, comme ça s'enlève* » et rit nerveusement, le gradé poursuit son commentaire « *Et tu verras quand ils referment c'est comme si de rien n'était, comme si rien ne s'était passé* ». La salle est silencieuse, et Sébastien formule une blague à l'attention du jeune officier qu'il ne relève pas car il est occupé à envoyer des textos. Sébastien se rabat sur l'enquêteur expérimenté : « *Dans cette salle il vaut mieux être assis qu'allongé* » l'enquêteur répond « *Je vais bientôt revenir ici pour mon genou, je n'espère pas me tromper d'étage cette fois-ci* ».

Sébastien tente de nouveau de faire réagir le jeune officier, toujours concentré sur son téléphone portable « *Ce n'est pas la peine de vous faire une carte de fidélité j'imagine ?* » il répond « *Je ne reviendrais pas, c'est sûr, mais ce n'est pas contre vous* », l'enquêteur expérimenté réplique « *Il dit ça à cause des instruments que vous tenez dans vos mains* ». Le jeune officier se lève, et marche à pas feutrés pour observer le crâne ouvert puis repart s'asseoir rapidement. « *Du coup il s'est assis de nouveau* » commente Sébastien.

Pendant ce temps Dr Z. explique la dissection du cœur à Armand qui écoute religieusement.

Sébastien repart à la charge pour taquiner l'aspirant gendarme qui est sur son téléphone « *Allô maman, je ne me sens pas bien !* » il lui répond « *Tout à l'heure j'ai vraiment appelé ma mère quand je suis sorti !* » et là, Sébastien se calme un peu « *C'est vrai ?* » « *Mais là ça va mieux, après avoir tout ouvert...* » « *Vous reviendrez alors ?* » « *Toujours pas.* ».

En parallèle Dr Z. est sur la fin de la dissection, elle déclare distinctement « *C'est fini.* » et les trois enquêteurs se rejoignent dans la pièce des OPJ.

Observation n°6 du 18 janvier 2024 :

Il est un peu plus tard que 9h30, j'assiste à l'autopsie d'un homme jeune pendu. Au cours de cette autopsie je prends la description externe du corps en note puis au moment de la dissection je rejoins Dr Y.

Deux gendarmes en uniforme, masqués par un masque chirurgical sont déjà là. Avant de débiter l'autopsie nous réalisons l'examen externe d'un autre corps qui dépendait des mêmes enquêteurs.

À la fin de l'examen de corps précédent, Dr Y prend un moment pour expliquer le déroulement de l'autopsie, et faire la prévention du malaise vagal aux enquêteurs « *Si jamais vous ne vous sentez pas bien, c'est-à-dire sensation de vertiges, coup de chaud, nausées, il convient de vous assoir ou de sortir prendre l'air* ». Le plus jeune gendarme dit en riant qu'il n'hésitera pas à sortir.

Au moment du déshabillage du corps les deux gendarmes discutent entre eux, le gendarme le plus expérimenté explique à son jeune collègue les étapes de l'autopsie. Le gendarme

expérimenté est plus mobile que son coéquipier, il se balade librement dans la salle, à l'inverse le jeune croise les bras et adopte une position assez fermée. Le gendarme expérimenté porte dans ses mains un support cartonné et le procès-verbal dont il ne se sert pas vraiment. Il discute avec Yannick (un des techniciens de morgue) sur la concordance des numéros de PV.

Dr Y. retire le lien de pendaison resté sur le corps et demande aux gendarmes s'ils souhaitaient garder le lien. Ils répondent par l'affirmative. Yannick aiguisé les couteaux pendant ce temps, ce qui attire l'attention du jeune gendarme.

Dr Y. termine de me décrire les lésions pertinentes puis me dit avec une voix très enjouée « *On va faire une bavette !* » (technique de dissection qui consiste à inciser la région cervicale de part et d'autre des oreilles afin d'avoir une vue dégagée du cou). Je lui réponds sur le même ton enjoué un « *oui !!* » car c'est une technique que j'affectionne également, demandant une dextérité importante avec un résultat satisfaisant comme dans un livre d'anatomie. Les deux gendarmes s'interrogent.

Yannick asperge la table d'autopsie d'eau, et le jeune gendarme lui demande « *Pourquoi utilisez de l'eau ?* » Yannick lui répond que c'est pour faciliter la manipulation du corps. Le jeune gendarme répète à son chef en chuchotant ce que Yannick vient de lui dire. Un peu plus tard au moment de l'ouverture occipito-sacrée (qui consiste à inciser le dos, en débutant l'incision à l'arrière de la tête jusqu'au sillon interfessier), le jeune gendarme touche son propre corps pour comparer avec ce qu'il voit, son chef montre sur lui les endroits de découpes, ils sont très attentifs à la suture et s'approchent pour mieux voir.

La dissection bimastoïdienne débute et j'aperçois l'enquêteur gradé se diriger rapidement vers la pièce des OPJ et mettre du Vicks® sous les narines, dans la salle tout le monde le suit du regard alors il se sent obligé de dire « *La vue ça va ... mais l'odeur bon ...* ».

On poursuit la dissection à quatre mains et j'aperçois la crispation sur le visage des deux enquêteurs au moment de l'ouverture de la boîte crânienne. L'autopsie se poursuit et se termine assez silencieusement. À la fin de l'autopsie une étudiante me rapporte une blague que le jeune gendarme a fait au moment de l'ouverture du membre supérieur. Celui-ci a comparé son biceps à celui du cadavre en disant à son collègue « *Le mien est plus gros !* ».

Lorsque toutes les dissections sont terminées, une conversation s'engage entre le Dr Y. et le gendarme expérimenté au sujet de la pertinence de la réalisation d'une autopsie médico-légale dans le contexte suicidaire d'aujourd'hui. Je propose mes questionnaires à la fin de cette conversation et nous sortons de la salle.

Observation n°7 du 29 janvier 2024 :

Il est 9h30 ce mardi matin et c'est Dr N. officie. Aujourd'hui, le corps médical est en nombre, deux étudiantes de 6^{ème} année, un étudiant et une étudiante de 3^{ème} année (qu'on appelle des pré-externes) dont c'est la première autopsie ce jour. On compte également Armand le deuxième interne ainsi que les assistants de salle Yannick et Paula.

L'autopsie du jour concerne un homme d'une trentaine d'année faisant partie des services de secours découvert pendu. Deux enquêtrices arrivent, en uniforme et gilets pare-balle, qu'elles déposent dans la pièce des OPJ. Elles se munissent automatiquement de surblouses et de charlottes. Dès leur arrivée on identifie immédiatement la supérieure hiérarchique, non pas par l'âge mais par l'aisance que l'une a à expliquer le déroulement de l'autopsie à l'autre.

Yannick ouvre la housse mortuaire, la gendarme OPJ se saisit de son calepin puis finalement le repose sur la paillasse pour prendre des photos avec son téléphone portable (il n'y a pas de TIC

aujourd'hui et comme c'est souvent le cas, c'est un des gendarmes présents qui prend les photos). Elle montre du doigt le visage de la victime à sa collègue.

Dr N. dit aux deux gendarmes présentes « *Vous pouvez me raconter pendant que je regarde le scanner* », immédiatement c'est la plus expérimentée qui prend la parole et décrit les antécédents psychiatriques du défunt puis le contexte de disparition puis celui de découverte. Tout en poursuivant la conversation, Dr N. et les deux gendarmes se déplacent vers le corps. La gendarme gradée décrit précisément les vêtements du cadavre à sa jeune collègue. Ça donne l'impression d'une autopsie parallèle qui se déroule. Je vois également une des étudiantes en 6^{ème} année expliquer à une pré-externe ce qu'on s'attache à décrire et pourquoi on le fait. Dr N. réagit et dit « *Ne vous inquiétez pas, on va décrire les vêtements !* » la gendarme gradée répond immédiatement « *Non non, je lui apprendis parce que c'est sa 1^{ère} autopsie, c'est une future OPJ* » « *C'est bien alors, parce que c'est un corps euh...* » « *C'est un corps propre* » dit la gendarme chevronnée, l'air assurée.

Yannick et Paula déshabillent le corps, je suggère à Armand de faire attention lors de la découpe des vêtements en lui disant discrètement que peut être que la famille voudrait récupérer les vêtements. Dr N. m'entends et demande aux enquêtrices si la famille voudrait récupérer les vêtements, la plus chevronnée répond « *Je ne crois pas que ce soit une bonne idée.* » « *Les bijoux si par contre, l'alliance par exemple...* ». L'autopsie se poursuit et j'entends la gendarme expérimentée (G1) dire à sa collègue (G2) qu'il faudra prendre le nom d'Armand pour le PV d'assistance.

G1 prend les photos et s'attarde à expliquer le lien de pendaison à G2. Dr N. découvre des traces de sang au niveau de l'anus du sujet, elle demande assez rapidement des écouvillons pour faire d'éventuelles analyses génétiques le cas échéant. La jeune gendarme demande à sa cheffe à quoi est dû ce sang, elle lui expose l'hypothèse qu'il se serait probablement éraflé sur une

branche d'arbre. Finalement l'enquêtrice expérimentée se tourne vers Dr N. et la questionne, elle répond à la hâte qu'elle ne sait pas.

La description du corps se poursuit, Yannick met le corps sur le côté, ce qui met en lumière les lividités cadavériques postérieures, immédiatement la cheffe gendarme part dans la pièce des OPJ récupérer son téléphone portable, elle essaye de comparer la position de découverte avec les lividités. La jeune gendarme est quant à elle plutôt mobile, attentive à tout et prend des notes sur son calepin. Dr N. et Armand procèdent à l'ouverture bimastoïdienne du corps, j'aperçois la gendarme gradée montrer sur son propre corps les zones d'incision à sa seconde.

Une jeune pré-externe vient me voir et me demande « *Pourquoi on ouvre comme ça ?* » je lui explique, puis les deux étudiants se placent derrière le médecin pour mieux suivre l'autopsie. Pendant ce temps les deux gendarmes discutent, je peux entendre le contenu de la conversation alors que je suis assez loin, elles parlent d'un squelette décapité.

Armand poursuit la dissection, et le visage de la jeune gendarme se crispe, la gendarme expérimentée recule de plusieurs pas pour observer de loin. Au moment de la désarticulation de la clavicule c'est au tour de la jeune gendarme de prendre du recul sur plusieurs mètres.

Il s'agit d'une manœuvre nécessitant beaucoup de force physique ainsi Dr N. rétorque « *Il nous faut Yannick...* » Paula dit après quelques secondes « *ou Armand...* » Armand répond « *C'est un peu vexant...* » et tout le monde rit. Finalement l'ambiance se détend sur cette blague et une conversation s'engage entre Dr N., Armand et la gendarme chevronnée car Armand est gaucher et la gendarme l'a remarqué « *C'est chiant d'être gaucher hein !* » Dr N. surenchérit en parlant d'un proche qui est passé de gaucher à droitier.

Après l'extraction du cœur, la jeune pré-externe arbore un regard inquiet et contrarié et adopte une posture fermée. La jeune gendarme discute avec la pré-externe, je n'entends pas leur conversation mais elle se décrispe un peu.

La dissection se poursuit, Dr N. dissèque les organes sur la table annexe, Armand s'occupe du bloc digestif et Yannick de la boîte crânienne. La gendarme chevronnée dit à Dr N. « *Il est beau ce cœur !* » « *Oui c'est vrai* ».

La pré-externe et la jeune gendarme sont avec Armand qui fait des quiz d'anatomie à la première, elle écoute très attentivement et demande même de répéter les explications.

Dr N. surveille son poulain, et demande à Armand « *Montrez-moi votre violon !* » (en parlant d'une technique de dissection des anses digestives qui est similaire à l'action de jouer du violon), l'enquêtrice expérimentée rit, l'air mi-interloquée, mi-amusée en regardant sa jeune collègue.

Dr N. s'approche du crâne pour saisir le cerveau, la pré-externe commet une erreur d'anatomie et Dr N. la rassure avec bienveillance et finalement explique aux deux enquêtrices et aux étudiants ce qu'elle fait. La jeune gendarme met sa main sur son masque, elle est figée et semble étonnée lors du retrait de la voute crânienne. Pendant ce temps sa supérieure prend des photos et dit « *Alors là tu ne manges plus de viande pendant 6 mois...* », les personnes autour rigolent nerveusement.

L'autopsie se poursuit en silence, l'enquêtrice chevronnée demande « *Est-ce que le parquet sait que vous avez des élèves ? Parce que si le parquet est au courant c'est peut-être pour ça qu'il demande plus facilement une autopsie !* » Dr N. réagit « *Non, non ce n'est pas pour ça, vous vous rendez compte si c'était le cas ... ?!* » Je ne sais pas si la gendarme faisait allusion à son élève OPJ qu'elle avait amenée avec elle, où vraiment à nous.

Armand ouvre l'estomac et vide le contenu gastrique, Dr N. dit « *Ça sent l'alcool non ?* » il rétorque « *Pinot noir, très bon* », les enquêtrices, les techniciens et Dr N. rient aux éclats. « *Très bon cépage d'ailleurs* » s'exclame la gendarme expérimentée. Elle poursuit les allusions culinaires en s'adressant à sa jeune collègue « *D'habitude j'aime bien la salade de foie...* » elle répond « *Ah bah là...* ».

Quelques minutes plus tard, l'enquêtrice gradée rétorque à Dr N. « *Vous avez beaucoup d'examen de corps en ce moment ?* » « *Beaucoup de tout...* » en retirant sa tenue. Armand finit la dissection du foie et dit « *Et voilà* » pour signifier la fin de l'autopsie. La gendarme expérimentée conclut « *Petit cours d'anatomie bien sympathique* ».

Observation n°8 du 2 février 2024 :

Il est 9h00 ce vendredi matin c'est Dr J qui officie. Ce jour, nous²¹ sommes présents dans la salle d'autopsie et commençons à regarder le scanner post-mortem ensemble. Tout le monde entend la porte de la salle d'autopsie s'ouvrir, et c'est Paula qui entre accompagnée de 2 gendarmes assez jeunes. Sur le seuil de la porte ils demandent surblouses, charlottes, surchaussures, masque ; ils s'entraident pour s'équiper et Sébastien les voit de l'autre bout de la pièce et dit « *Ah c'est beau la camaraderie* ». Une fois équipés ils pénètrent enfin en salle d'autopsie.

Le Dr J. relève leurs noms et prénoms afin de les mettre en copie des conclusions qu'il enverra a posteriori par mail. Ensuite, il prend les informations sur les circonstances de décès du défunt. Il s'agit d'un homme âgé qui aurait été découvert gisant au milieu d'un plan d'eau. Le gendarme le plus expérimenté semble connaître son dossier sur le bout des doigts et réponds habilement

²¹ Nous = le médecin sénior, une étudiante, un étudiant, Sébastien et moi

aux questions du médecin légiste. À la fin de l'échange, Dr J. définit oralement les objectifs de l'autopsie du jour à savoir identifier le corps et relever les diatomées (algues microscopiques servant à confirmer ou infirmer un mécanisme de noyade dans le processus létal).

Paula, Sébastien et Dr J. ouvre la housse mortuaire et déshabillent le corps ensemble. Les deux gendarmes restent sur le seuil de la porte de la pièce des OPJ. Dr J. s'exclame « *Vous saisissez les vêtements ? Non ?* » personne ne répond, il continue « *Ah un drap de l'hôpital ! ... il a sûrement été volé* » tout le monde rit.

Le gendarme qui semble plus habitué (car c'est celui qui prend la parole avec le plus d'aisance) déclare « *Où est-ce qu'on peut se mettre pour déranger le moins possible ?* » Dr J. répond avec enthousiasme « *Mettez-vous où vous le souhaitez, derrière moi par exemple, et n'hésitez surtout pas à poser des questions* ».

La description se faisant, le Dr J. demande à l'étudiant qui observe et suit de près chaque observation « *Tu es là combien de temps ?* » Martin répond « *2 mois* » Dr J. s'exclame « *Quelle chance ! Et tu te destines à quoi ?* » L'étudiant répond « *uro.* » ce à quoi Dr J. répond « *Quelle drôle de métier...* ». Pendant cette courte discussion, les deux gendarmes conversent également entre eux sans que je ne puisse entendre précisément le sujet principal.

Je propose à Héléna (l'étudiante) qu'elle s'habille (c'est-à-dire qu'elle mette la blouse renforcée pour la dissection) et qu'elle demande au Dr J. si elle peut l'assister, elle sourit du regard et paraît très contente de ma proposition.

Sébastien et Paula retournent le corps, Dr J. discute avec moi sur les cours de DES et la nécessité d'intégrer l'expertise au cursus, tout en poursuivant la dissection du dos. J'entends le second gendarme dire « *Putain...* » discrètement alors que la dissection des muscles profonds du dos se termine.

Sébastien débute la suture, un moment un peu creux d'attente, pendant l'autopsie où on ne peut pas trop avancer sur la dissection. L'assistant brise le silence qui règne et dit aux enquêteurs « *On devrait avoir des personnes qui passent pour distribuez des bonbons et des popcorns comme pendant l'entracte ...* » Il est coupé par Dr J. « *Ça existe encore ça ?* » tout le monde rit. Le gendarme expérimenté répond « *Moi perso, j'ai déjà tout mangé avant le début du film...* », des rires éclatent de nouveau.

Pour passer le temps le Dr J. converse avec le gendarme OPJ sur les dispositions légales de l'article 74. Quand ils terminent le gendarme accompagnant demande « *Quand ils sont plus grands en taille comment faites-vous ?* » Sébastien rétorque immédiatement « *Ici, ils sont souvent plus larges que grand* » le gendarme dit « *C'est les alsaciens : picons, flammenkuech* » (il prononce mal) et Sébastien dit très fort « *Ne dites plus jamais ça devant moi, au pire dites comme la parisienne (en parlant de moi) tarte flambée ça sera plus simple* » il répond « *Je viens de Charente Maritime c'est pour ça...* ».

Le gendarme accompagnant note un autre détail et pose immédiatement la question « *Pourquoi vous mettez un linge dans le corps ?* » (en parlant d'un morceau de tissus qu'on place sur les muscles du dos avant de refermer le corps pour garantir l'étanchéité). Dr J. lui répond que c'est pour absorber les fluides. L'enquêteur plus gradé complète « *Ça va parce qu'il est propre encore... S'il était pourri ça aurait été horrible* ».

Martin l'étudiant pense à une question qu'il formule à haute voix « *Est-ce que la décomposition dans l'eau est identique à celle en milieu extérieur non hydrique ?* » Dr J. lui donne une explication jusqu'à la fermeture complète du dos où il rétorque « *Voilà, tout beau, tout propre ni vu, ni connu...* » Je regarde à travers le miroir si les gendarmes relèveront ou pas cette phrase et en effet j'entends en écho mais à voix très basse « *Ni vu, ni connu ... pas trop hein...* ».

L'autopsie se poursuit par la dissection des membres et l'ouverture classique du torse qu'on appelle mento-pubienne, j'entends des bribes de discussion entre les deux enquêteurs « *On*

dirait de l'encre » (en parlant des vaisseaux sanguins apparent lors de la dissection de l'avant-bras droit), puis le gendarme OPJ montre sur son corps l'ouverture faites au scalpel et dit « *Ça doit faire mal ... mais il est mort il ne sent plus rien.* » Ensuite pendant quelques minutes je les aperçois montrer sur leur propre corps les différentes incisions. Le plus jeune des deux gendarmes sort un instant de la salle d'autopsie pour chercher son téléphone portable. C'est le moment du déroulement des anses digestives, le gendarme OPJ dit « *Ah ouai, là ça sent...* » son collègue lui répond fièrement « *Je suis enrhumé donc...* ».

Dr J. vide les cavités pleurales à l'aide de la louche prévue à cet effet, le gendarme OPJ rit nerveusement à la vue de l'usage détourné de la louche et rétorque à son collègue « *Ça pue.* », il répond « *Je suis content d'être enrhumé !* ».

L'autopsie suit son cours, et le Dr J. pose le cœur du défunt sur la table de macroscopie, le jeune gendarme dit à l'OPJ expérimenté concernant le cœur « *C'est un organe que je connais parce qu'avec ma mère et mon grand-père on cuisinait le cœur de poule quand j'étais petit* ». Personne ne répond.

Le médecin décrit une infiltration ecchymotique et émet l'hypothèse que celle-ci proviendrait de lésion de charriage. Le gendarme OPJ demande « *Ça peut survenir après la mort ?* » Dr J. rétorque avec une pointe d'ironie « *Ça dépend ce que vous appelez la mort...* » puis finalement donne une explication sur les lésions de charriage.

Les deux gendarmes se déplacent font le tour de la table d'autopsie et l'OPJ demande « *Ce sont les intestins ?* » et le jeune gendarme qui l'accompagne pose également une question sans attendre la réponse de la première « *Et tout ce qui est jaune c'est du gras ?* » le Dr J. avec toute l'élégance dont il sait faire preuve répond « *Il s'agit de tissus de soutien !* » l'OPJ répond avec un sourire « *Donc maintenant je ne dirais plus que je suis gros mais que j'ai du tissu de soutien en trop* » ils rigolent.

Dr J. s'intéresse maintenant à la dissection minutieuse des organes, dans le même temps Sébastien sort la scie circulaire pour ouvrir la boîte crânienne, les deux gendarmes sont partagés entre les deux événements l'OPJ fait son choix et se déplace pour regarder de plus près l'ouverture de la boîte crânienne, quant au jeune gendarme lui, il reste fixe, les bras croisés pendant un moment le temps que la scie s'arrête puis rejoint son chef.

Dr J. me dit « *Cet après-midi c'est le bébé, tu tacheras d'y aller ?* » je lui réponds que c'était prévu, sans vraiment y mettre d'émotion, en réaction l'OPJ me lance un regard de désolation.

Dr J. vide le contenu gastrique dans le verre à pied, l'OPJ me demande ce que c'est, je lui réponds qu'il s'agit du bol alimentaire, puis immédiatement il se retourne vers son collègue « *Pour combien tu le bois ?* » « *Pour un million je ne le bois pas.* ». Puis les gendarmes posent l'un après l'autre des questions au légiste « *C'est le foie ça ?* » « *Oui.* » « *Il est énorme !* » « *Non.* » « *Dans l'idée que je m'en faisais c'était tout petit.* » le gendarme montre avec ses mains la taille qu'il s'imaginait. Dr J. semble agacé par ces questions qui lui font perdre le fil de la description.

Les dernières dissections d'organes se terminent et Dr J. dit aux enquêteurs « *En principe c'est terminé.* » tout en retirant sa 1^{ère} paire de gant. Il énonce les conclusions de l'autopsie oralement et évoque sa volonté que des analyses complémentaires soient réalisées, tout en précisant leur prix aux gendarmes. Les gendarmes n'ont pas de réaction particulière, il s'approche de la pièce des OPJ et c'est ainsi que l'autopsie se termine.

Observation n°9 du 20/02/24 :

Il est 8h30 à la morgue judiciaire, Dr Z. est la médecin légiste qui officie ce matin, elle est assistée par Yannick, je me charge de prendre les notes car ce matin les étudiantes et l'étudiant sont en anatomopathologie. Cette position me permet de faire des observations tout en ayant une vue d'ensemble de la salle d'autopsie. Il s'agit de l'autopsie d'un jeune homme noyé. Plusieurs enquêteurs sont présents ce matin, deux jeunes policières une en qualité d'OPJ et une plus jeune l'accompagnant, l'OPJ porte son uniforme, un gilet pare-balle et son arme de service, la plus jeune n'a pas son gilet et est habillée de son uniforme et de son arme dans son étui. En arrivant elles ont pris soin de mettre un masque et des sur-chaussures. Un stagiaire de police scientifique est également présent. Il avait déjà assisté à une autopsie à l'IML de Strasbourg par le passé et enfin une TPTS qu'on connaît bien à l'IML (Julie). L'équipe entretient une relation amicale tutoie et appelle les TPTS et les TIC par leurs prénoms il y a une synergie avec eux, ils jouent un rôle bien défini et savent ce qu'ils doivent faire.

Dr Z. demande les circonstances de découverte à l'OPJ, la voix tremblante elle lui répond très précisément et parfaitement toute l'histoire. Elle répond à chaque question sans erreur mais semble extrêmement tendue et stressée. Une fois l'exposé des faits terminé, Julie demande avec une voix enjouée des nouvelles du Dr Z., elles parlent de leurs astreintes respectives, Dr Z. raconte qu'elle a pu dormir une nuit complète cette nuit car elle n'était pas d'astreinte.

Les deux policières trouvent un coin et restent fixes jusqu'au moment où le corps est retourné. À ce moment elles effectuent un mouvement de recul. Le stagiaire TPTS s'approche de moi, se présente, je lui conseille de se munir d'une surblouse pour éviter de tacher ses vêtements (il est en tenue civile), il décline par politesse et me dit qu'il ne veut pas gêner.

Quelqu'un toque à la porte principale de la salle d'autopsie. Généralement tous les acteurs entrent par la porte arrière de la salle. Cette fois-ci la personne toque à la porte principale, il s'agit paradoxalement de l'accès qui permet d'évacuer les corps et qui donne vers le couloir de la morgue et non pas de l'entrée principale. J'ouvre, il s'agit d'une très jeune externe en 3^{ème} année (qu'on appelle pré-externe) qui entre et s'excuse de son retard. Le stagiaire TPTS profite que l'attention soit dirigée vers la jeune étudiante pour aller chercher une surblouse. Elle me demande si elle doit venir avant 8h30 quand l'autopsie est annoncée pour cet horaire, je lui réponds un peu sèchement que oui, qu'il faut venir au moins 15 minutes en avance pour se changer (je suis un peu agacée car ce n'est pas la première fois que je lui donne cette information etc...), elle s'excuse de nouveau.

Dr Z. a terminé la dissection du dos et Yannick ferme le corps. Julie prend en photo le dos avant sa fermeture et le TPTS stagiaire tente de l'aider en lui tendant l'escabeau. L'enquêtrice OPJ, toujours sérieuse et concentrée demande à Dr Z. s'il est possible de voir une trace de ceinture de sécurité sur le tronc d'un individu lors d'un accident de la voie publique. Dr Z. trouve cette question pertinente et prend le temps de lui répondre.

Une 2^{ème} stagiaire TPTS arrive en retard, son collègue nous avait prévenu en amont, elle est guidée par Sébastien. Le stagiaire TPTS dit à Dr Z. qu'ils resteront toute la journée à l'IML pour effectuer la journée de découverte, elle acquiesce. Julie dit à la stagiaire PTS arrivée en retard « *C'est dommage t'as loupé le début... Bon, si ça ne va pas tu peux t'asseoir dans la pièce des OPJ.* » complétez par Dr Z. « *Si vous avez des questions n'hésitez pas à les poser !* ».

Yannick et Dr Z. dissèquent le bloc cervical, Julie dit aux deux stagiaires PTS « *Vous pouvez vous approcher si vous voulez.* » Dr Z. continue « *J'essaye de ne pas faire trop de projections promis.* ». Cette dernière réflexion me fait penser que la nouvelle arrivante n'a pas de blouse de protection, je me déplace donc pour lui en chercher une.

Au moment de l'extraction du bloc cervical, la TPTS stagiaire laisse échapper un « *Beurk* », Julie la taquine avec un sourire et sur un ton espiègle lui dit « *Tu verras, moi ma partie préférée c'est le crâne !* », à cette phrase, son interlocutrice recule de deux pas en arrière « *Et encore vous avez de la chance, il est frais.* ». Les deux policières toujours silencieuses changent de place. La dissection se poursuit et Julie présente chaque personne dans la salle aux stagiaires.

Dr Z. et moi discutons d'une autopsie médicale datant de la semaine passée, je lui pose une question sur un détail de cette autopsie elle me dit « *Ma mémoire fonctionne comme un pacemaker* » (sous-entendu les nouvelles informations viennent écraser les anciennes), nous rions, ce parallèle n'est pas compris par les autres protagonistes.

L'autopsie se poursuit sur la table annexe de dissection des organes et Julie dit aux deux autres stagiaires « *Ce que je n'aime pas en revanche c'est l'étape du contenu gastrique...* », Dr Z. dit à la stagiaire « *Ça va ? vous n'êtes pas du tout pâle pour une première autopsie* » Julie rétorque « *Mais non elle a mis du blush c'est sur...* ». Les policières restent fixes, sans émotion particulière pendant que Yannick ouvre la boîte crânienne.

L'autopsie se termine, comme je suis seule (en dehors de la jeune pré-externe), je dois être polyvalente c'est-à-dire gérer l'étiquetage des prélèvements et prendre les notes en même temps. Je charge donc la pré-externe d'aider le Dr Z. pour la fin de l'autopsie. Elle tremble en tenant les tubes de prélèvements, oublie de les ouvrir quand elle les tend au médecin. Elle lui demande « *Ça fait combien de temps que tu es en stage ?* » « *3 semaines* ». Dr Z. ne répond pas. L'autopsie se termine, elle retire ses gants et regagne la paillasse pour signer les sachets de scellés. Julie quitte la salle d'autopsie après avoir salué tous le monde. Les TPTS stagiaires et les policières se déplacent ensemble vers la pièce des OPJ.

Observation n°10 du 28/02/2024 :

Il est 8h40. L'autopsie du jour, prévue pour 8h30 est celle d'un homme d'une quarantaine d'années décédé des suites d'un accident du travail. C'est Dr B. qui est le médecin légiste officiant aujourd'hui, Armand est présent ainsi qu'un pré-externe et une externe qui s'occupe des prélèvements, Sébastien est notre assistant technicien. Pour l'instant pas d'enquêteurs à l'horizon, l'autopsie était programmée pour 9h00 mais nous avons commencé plus tôt. Comme souvent avec Dr B., on est pragmatique, on ne traîne pas. D'ailleurs Armand s'occupe de la description lésionnelle et s'applique vraiment plus que d'habitude, Dr B. le coupe presque pour lui demander d'être plus synthétique.

8h56 Les enquêteurs gendarmes arrivent, ils sont deux, un qui est en civil et munis d'un appareil photo autour du cou et un second qui est en uniforme. Initialement je pensais que l'enquêteur en civil était technicien d'identification criminelle (TIC) mais je comprendrais à la fin de l'autopsie que ce n'étais pas le cas. Dans l'observation je l'appellerais donc TIC pour le différencier de son collègue. Dès son arrivée il entre dans la salle d'autopsie pour prendre des photos. Dr B. lui demande : « *Vous pouvez mettre une surblouse s'il-vous-plait ?* », il s'exécute.

L'enquêteur principal est dans la salle des OPJ. C'est Dr B. qui se déplace vers lui pour obtenir des informations complémentaires concernant les circonstances de découverte. Une discussion s'ouvre, j'observe de loin l'OPJ mimer la position de découverte du corps. Dr B. pose des questions fermées pour préciser la position.

Quand la discussion se termine Dr B. demande au TIC de prendre en photo une vue générale du corps, celui-ci prend beaucoup de temps pour aller chercher un calepin dans la pièce des OPJ. Dr B. semble s'impatienter. Il arrive enfin, pose son calepin sur le prolongement de la desserte à mes côtés, en me demandant si ça ne me dérange pas qu'il se mette là.

L'autopsie se poursuit par la dissection du dos, Armand ne retrouve aucune lésion suspecte. Sébastien recoud le dos de l'individu avec Armand. Pendant ce laps de temps Dr B. explique les fiches obligatoires à remplir aux externes, il finit par aider le technicien et l'interne à recoudre le dos. Le TIC rejoint son collègue et s'équipe d'un masque chirurgical puis l'aide à remplir le procès-verbal d'assistance à autopsie, il reste un moment à discuter à voix basse avec l'OPJ.

Dr B. interrompt la discussion pour demander au présumé TIC de prendre des photos.

9h12, je prends les notes sur l'ordinateur, Armand et Dr B. pratique l'incision mento-pubienne. Pendant ce coup de scalpel Dr B. demande à la pré-externe de lui raconter l'autopsie de la veille, le TIC écoute son récit attentivement. Pendant ce temps l'OPJ est toujours dans la pièce annexe sur son ordinateur.

L'autopsie se poursuit, en toile de fond Sébastien observe la scène les bras croisés à distance. Il serait de trop tant l'espace est exigu quand deux personnes face à face dissèquent (ce qui est le cas aujourd'hui). L'enquêteur photographe a les mains dans les poches, l'enquêteur OPJ commence à effectuer des allers-retours entre la paillasse et la salle des OPJ, il ne regarde jamais le corps. Dr B. donne des conseils de dissection à Armand, puis demande à haute voix « *Je peux avoir de bonnes lames ?* » personne ne lui répond, Armand finit par lui dire « *Personne ne les aime ses lames !* », il répond « *Elles n'ont pas le bon angle pour la dissection* ».

L'enquêteur sort quelques instants de sa tanière au moment de la dissection du bloc abdominal, son collègue le rejoint immédiatement pour lui montrer les photos réalisées, il repart rapidement dans la pièce des OPJ pour noter quelque chose sur son ordinateur.

Dr B. fait une description orale et demande au TIC de prendre une photo. Après la prise de vue, l'enquêteur photographe me rejoint et me demande en chuchotant de répéter la description qui

vient d'être faite. Il la note immédiatement sur son carnet et rejoint son collègue dans la pièce annexe.

Ils reviennent tous les deux et se postent à mes côtés. J'engage la discussion avec l'OPJ, je lui demande si c'est sa première autopsie, il me répond que non, puis Dr B. nous interrompt en posant la question d'une éventuelle responsabilité de l'entreprise dans le décès du défunt. Une courte discussion entre l'enquêteur OPJ, le présumé TIC et le médecin légiste s'engage.

Armand termine l'éviscération du corps et Dr B. lui dit « *C'est bon ? tu peux passer à la table ?* », il se déplace vers la table de macroscopie et débute la dissection.

Yannick, tout en disséquant la boîte crânienne, me demande à travers la salle si des enquêteurs seront présents cet après-midi. Je lui réponds que ça devrait être le cas étant donné le contexte (découvert d'un corps noyé non identifié), je précise le nom de la ville où le corps a été découvert en disant « *C'est un secteur gendarmerie habituellement ?* », l'enquêteur intervient et me contredit « *Ah non, c'est la police qui est en charge de ce dossier !* ».

Un mauvais geste du technicien fait tomber lourdement le crâne du défunt contre la table de dissection, ce bruit surprend tout le monde et Dr B. s'exclame « *Bah alors Yannick, tu perds la tête* » l'ensemble de la salle d'autopsie rit. Au moment de l'ouverture de la boîte crânienne, Dr B. en profite pour expliquer aux étudiants en médecine ce que sont les veines ponts et dans quelles mesures celles-ci se rompent lors de la survenue d'un traumatisme crânien volontaire (bébé secoué). À ce moment j'aperçois les enquêteurs s'approcher pour écouter les explications données.

Lorsque Armand prélève le contenu gastrique, Dr B. explique aux enquêteurs en quoi les théories sur l'heure du décès basées sur l'étude du contenu gastrique sont fausses. Pendant la dissection des organes sur table, Les enquêteurs débattent de l'affaire et reviennent sur la question de l'éventuelle responsabilité de l'employeur dans la survenue du décès.

10h07 Dr B. clame « *Allez c'est bon on arrête !* » pour signaler la fin de l'autopsie puis explique oralement les conclusions aux enquêteurs tout en retirant sa blouse, ses gants et sa calotte.

Observation n°11 du 26/03/24 :

Ce matin je suis arrivée à la morgue en avance, aux alentours de 8h00. Au programme un examen externe d'un homme découvert pendu (programmé à 8h30) et une autopsie d'un homme âgé disparu, après une hospitalisation (programmé à 9h00). Le médecin légiste responsable de ces deux dossiers est le Dr Z.

Lorsque j'arrive en avance, comme c'est le cas aujourd'hui, je regarde les scanners, je lis les procès-verbaux, je prépare les documents nécessaires aux examens, et je commence les descriptions lésionnelles.

Il est 8h15 quand deux enquêteurs entre en salle d'autopsie, accueillis par Yannick. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'année, en civil et d'un homme du même âge, en civil également avec un appareil photo autour du cou, je devine qu'il s'agit d'un technicien de police scientifique accompagné de l'enquêtrice en charge du dossier. Je les salue, me présente et leur signale qu'ils sont en avance, ils me disent qu'ils viennent du Haut-Rhin et qu'ils ont pris la route à 6h30 ce matin pour être à l'heure. Nous échangeons un instant et je leur apprends qu'ils devront patienter un peu car nous devons d'abord réaliser l'examen externe d'un autre patient avant l'autopsie.

Lorsque les enquêteurs sont arrivés j'étais en compagnie de Paula, la technicienne de morgue, je regardais en avance le scanner du corps prévu pour l'autopsie. Je remarque un hématome sous-dural. Je le signale au TPTS qui s'approche avec intérêt, puis soudainement prend un

cliché de l'écran. Il poursuit sa frénésie en prenant des photographies de la salle d'autopsie dans sa globalité. Je pense le dévisager avec interrogation mais je ne lui dis rien.

Il est 8h20 environ quand un étudiant pénètre dans la salle d'autopsie, je le sollicite afin qu'il prenne les notes et débute la description lésionnelle de l'examen externe.

Le TPTS me dit, enjoué « *Si vous voulez je peux prendre des photos de cet examen aussi.* » je lui dis que ça ne sera pas nécessaire en le remerciant. Puis Dr Z. entre à 8h30 en salle, elle me remercie d'avoir débuté, et prend le relai. Un second étudiant entre, je ne le connais pas, on se présente mutuellement, je le tiens informé que je m'occuperais de la prise de note lors de l'autopsie. L'examen externe se termine, il est 8h56 et Dr Z. discute avec l'enquêtrice des circonstances de découverte du corps.

Après cette échange l'enquêtrice se terre dans la pièce des OPJ et le TPTS nous rejoint autour de la table de dissection.

Je propose au TPTS une surblouse de protection, il acquiesce avec un grand sourire, je pars lui chercher, j'en distribue une à l'enquêtrice au passage.

Dr Z. compare ses constatations aux descriptions lésionnelles faites lors de la levée de corps, je lui lis à l'oral les descriptions, elle effectue les corrections nécessaires et sollicite le TPTS pour les photos, il est très dynamique, j'ai presque du mal à le suivre du regard.

Aujourd'hui les trois techniciens de morgue sont présents, Dr Z. est aidé de Serge un étudiant en 6^{ème} année qui est très dégourdi et habile. Le corps est retourné pour les descriptions de la face postérieure du tronc. Le TPTS se dirige vers un renforcement de mur dans la salle d'autopsie où se trouve un escabeau qui lui servira pour prendre de la hauteur afin de réaliser les clichés photographiques de « vues générales du corps ».

Le deuxième externe s'approche de moi et me demande si je veux qu'il prenne le relai des notes, je décline et l'invite à se rapprocher du Dr Z. et de Serge pour profiter des descriptions

anatomiques. L'enquêtrice fait des allers-retours entre la pièce des OPJ et la salle d'autopsie sans jamais regarder le corps. Les techniciens et Dr Z. réalise la suture du dos et discutent de football, le TPTS tente de suivre la discussion.

9h25, le médecin réalise l'incision mento-pubienne. Pendant l'ouverture nous parlons de voyage, le TPTS s'approche de moi et me donne un bon plan voyage, puis rejoins le « groupe de dissection ».

Dr Z. dissèque de concert avec Serge et explique chacun de ses gestes et mouvements, j'aperçois le TPTS tendre l'oreille et suivre attentivement les explications.

L'enquêtrice fait toujours des allers retour entre la paillasse et la pièce des OPJ en évitant tout contact visuel avec la table d'autopsie.

L'autopsie se poursuit et le TPTS chantonne.

Au moment de l'éviscération et du déroulement des anses intestinales le TPTS a rejoint sa collègue dans la pièce des OPJ.

Dr Z. pose une question d'identification anatomique à Serge, le TPTS se déplace pour écouter la réponse, l'étudiant répond juste, puis nous avoue qu'il avait répondu au hasard, tout le monde rit, le TPTS repart dans la pièce annexe. Serge semble à l'aise lors de la dissection sa hanche prend appui sur la table et son geste est sûr.

La dissection sur la table de macroscopie débute, en parallèle Yannick effectue l'ouverture de la boîte crânienne. Le TPTS toujours enthousiaste prend une photo de la trachée, Dr Z. lui dit que ce n'est pas nécessaire, il s'excuse. Yannick termine d'utiliser la scie circulaire et Dr Z. prend le relai, c'est la zone d'intérêt de l'autopsie (identification au scanner d'un hématome sous-dural) c'est probablement même la cause du décès, donc l'inspection soigneuse de cette zone est importante. Dr Z. me fait quelques descriptions, me regarde longuement, je lui dis « *Photo non ?* » elle me répond « *Oui, photo.* » nous essayons de le dire assez fort pour que le

TPTS arrive, il est occupé dans la pièce des OPJ. Finalement Dr Z. se déplace pour le chercher, il s'excuse puis réalise les photos demandées.

En poursuivant la dissection Dr Z. s'exclame « *Ah c'est compliqué, tout coule.* » le TPTS rit en me regardant, je lui souris. Je vois son visage changer d'expression et se crispier lors de l'extraction de l'encéphale. Je m'éclipse pour rejoindre l'enquêtrice et lui rapporter les divers prélèvements effectués afin qu'elle confectionne les scellés judiciaires. Quand je reviens à mon poste, Dr Z. dissèque le cœur en expliquant chaque geste, elle pose des questions d'anatomie aux étudiants, et le TPTS réponds juste à la plupart d'entre elles.

10h45 « *C'est terminado.* » s'exclame le Dr Z. pour signifier la fin de l'autopsie. Tout le monde se rejoint autour de la paillasse pour récapituler les prélèvements et discuter des conclusions, je quitte la pièce pour me changer, en souhaitant une bonne route aux enquêteurs.

Observation n° 12 du 27/03/2024 :

Il est 7h45 quand j'entre en salle d'autopsie. Celle-ci est prévu à 8h00. Je prépare les documents, je regarde le scanner, j'ouvre sur l'ordinateur les dossiers des deux autopsies prévues ce matin.

7h50 un enquêteur et enquêtrice gendarmes pénètrent dans le sas, aucun d'eux ne prête attention à ma présence, ils sont en uniforme, arme dans l'étui, surchaussure aux pieds. Je les entends discuter entre eux, l'OPJ qui semble plus âgée explique à son jeune collègue pour qui c'est la première autopsie qu'il faut être attentif tous le long de l'autopsie, elle le dit en posant son ordinateur sur la paillasse dans la pièce des OPJ, elle semble connaître les lieux.

7h55 Dr B. entre, en tenue civile dans la salle d'autopsie accompagné de deux jeunes auditrices de justices à qui il tend des sabots de bloc opératoire. Il me salue, me demande si j'ai les trames des dossiers d'autopsie, je lui dis que tout est préparé, il me répond « *Je vais me changer alors.* ».

Il se change en 5 minutes, à son retour il explique aux gendarmes la raison pour laquelle l'examen de ce matin s'est « transformé » en autopsie. En effet il s'agissait initialement d'un simple examen externe qui s'est converti en autopsie après un appel au parquet du Dr B.

C'est le cas d'une femme âgé d'une cinquantaine d'année découverte décédée dans sa baignoire.

Les deux auditrices de justices entrent pendant ces explications, elles sont vêtues du pyjama blanc, d'une surblouse, d'une charlotte, de chaussures adaptées. Dr B. raconte les circonstances de décès et de découverte des deux corps prévus ce matin. Une des auditrices pose immédiatement une question sur les diatomées. En parallèle Paula ouvre la housse mortuaire.

8h08 La description lésionnelle débute, les deux gendarmes sont dans la pièce des OPJ, ils se déplacent timidement et restent sur le seuil de la porte, à proximité de la paillasse. Dr B. décrit

en même temps qu'il parle, je suis à la prise de note, il ne prend donc pas le temps de décrire lentement, il sait que je vais reformuler ses propos. Il décrit et explique tout ce qu'il voit, les deux auditrices de justice sont à côté de lui, suivent chaque explication, posent des questions, il y a un bel échange qui se produit. Au loin j'aperçois le plus jeune des gendarmes les bras croisés sur le seuil de la porte.

Il est 8h15 quand Dr B. pratique l'incision mento-pubienne, une des deux auditrices s'exclame « *Oh ça coupe extrêmement bien !* » Dr B. répond « *Mais pas pour longtemps malheureusement* » en faisant allusion à la qualité moindre des lames. Je surenchéris « *C'est sympa 5 minutes puis ça ne fonctionne plus après.* ».

Il est 8h17 quand Armand arrive en salle, l'air surpris. Il s'approche de moi l'air interrogé, je lui dis « *C'était 8h00 ce matin, mince je pensais que tu avais vu sur le mail* » il rougit un peu et fait une mine très préoccupée. Je lui dis que ce n'est pas important, qu'il peut s'habiller et aider le chef. La salle est à ce moment très silencieuse, seule la voix de l'enquêtrice résonne, elle est au téléphone avec un collègue et lui fait part de son impossibilité à faire fonctionner le logiciel sur son ordinateur « *Ah bah oui... forcément il faut que ça soit en salle d'autopsie que ça ne marche pas ...* » elle semble très agacée.

Dr B. reprend ses explications anatomiques, il s'attarde surtout sur les lésions pouvant nous faire évoquer l'intervention d'un tiers, notamment au niveau des muscles profonds du cou. Dr B. découpe le plastron sterno-costal avec vigueur, une des auditrices de justice se tourne vers moi me regarde et écarte un peu les yeux, je lui réponds par un hochement d'épaule. Les deux gendarmes sont toujours sur le seuil de la porte en pleine discussion mutuelle.

Une auditrice de justice demande à Dr B. si du sang est prélevé à divers endroits du corps, et si oui pourquoi, il répond à la question « *Oui du sang cardiaque et fémoral par exemple.* » et complète par une explication, l'enquêtrice se déplace vers la pièce des OPJ pour chercher son calepin et je la vois griffonner quelque chose.

Le médecin légiste s'attèle au retrait du bloc cervical. Il s'agit d'un moment parfois redouté par certains enquêteurs ou intervenants extérieurs, je suis surprise d'entendre un sincère « *Ah c'est beau !* » de la part d'une auditrice de justice.

Il est 8h27 quand deux étudiantes arrivent au moment du déroulement des anses digestives. La plus âgée d'entre elle, me demande l'air interrogateur « *Ce n'était pas 8h30 ?* » je lui réponds que non, mais que ce n'a pas d'importance, ça a changé au dernier moment.

Après avoir fini la totalité de l'éviscération du corps, Dr B. dit « *On a globalement fini, on va passer à table.* ». Tout en disant ça il dissèque une surrenale et dit « *Ah celle-ci a une forme particulière, qu'on décrit en chapeau de gendarme !* ». L'OPJ et l'enquêteur novice se regardent et sourient. Dr B. les regarde et sourit également. Il précise « *Enfin, chapeau de gendarme d'il y a quelques années maintenant.* », l'enquêtrice répond « *Ah j'ai connu ça moi !* » tout le monde rit.

La dissection des organes sur la table de macroscopie débute, Dr B. dissèque la rate. Une des auditrices s'exclame « *Oh on dirait une betterave !* » et rit discrètement avec sa collègue. Pendant la dissection des organes, Sébastien s'occupe du bloc cérébral, Paula recoud, Yannick scie l'os fémoral (à la recherche de diatomées), d'ailleurs les auditrices de justice demandent à Dr B. pour quelle raison Yannick utilise-t-il la scie oscillante. Dr B. explique.

Armand aussi, de son côté explique à une des étudiantes les prélèvements, je fais de même en miroir à l'étudiante qui se trouve à mes côtés.

Yannick a pris le relai de Sébastien sur la dissection de la boîte crânienne, Paula est avec lui, il lui explique comment procéder au retrait de l'encéphale sans le léser.

L'agent décolle la dure-mère, ce qui produit un bruit très caractéristique, que Dr B. relève « *C'est un beau bruit de dure-mère ça !* », il me regarde et nous rions.

La dissection se poursuit, et Dr B. ne manque pas d'expliquer les techniques employées à chaque étape de l'autopsie. Une des auditrices de justice dit « *Magnifique.* » l'air ravie de comprendre.

Les gendarmes sont toujours très à distance, et discutent entre eux. Yannick nettoie des instruments non nécessaires, les gendarmes commentent « *Ah il fait la vaisselle !* » puis regardent l'aération au-dessus de l'évier et conversent à ce sujet.

Dr B. dans une même phrase dit « *Elle était positionnée comment ?* ». L'OPJ que je croyais être totalement distraite, sort de sa conversation avec son collègue et répond « *Je vais regarder.* » montrant son attention accrue. Elle se déplace vers la pièce des OPJ, puis revient et donne la réponse au Dr B.

9h12 l'autopsie se termine « *Voilà il n'y a pas grand-chose mais au moins on a fait les prélèvements nécessaires, je vous envoie les conclusions par courriel* ». L'enquêtrice dit « *Ah punaise, ça fait une éternité que je n'avais pas fait d'autopsie.* ». Les deux auditrices de justice se dirige vers les enquêteurs et conversent un moment avec eux sur les modalités de la découverte du corps, sur les difficultés éventuelles éprouvées. Puis viennent me voir pour discuter de la formation de légiste. Dr B. se joint à notre conversation et dit que l'internat est une période plutôt ingrate, je lui dis que je vis bien mon internat, il me répond « *Parce qu'on prend soin de vous ici !* » C'est ainsi que s'achève la première autopsie de cette matinée.

Observation n° 13 : avril 2024 :

L'autopsie qui fait l'objet de l'observation d'aujourd'hui est particulière du fait du jeune âge de la défunte : 14 ans. Il est un peu moins de 13h30 quand j'entre en salle d'autopsie. L'enquêtrice en charge de l'affaire accompagnée d'une technicienne d'identification criminelle m'emboîte le pas. Sur le pas de porte je demande à l'enquêtrice s'il s'agit de sa première autopsie elle me répond « *D'un enfant, oui.* ». Elle est en tenue civile et elle saisit spontanément une surblouse, des gants et un masque chirurgical. La technicienne d'identification criminelle est en uniforme, sans masque, elle porte un tablier blanc de protection et une paire de gants, elle fait presque partie de l'équipe, connaît les lieux, le personnel, on se tutoie. D'ailleurs Sébastien entre dans la salle d'autopsie et rétorque « *Ah j'étais content de te voir... et en y réfléchissant non.* », la TIC rit poliment.

Les étudiantes arrivent, elles sont trois, deux externes et une pré-externe, elles s'affairent à la préparation des dossiers. Je les informe que je prendrais les notes aujourd'hui et qu'elles ne pourront pas nous aider à la dissection car il s'agit d'une enfant. Elles semblent un peu déroutées car ce n'est pas habituel de si peu les impliquer.

Dr N. entre dans la salle d'autopsie à 13h34 en tenue civile, elle dit « *Bon je connais l'histoire hein...* » en s'adressant à l'enquêtrice qui chuchote, parle très vite et ne s'adresse qu'à Dr N. Sébastien entre temps nettoie du matériel avec le jet d'eau et fait beaucoup de bruit, je lui dis fermement d'arrêter de faire du bruit pour entendre les circonstances et le déroulé de la survenue du décès. La salle est silencieuse et tout le monde tente d'entendre les explications données par la gendarme qui parle à voix basse. À la fin des explications Dr N. sort de la salle d'autopsie pour se changer.

Il est 13h43 et Dr N. entre en pyjama blanc, elle demande si la défunte avait des frères et sœurs, l'enquêtrice se précipite vers la pièce OPJ pour vérifier. Yannick lui répond que la psychologue du service reçoit la famille le lendemain et qu'il y a un enfant et une jeune femme de 18 ans qui accompagnent les parents de la jeune défunte. Dans la foulée Dr N. demande les coordonnées de la famille à l'enquêtrice en précisant s'être engagée à les appeler pour donner des nouvelles, après avoir obtenu l'accord du magistrat.

La description du corps commence, on peut remarquer la formation de petits clusters, les deux externes sont ensemble face à la table d'autopsie. Sébastien et la pré-externe sont adossés à la paillasse. La TIC et l'enquêtrice sont totalement à l'opposé, près de moi. La gendarme enquêtrice est en arrière, un peu en retrait mais à proximité de la TIC. Seule la voix de Dr N. et les clapotis du clavier rompt le silence ambiant. L'enquêtrice tient un calepin dans sa main pour légèrer les photos que la TIC prend presque spontanément.

La dissection du corps débute, l'enquêtrice et la TIC sont en pleine discussion, elles lancent des regards furtifs vers la table de dissection tout en poursuivant leurs bavardages, j'aperçois l'enquêtrice tourner franchement la tête au moment de la découpe du plastron sternal et son retrait. Après cet instant je remarque que la posture des uns et des autres a changée. Les deux externes se sont séparées, la TIC et l'enquêtrice se sont éloignées de moi, et ont un angle de vue global qui leur permet d'observer les gestes du Dr N. L'enquêtrice reste toujours derrière la TIC. La pré-externe est seule au niveau de la tête de la défunte.

Lorsque je souhaite observer discrètement les expressions du visage des enquêtrices je me sers du miroir de la salle d'autopsie comme d'un rétroviseur.

Dr N. me sort de mes pensées « *Venez-voir on a le thymus qui est encore présent !* », les étudiantes en médecine s'approchent. J'entends l'enquêtrice dire à la TIC à voix basse « *Le thymus ?* », la technicienne d'identification criminelle, hausse les épaules et les deux femmes finissent par s'approcher timidement pour regarder. Pendant l'extraction du thymus, la salle

est silencieuse. La TIC prend une photo et l'enquêtrice s'excuse car elle ne sait pas ce qu'elle doit écrire en légende.

Dr N. poursuit sa dissection et vide les cavités pleurales qui contiennent un liquide séro-hématique (rouge-orangé qui ressemble à du sang dilué), l'enquêtrice demande discrètement à la TIC « *C'est du sang ?* » elle ne lui répond « *Pas que ...* » sans apporter plus de précisions.

Par la suite, l'enquêtrice et la TIC chuchotent de manière totalement inaudible.

Tout en disséquant Dr N. demande aux étudiantes « *Donnez-moi 3 causes de décès probables pour cette jeune fille dont une qui serait aberrante* ». Une externe de 6^{ème} année répond presque automatiquement, en s'approchant du corps « *Alors euh... un syndrome de Brugada ?* » l'enquêtrice et la TIC se regardent la mine songeuse. Dr N. lui dit « *Exactement, enchainez sur la 2^{ème} hypothèse* », elle répond « *Euh... euh... un état de mal épileptique ?* » « *Exactement ! Et la cause aberrante, allez-vous n'avez pas participé (en s'adressant aux deux autres étudiantes) ...* ». Quelques secondes silencieuses s'écoulent, Dr N. donne un indice « *Là, regardez, aujourd'hui on fait des prélèvements toxicologiques par exemple...* » la seconde externe (en 4^{ème} année) lui répond « *Ah ! Euh... un empoisonnement ?* » « *Tout à fait, mais c'est une cause aberrant dans ce contexte, nous sommes bien d'accord* ». La première étudiante à avoir répondu reprend la parole « *Et une embolie pulmonaire ?* » Dr N. lui explique en quoi c'est très peu probable dans le contexte. L'enquêtrice participe et dit « *Si je peux me permettre, elle a couru dernièrement derrière un bus et a fait un malaise, ça lui est déjà arrivé de faire des malaises !* » Dr N. précise « *Ce sont des infos que j'avais en effet...* »

Dr N. débute la description des organes sur la table annexe de macroscopie, immédiatement l'enquêtrice demande au médecin « *C'est quoi exactement le thymus ?* », elle répond « *Alors ... le ris de veau ça vous parle ?* » tout le monde rit « *Oui, bon... je n'en ai jamais mangé* » Dr N. répond « *Moi non plus, bon... en gros le ris de veau c'est le thymus du veau* », elle complète en expliquant le rôle du thymus.

Quand Dr N. termine son explication elle demande à la TIC de prendre une lésion en photo, celle-ci s'approche, repousse le scialytique.

Yannick entame la découpe de la boîte crânienne à l'aide de la scie oscillante, l'enquêtrice et la TIC discutent entre elles sans se soucier du bruit ambiant, elles parlent d'un enfant qui avait un parent qui consommait de la drogue.

Dr N. interrompt la conversation en demandant la réalisation d'une photo du gril costal. La TIC n'entend pas, le médecin doit rappeler une deuxième fois. Dr N. demande si la photo a bien été prise, en réponse l'enquêtrice demande « *Et c'est... ?* » « *Ah, c'est le massage cardiaque ce n'est pas naturel ça* ».

Dr N. enchaîne sur la description de l'œdème encéphalique, aussitôt l'enquêtrice lui demande « *C'est quoi l'œdème ?* » Dr N. répond « *Il faudrait que vous voyiez un cerveau normal pour comparer ... mmh comment expliquer ...* » la gendarme propose « *C'est comme des vallées habituellement et là c'est aplati c'est ça ?* » « *Oui voilà !* ».

Yannick appelle la TIC par son prénom et lui dit « *Tu viens prendre la dernière photo de l'autopsie ?* » (en général l'album de l'autopsie se termine régulièrement par la même photo, celle de la base du crâne). L'enquêtrice, toujours munie de son calepin suit la TIC et lui demande « *Et là je marque quoi ?* » la technicienne d'identification amusée lui répond « *Ah non ça c'est bon* ». Elle lui explique ensuite que c'est la photo qui signe la fin de l'album et qu'elle n'a pas besoin de la légènder.

La dissection des organes sur table macroscopique se poursuit et Dr N. dissèque l'utérus, à ce moment les étudiantes et l'enquêtrice s'approchent, le docteur décrit « *C'est un organe très très dur... et c'est normal vu ce que ça peut contenir* » la TIC et les étudiantes sourient. Sur cette remarque une des étudiantes demande au médecin légiste si celle-ci a déjà vu un embryon en disséquant l'utérus, Dr N. répond par l'affirmative.

15h17 L'enquêtrice conclut cet interrogatoire par un sincère « *Merci pour ces explications.* ».

Dr N. retire ses gants et sa blouse. L'autopsie se termine.

Observation n°14 29/04/24 :

Il est 7h50 quand j'arrive dans les couloirs de la morgue. Je croise les étudiants devant les vestiaires, nous nous changeons et nous entrons quasiment simultanément en salle d'autopsie. Je les préviens qu'il s'agit d'une autopsie dont le contexte est un homicide avec une plaie par arme blanche et que de ce fait je prendrais les notes pour qu'ils puissent s'occuper assidument du relevé des prélèvements. Je leur précise également qu'il faut qu'ils mettent une charlotte car nous allons prélever les ongles et qu'il ne faut pas contaminer le corps de son propre ADN. Nous préparons ensemble les documents nécessaires, je consulte le scanner quand Dr B. entre le premier en salle. Il est encore en tenue civile, il défile le scanner et recherche la trajectoire de pénétration de la lame au sein de la plaie. On parvient rapidement à identifier un hémithorax et on en discute.

Les enquêteurs arrivent, ils sont deux, un des visages m'est familier, il me semble avoir déjà vu cet enquêteur sur d'autres affaires, le second est un nouveau. Ensuite c'est le Dr Z. qui entre en salle d'autopsie. Elle est vêtue du pyjama blanc puis s'adresse aux enquêteurs après avoir salué tout le monde « *Alors, il n'a pas trop avoué l'autre ?* » l'enquêteur chevronné rit et répond que non en hochant la tête Dr Z. continue en ironisant « *Il a pris un coup de couteau mais ce n'est pas moi, bien sûr... j'avais envie de lui dire mais oui c'est moi qui l'ai tué* », elle roule les yeux et l'enquêteur rit encore.

Il est 8h02 quand les deux experts sont prêts à démarrer, Dr B. demande à haute voix « *Il est mort en déhockage ?* » l'enquêteur expérimenté lui répond simplement « *Avant* ». Dr Z. s'inquiète de ne pas voir de technicien de police scientifique arriver. À peine dit, Laurine entre

dans la salle d'autopsie, vêtue d'une surblouse, d'une charlotte d'un masque et de surchaussure. Laurine est une des techniciennes de police technique et scientifique (TPTS) qu'on voit très régulièrement, on l'appelle par son prénom et on se tutoie. Yannick prépare l'escabeau dont elle se servira par la suite pour effectuer les photographies réglementaires.

Pendant que l'agent mortuaire déshabille le corps, Dr B. se rend dans la pièce des OPJ pour leur expliquer nos habitudes en matière de scellé judiciaire, Dr Z. appelle Laurine pour qu'elle effectue les « vues générales » du corps.

Les descriptions orales des lésions du corps sont rapides, comme je suis derrière l'ordinateur, les deux médecins ne prennent pas de pincettes et ont un débit de parole soutenu.

Le Dr B. profite du temps de suture pour s'approcher de moi et lire mes notes d'observation, il me regarde avec un sourire satisfait, comme s'il avait découvert un secret, puis engage la conversation sur mon futur stage qui débutera dans 2 jours.

Une fois la couture du dos terminée et le corps retourné, Dr B. retourne à son poste et débute la description de la plaie principale, tout est assez silencieux dans la salle. Je lève les yeux de l'ordinateur et me rends compte que l'enquêteur chevronné est maintenant « à la tête », et observe discrètement les descriptions de la plaie franche. Le second enquêteur est sur le seuil de la porte et prend quelques notes sur un calepin. Dès que la description lésionnelle se termine, l'enquêteur expérimenté retourne dans la pièce des OPJ, on ne le verra plus jusqu'à la fin de l'autopsie.

Il est 8h47 lorsque l'incision mento-pubienne est réalisée. Le jeune enquêteur est toujours sur le seuil de la porte, Laurine se tient prête à prendre les photos. Dr B. dit en s'éclaircissant la voix « *On va prendre ça en photo* », Laurine presse le pas pour effectuer ladite action sous-entendue.

Pendant la dissection des viscères thoracique, les étudiants sont autour de la tête, Laurine également, les enquêteurs chuchotent sur le pas de la porte et observent de loin. Lorsque Dr B. extrait le plastron costal, le plus jeune enquêteur se penche pour regarder, je ne suis pas sûre qu'il voit quoi que ce soit à la distance où il se trouve.

Dr B. et Dr Z. se questionnent sur le trajet de pénétration, l'un montre à l'autre avec des gestes discrets l'éventuel mouvement de l'arme blanche. Je me déplace pour observer la plaie cardiaque, puis l'autopsie reprend.

Dr B. dissèque les organes sur la table annexe de dissection et Dr Z. poursuit la dissection du corps, elle observe minutieusement le plastron sternal et demande aux enquêteurs « *Vous avez le couteau ?* ». Le plus jeune enquêteur, qui est seul disponible à ce moment, est sorti de ses pensées et répond « *Euh... Pardon ?* ». Dr Z. demande « *Le couteau... sa lame avait deux tranchants ?* », l'enquêteur répond « *Ah... non c'est un opinel* ».

Dr B. à l'autre bout de la pièce répond songeur « *Ah oui d'accord...* ». L'autopsie se poursuit et se termine, quand Dr Z. propose aux enquêteurs « *Vous voulez faire les scellés ?* » (sous-entendu, pouvez-vous les faire maintenant). L'enquêteur chevronné comprend le sous-entendu et répond par un « *Oui.* » avec une voix suraiguë. Dr Z. me regarde en haussant les sourcils.

Il est 9h38 lorsque l'autopsie se termine.

Dr B. se rend dans la pièce OPJ pour discuter de l'anatomie du couteau « *C'est un opinel, mais est-ce que le manche était rose ?* », les enquêteurs rient avec Dr B. qui ensuite redevient sérieux et tente de préciser les dimensions de l'arme afin d'effectuer des comparaisons avec les observations faites. Dr B. et Dr Z. donnent oralement les conclusions sur le mécanisme lésionnel et vulnérant ayant entraîné les lésions constatées. Pendant ce temps Laurine prend les empreintes de l'individu comme suggéré au début de l'autopsie par Dr B. C'est par cette autopsie que s'achève la matinée et mon stage de 5^{ème} semestre en médecine légale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Garrido A. Le lecteur de cadavres. Paris: Librairie générale française; 2015. (Le livre de poche).
2. Gulczyński J. SHORT HISTORY OF THE AUTOPSY. POL J PATHOL. 2009;
3. Gulczyński J, Iżycka-Świeszewska E, Grzybiak M. SHORT HISTORY OF THE AUTOPSY: PART II. POL J PATHOL. 2009;
4. Bertherat B. Visiter les morts: La Morgue (Paris, xixe siècle). Hypothèses. 2016;19(1):377.
5. Menenteau S. Dans les coulisses de l'autopsie judiciaire. Cadres, contraintes et conditions de l'expertise cadavérique dans la France du XIXe siècle: Thèse pour l'obtention du doctorat en histoire contemporaine, sous la direction de Frédéric Chauvaud, Université de Poitiers, mars 2009. Bull Amades [Internet]. 29 mars 2011 [cité 8 nov 2023] ;(83).
6. Article 230-29 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024029060#
7. Hughes EC. Men and their work. Reprint. Westport, Conn: Greenwood; 1981. 184 p.
8. Juston Morival R. Les médecins légistes en France : un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale: Déviance Société. 12 sept 2017;Vol. 41(3):387-413.
9. Menenteau S. L'autopsie médico-légale, spectacle cadavérique ?: L'expertise judiciaire post mortem au xixe siècle. Frontières. 7 juin 2011;23(1):54-9.
10. Becker HS. Boys in white: student culture in medical school. New Brunswick, N.J: Transaction Books; 1977. 456 p.
11. Redfield R, Linton R, Herskovits MJ. Memorandum for the study of acculturation. Am Anthropol. 3 janv 1936;38(1):149-52.
12. Article 74 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006575114/1994-03-01#
13. Article 60 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038311848/
14. Article 163 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032655631
15. Arrêté du 29 janvier 2024 modifiant diverses dispositions relatives à la police nationale.
16. Brodeur JP. La police : mythes et réalités. Criminologie. 1984;17(1):9.

17. Goffman E. Les rites d'interaction. Paris: Ed. de Minuit; 1998. 230 p. (Le sens commun).
18. Jalby C. Chapitre III - L'organisation et les personnels. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2017 [cité 16 juill 2024]. p. 23-38. (Que sais-je ?; vol. 4e éd.).
19. Daoust F. Chapitre 6. Les capacités techniques et scientifiques des unités de PTS. In: Sur les traces de la police technique et scientifique [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2020 [cité 16 juill 2024]. p. 175-215. (Questions judiciaires).
20. Godart P. Militaires et médecins: Inflexions. 2 mai 2009;N° 11(2):105-21.
21. Milliasseau F. Gendarmerie nationale : résilience et culture de l'urgence: Rev Déf Natl. 1 mars 2017;N° 798(3):87-92.
22. Douglas M. De la souillure : essai sur les notions de pollution et de tabou. La Découverte. 2004. 216 p. (La Découverte Poche / Sciences humaines et sociales).
23. Elias N. La solitude des mourants. Christian Bourgeois. 1987. 119 p. (Detroits).
24. Rey A. Morgue. In: Dictionnaire historique de la langue française. Paris: Le robert; 1992. p. 1273.
25. Foucault M. Surveiller et punir: naissance de la prison. Nachdr. der Ausg. 1975. Paris: Gallimard; 2011. 360 p. (Collection tel).
26. Durkheim É, Maffesoli M. Les formes élémentaires de la vie religieuse: le système totémique en Australie. Paris: CNRS éd; 2014. (Biblis).
27. Le Goff J. La naissance du Purgatoire. Paris: Gallimard; 1991. 509 p. (Collection folio Histoire).
28. Becker HS, Briand JP, Chapoulie JM. Outsiders: études de sociologie de la déviance. Nouvelle éd. revue et augmentée de 2 chapitres. Paris: Éditions Métailié; 2020. (Leçons de choses).
29. Goffman E. Stigmate : Les usages sociaux des handicaps. Ed. de Minuit. Paris; 1975. 176 p. (Le sens commun).
30. Hughes EC. Good People and Dirty Work. Soc Probl. juill 1962;10(1):3-11.
31. Laplanche J, Pontalis JB, Lagache D. Vocabulaire de la psychanalyse. 5e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2007. (Quadriga).
32. Winnicott DW. Hate in the Counter-Transference. J Psychother Pract Res. Fall 1994;3(4):348.
33. Mauss M. Les techniques du corps [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2002 [cité 15 avr 2024]. (Classiques des sciences sociales.).
34. Freud A. Le Moi et les mécanismes de défenses. Nouvelle édition. PUF; 2001. 168 p. (Bibliothèque de psychanalyse).

35. Freud S, Doron J, Doron R, André J. Inhibition, symptôme et angoisse. 7e éd. Paris: PUF; 2011. (Oeuvres complètes).
36. Clément S. Peut-on être femme et gendarme ?: À propos de la place du sujet féminin en gendarmerie. *Rev Hist Armées*. 2 janv 2019;n° 295(2):94-104.
37. Martineau V. Le policier et le cadavre. *Etudes Sur Mort*. 2006;129(1):109.
38. Weber M. L' éthique protestante et l' esprit du capitalisme: suivi de Les sectes protestantes et l' esprit du capitalisme. Paris: Pocket; 1998. 286 p. (Agora).
39. Mill JS. Utilitarianism. Mineola, N.Y: Dover Publications; 2007. 55 p. (Dover thrift editions).
40. Juston Morival R, Péglise J. The scalpel, the calculator and the judge in France: from technical perspective to legal evidence. *Int J Law Context*. déc 2020;16(4):353-70.
41. Lynch M, McNally R. « Science », « sens commun » et preuve ADN : une controverse judiciaire à propos de la compréhension publique de la science. *Droit Société*. 2005;61(3):655-81.
42. Hintermeyer P. Diffusion de la crémation et maîtrise de la thanatomorphose: *Corps*. 26 avr 2013;N° 11(1):107-16.
43. Foucault M. Naissance de la clinique. 8e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2009. (Quadrige).
44. Bertrand R, Carol A, Pelen JN, éditeurs. Les narrations de la mort [Internet]. Presses universitaires de Provence; 2005 [cité 22 nov 2023].
45. Porret M. La médecine légale entre doctrines et pratiques. *Rev Hist Sci Hum*. 2010;22(1):3.
46. Hintermeyer P. Choisir sa mort ?: *Gérontologie Société*. 1 déc 2009;32 / n° 131(4):157-70.
47. Elias N. La civilisation des moeurs. Pocket. 1989. 342 p.
48. Goffman E, Joseph I, Goffman E. Les cadres de l' expérience. Paris: de Minuit; 2009. 573 p. (Le sens commun).
49. Freud S, Jankélévitch S, Freud S. Introduction à la psychanalyse. Paris: Payot; 2008. 567 p. (Petite Bibliothèque Payot).
50. Mauro C. Du cadavre au défunt: Thanatomorphose et représentations sociales. *Études Sur Mort*. 22 mars 2011;n° 137(1):159-65.
51. Déchaux JH. La mort dans les sociétés modernes : la thèse de Norbert Elias à l' épreuve: *Année Sociol*. 1 mars 2001;Vol. 51(1):161-83.
52. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne vol 2. Paris: Ed. de Minuit; 1996. 372 p. (La mise en scène de la vie quotidienne / Erwing Goffman).
53. Lledo PM, Gheusi G, Vincent JD. Information Processing in the Mammalian Olfactory System. *Physiol Rev*. janv 2005;85(1):281-317.

54. Monfils MH. Long-term Potentiation Induces Expanded Movement Representations and Dendritic Hypertrophy in Layer V of Rat Sensorimotor Neocortex. *Cereb Cortex*. 28 mars 2004;14(5):586-93.
55. Herz RS. A Naturalistic Analysis of Autobiographical Memories Triggered by Olfactory Visual and Auditory Stimuli. *Chem Senses*. 1 mars 2004;29(3):217-24.
56. Corbin A. *Le miasme et la jonquille: l'odorat et l'imaginaire social, XVIIIe-XIXe siècles*. Paris: Flammarion; 2008. (Champs).
57. Goffman E. *La présentation de soi*. Paris: Ed. de Minuit; 1996. 251 p. (La mise en scène de la vie quotidienne / Erwing Goffman).
58. Punch M. *Police corruption: deviance, accountability and reform in policing*. Cullompton, UK: Willan Pub.; 2009.
59. Start RD, Saul CA, Cotton DW, Mathers NJ, Underwood JC. Public perceptions of necropsy. *J Clin Pathol*. 1 juin 1995;48(6):497-500.
60. Bourdieu P. *La distinction: critique sociale du jugement*. Paris: Éd. de Minuit; 2007. 670 p. (Collection « Le sens commun »).
61. Weber M. *Le savant et le politique*. Paris: 10/18; 2004. 221 p. (Bibliothèque 10/18).
62. Francequin G. *Le vêtement de travail, une deuxième peau*. Ramonville-Saint-Agne: Érès éd; 2008. (Sociologie clinique).
63. Mead GH. *L'esprit, le soi et la société*. Puf. 2006. 436 p. (le Lien social).
64. Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Reissued by Stanford Univ. Press in 1962, renewed 1985 by author, [Nachdr.]. Stanford, Calif: Stanford Univ. Press; 2001. 291 p.
65. Weber M, Chavy J, Dampierre É de. *Economie et société*. Paris: Pocket; 2003. (Agora).
66. Parsons T. *The social system*. Repr. London and Henley: Routledge & Kegan Paul; 1979. 575 p.
67. Berger PL, Luckmann T, Taminiaux P, Martuccelli D, Singly F de. *La construction sociale de la réalité*. Nouvelle éd. Paris: A. Colin; 2012. (Bibliothèque des classiques).
68. Bourdieu P. *Le sens pratique*. Repr. Paris: Éditions de Minuit; 2008. 474 p. (Le sens commun).
69. Winnicott DW. *Transitional objects and transitional phenomena*. 1971;
70. Van Gennep A. *Les rites de passage*. 1909;

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : *MEGHIREF* Prénom : *Flora*

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université J'atteste sur l'honneur Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou

partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète »

Signature originale :

À *Strasbourg*, le *24/09/2024*

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : La présence d'acteurs externes en salle d'autopsie a conduit les auteurs à s'interroger sur l'écart entre leurs représentations et la réalité du vécu en salle d'autopsie et sur les effets de la « confrontation » avec le cadavre.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et monocentrique, qualitative et quantitative, menée à l'Institut de Médecine Légale de Strasbourg entre le 1^{er} août 2023 et le 30 avril 2024. Son originalité réside dans la combinaison d'une analyse sociologique et médicale. Sur le plan quantitatif, 165 questionnaires distribués à des enquêteurs (policiers ou gendarmes), techniciens de police scientifique ou d'identification criminelle, et à des étudiants en médecine à trois moments clés de leur stage, ont été analysés. Dans un second temps, une analyse qualitative à partir de 14 observations participantes a été réalisée.

Résultats : L'imaginaire de l'autopsie judiciaire est influencée chez les étudiants en médecine par des représentations médiatiques idéalisées et chez les enquêteurs novices par des normes professionnelles transmises par les plus expérimentés. Les enquêteurs et les étudiants en médecine retiennent certains éléments marquants et difficiles, notamment l'extraction de l'encéphale, les odeurs lors de l'autopsie et les autopsies pratiquées sur les enfants. Ces aspects représentent de réels obstacles à leur(s) expérience(s) soulevant des enjeux identitaires et psychologiques significatifs. L'analyse des observations participantes a permis d'observer des dynamiques de pouvoir au sein des divers corps de métier et de définir les rôles des différents acteurs. Des comportements et profils types ont ainsi pu être établis.

Conclusion : À travers le recueil des perceptions et des expériences vécues et l'étude des profils types d'acteurs externes rencontrés en salle d'autopsie, ce travail a ouvert la voie à une réflexion approfondie sur les pratiques actuelles et a permis de définir des axes d'amélioration face à une intensification des exigences judiciaires.

Rubrique de classement : Médecine légale et expertises médicales

Mots-clés : Autopsie, autopsie médico-légale, autopsie judiciaire, sociologie du travail, sociologie de la médecine, acteurs, gendarmes, policiers, étudiants en médecine, interactionnisme

Président du jury : Professeur Jean-Sébastien RAUL (PU-PH)

Asseseurs : Docteure Adeline BLANCHOT (PHc), Docteure Mélanie LOISEAU (PH-U) et Docteur Patrick COLIN (Maitre de conférences en sciences sociales à l'Université de Strasbourg)

Adresse de l'auteur : 8 rue de la Thumenau, 67100 Strasbourg