



L'appréhension sensible des corps morts à l'épreuve des techniques d'imagerie post-mortem

Postmortem imaging techniques testing sensory work on cadavers

Céline Schnegg, Séverine Rey et Alejandro Dominguez



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/sdt/44833>

ISSN : 1777-5701

Éditeur

Association pour le développement de la sociologie du travail

Référence électronique

Céline Schnegg, Séverine Rey et Alejandro Dominguez, « L'appréhension sensible des corps morts à l'épreuve des techniques d'imagerie post-mortem », *Sociologie du travail* [En ligne], Vol. 65 - n° 4 | Octobre-Décembre 2023, mis en ligne le 15 novembre 2023, consulté le 15 novembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/sdt/44833>

Ce document a été généré automatiquement le 15 novembre 2023.



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

L'appréhension sensible des corps morts à l'épreuve des techniques d'imagerie post-mortem

Postmortem imaging techniques testing sensory work on cadavers

Céline Schnegg, Séverine Rey et Alejandro Dominguez

NOTE DE L'ÉDITEUR

Premier manuscrit reçu le 21 octobre 2022 ; article accepté le 5 septembre 2023.

- 1 En Suisse, en cas d'homicide ou de mort dite suspecte¹, le ministère public mandate les services de médecine légale pour examiner le corps et déterminer les causes du décès. Les médecins légistes travaillent à faire parler le cadavre en tant que support indiciel dans un dispositif d'investigation fait de différents examens, dont l'autopsie. S'ils et elles prennent appui sur divers instruments (appareil photo, règlette, scalpel, pinces, ciseaux, microscope, etc.), leur appréhension du corps mort engage particulièrement leurs sens : palper le thorax pour détecter la présence de fractures ; sentir l'odeur qui s'échappe de l'abdomen lors de son ouverture et se prononcer sur l'état de putréfaction du corps ; trancher une artère coronaire et détailler l'apparence de la sténose qui entrave le flux sanguin. En contact étroit avec le corps, l'activité des légistes prend ainsi la forme d'une démarche sensorielle, fondée sur un contact direct avec le corps et ses organes (Mandressi, 2009).
- 2 Or, depuis un peu plus de vingt ans, des techniques modernes d'imagerie post-mortem sont mobilisées en renfort des techniques conventionnelles d'autopsie. L'utilisation de la radiographie dans le domaine post-mortem date certes de l'époque de son invention à la fin du XIX^e siècle (Golan, 2004), mais les possibilités de visualisation de l'intérieur des corps augmentent radicalement au moment du transfert du CT-scanner (*computed tomography*) et de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la clinique au post-

mortem. Ces deux techniques permettent en effet d'avoir rapidement une vue du corps entier, plus particulièrement du squelette, des gaz, des fluides, des tissus mous et des corps étrangers. Plusieurs centres de médecine légale, plus particulièrement en Suisse, en France et au Royaume-Uni, ont alors investi dans de tels équipements radiologiques dédiés à l'examen des cadavres². L'intégration de ces nouveaux instruments a donné lieu, au début des années 2000 à l'université de Berne en Suisse, à un projet pionnier et quasi-utopique intitulé *Virtopsy*, dont l'ambition est, à terme, de remplacer l'autopsie en associant examens radiologiques, scanner de surface³ et prélèvements automatisés de sang, tissus et gaz notamment (Thali *et al.*, 2007). Cette volonté de remplacement est restée toutefois minoritaire et a rapidement cédé le pas, chez les tenant·es de l'imagerie post-mortem, rassemblant radiologues et médecins légistes spécialisé·es, à une rhétorique de la complémentarité entre imagerie et autopsie. Les publications scientifiques démontrent alors que la combinaison des techniques autopsiques et radiologiques permet d'accroître l'objectivité et la qualité de l'examen médico-légal, dans les cas par exemple de lésions osseuses et vasculaires pour lesquelles l'imagerie se montre plus sensible que l'œil du légiste qui peine à avoir une vue d'ensemble des fractures et à visualiser les fuites dans un vaisseau alors que l'abdomen est rempli de sang (Grabherr *et al.*, 2016, 2017 ; Michaud *et al.*, 2019). Si le CT-scanner est particulièrement performant pour détecter les lésions osseuses et les corps étrangers radio-opaques (Magnin *et al.*, 2020), l'angiographie post-mortem permet, par l'intermédiaire d'une pompe (reliée à des canules insérées dans la veine et l'artère fémorale) et la perfusion d'un liquide de contraste, de rétablir artificiellement la circulation sanguine et de visualiser le système vasculaire (Michaud *et al.*, 2021) ; elle se révèle très efficace pour localiser les sources d'hémorragie (Grabherr *et al.*, 2018). Quant à l'IRM, elle s'avère particulièrement appropriée pour diagnostiquer des lésions des tissus mous comme les hématomes, contusions et œdèmes (Jackowski *et al.*, 2011) ; elle est surtout utilisée pour les cas pédiatriques, car elle permet de documenter d'éventuelles situations de maltraitance infantile ou de syndrome du bébé secoué.

- 3 Si ces techniques radiologiques, par la sensibilité qui leur est propre, proposent une vue inédite sur l'intérieur du corps, leur introduction dans le processus d'enquête implique également l'engagement de nouveaux acteurs et actrices dans la chaîne de prise en charge des cadavres : des radiologues et des technicien·nes en radiologie médicale (TRM)⁴ interagissent au quotidien avec les médecins légistes dans les centres disposant d'équipements radiologiques dédiés (Schneider *et al.*, 2012). La réalisation d'examen radiologiques sur des cadavres prend en effet appui sur les compétences particulières des TRM, en termes de paramétrage des protocoles d'imagerie, de positionnement des corps et de canulation de la veine et de l'artère fémorales (Schneegg et Rey, 2017). Quant à l'interprétation des images, elle est le fait de radiologues spécialisé·es qui ont appris à décoder les images générées par la nature particulière des corps morts, sur lesquelles certains signes post-mortem (caillots sanguins et gaz par exemple), liés à l'altération cadavérique, ne doivent pas être confondus avec des lésions.
- 4 L'introduction de cette nouvelle séquence radiologique modifie ainsi la scène professionnelle et technique de l'expertise. L'enjeu de son introduction ne saurait toutefois se limiter au simple ajout d'une séquence, radiologique, au dispositif autopsique de détermination des causes de la mort. Comme nous allons le montrer, ces techniques conduisent en effet à une transformation du dispositif perceptuel sur lequel les médecins légistes fondent leur expertise : les médecins peuvent non seulement avoir connaissance de certaines lésions avant d'entamer l'autopsie, mais aussi identifier

des lésions inaccessibles ou invisibles par le biais du scalpel. C'est sur la mise en tension de l'activité sensorielle des légistes aux prises avec les techniques d'imagerie post-mortem que porte le présent article. Prenant appui sur une enquête ethnographique menée dans un centre de médecine légale à la pointe du développement et de l'utilisation des techniques d'imagerie post-mortem⁵, nous montrerons comment les techniques d'imagerie proposent une nouvelle manière de voir et d'élucider les causes du décès. En effet, en offrant une vue sur l'intérieur du corps, antécédente à son ouverture et à sa dissection, l'imagerie transforme la manière dont les légistes vont l'appréhender. Après avoir brièvement décrit le travail sensoriel des légistes et la construction de leur jugement dans un corps à corps avec le cadavre, nous examinerons trois types d'articulation entre sens des légistes et interprétations radiologiques : l'imagerie guide, trouble ou compense les sens. Notre analyse de ces trois combinaisons met en évidence une supériorité de l'épreuve autopsique, sensible, multisensorielle, issue d'un contact direct avec les corps, sur l'épreuve radiologique, médiée et exclusivement visuelle, dont la force probatoire doit être doublée de l'attestation *in situ*.

Encadré 1. Méthodologie

De la même manière que Stefan Timmermans (2006) sur le terrain californien et Romain Juston Morival (2020) sur le terrain français, nous avons mené une ethnographie au long cours dans un centre suisse de médecine légale. Cet institut dispose d'équipements dédiés aux examens d'imagerie post-mortem : un CT-scanner, une IRM et une Virtango, une pompe qui permet la réalisation d'une angiographie (perfusion des vaisseaux), que l'équipe a contribué à mettre au point en partenariat avec une entreprise d'ingénierie médicale. À ce titre, ce centre est un lieu d'innovation, de développement des techniques d'imagerie post-mortem, mais également un « laboratoire », tout comme les autres établissements disposant d'équipements radiologiques, où se joue l'intégration des techniques d'imagerie dans le quotidien de l'enquête et dans lequel est débattu le pouvoir de démonstration de l'imagerie et de l'autopsie dans la détermination des causes du décès. Nous avons réalisé 120 jours d'observation, comprenant environ 70 autopsies, associées à des examens radiologiques. Lors de nos observations, nous avons porté une attention particulière aux gestes des différent·es intervenant·es, à la manière dont ils et elles observent, touchent, sentent, coupent et mobilisent le corps ou des parties du corps, et manipulent les instruments (scalpel, couteaux, pinces, ciseaux, scie, appareil de photo, réglette et appareils radiologiques). Nous avons également relevé les moments d'échanges, de discussions et de débats entre professionnel·les lors des réunions d'équipe et pendant les examens. Des entretiens d'approfondissement ont ensuite été menés avec 22 membres des unités de médecine légale et d'imagerie : médecins légistes, TRM, radiologues, préparateurs et préparatrices — ces dernier·es (technicien·nes de salle d'autopsie en France) gèrent la morgue et la salle d'autopsie, assistent les médecins durant les examens externes et les autopsies, gèrent les prélèvements. Enfin, nous avons analysé 40 rapports médico-légaux — ceux-ci comprenant notamment un rapport d'autopsie, un rapport radiologique, un bilan lésionnel, bactériologique et toxicologique —, sélectionnés sur la base des cas observés, jugés exemplaires, typiques ou, au contraire, incongrus.

1. Sens et radiologie : un nouvel assemblage en médecine légale

- 5 Le « travail perceptuel » (Chateauraynaud, 1997), relevant d'un assemblage sensoriel et technique, inhérent à l'examen du corps par les médecins légistes, a été peu analysé dans la littérature traitant des pratiques en médecine légale (Timmermans, 2006 ; Juston Morival, 2020). C'est surtout sous l'angle de son rapport particulier avec le droit et des controverses suscitées par différentes innovations technologiques (Golan, 2004 ; Lynch et McNally, 2005) que la médecine légale a été appréhendée. Quant au rapport au cadavre, il a notamment été pensé du point de vue de sa pénibilité et de sa charge émotionnelle (Horsley, 2012), tout comme dans d'autres professions relevant du domaine mortuaire (Jeanjean, 2011). Passée sous silence, la dimension sensorielle des pratiques expertales paraît toutefois fondamentale au même titre que dans le domaine clinique, telle qu'elle est analysée dans les travaux relevant de la sociologie du diagnostic médical (Maslen, 2016 ; Grosjean *et al.*, 2020). Ces recherches, fondées sur une analyse empirique des pratiques médicales, d'inspiration souvent ethnométhodologique, rendent compte du « travail sensoriel » (*sensory work*) des soignant·es au contact avec les patient·es. Observer un·e patient·e, examiner son corps, palper son abdomen, écouter ses plaintes, évaluer sa douleur sont autant d'actes, relevant de compétences spécifiques et appuyés par des savoirs plus ou moins formalisés, qui concourent à la formation du jugement clinique et à l'établissement d'un diagnostic.
- 6 Des travaux ont également étudié l'articulation entre techniques et sens en thématisant la potentielle concurrence entre ces savoirs expérimentiels et différentes technologies de mesure ou de localisation du diagnostic (Schubert, 2011). Ainsi, dans la lignée d'études sociologiques sur la visualisation scientifique (Lynch, 1985 ; Daston et Galison, 1992 ; Burri et Dumit, 2008), nombre d'auteurs et autrices ont démontré que les techniques d'imagerie médicale ont un pouvoir d'objectivation des pathologies et offrent de « nouvelles potentialités visuelles » (Pentimalli et Rémerly, 2020). Elles permettent en effet, de manière souvent non invasive, de rendre visible ce qui n'était auparavant pas accessible à l'œil des soignant·es (Maestrutti, 2018). Fondée sur la logique d'évidence visuelle, l'imagerie médicale est ainsi devenue, dans la clinique contemporaine, un instrument diagnostique privilégié (Joyce, 2005 ; van Dijck, 2005 ; Burri et Dumit, 2008), au détriment, parfois, des savoirs expérimentiels des soignant·es et des patient·es (Blaxter, 2009). La fabrique du regard n'en est pas moins une activité multisensorielle, plus ou moins instrumentée. Prenant appui sur les « manières de voir » (*practices of seeing*) de Charles Goodwin (1994, 2000), Vanessa Rémerly et Nelly Duret Benou (2020) analysent les « connaissances pratiques, tacites et incorporées » en jeu dans la réalisation d'échographies fœtales. Anne-Charlotte Millepied (2020), quant à elle, montre dans quelle mesure l'intégration de l'échographie, de l'IRM et des radiologues dans le dispositif de prise en charge de l'endométriose transforme les manières de voir cette pathologie et de la traiter. L'élaboration d'une sémiologie radiologique de l'endométriose entraîne non seulement une redéfinition des territoires professionnels des chirurgien·nes gynécologiques et des radiologues, mais également une reconfiguration de la « chaîne d'évidence » (Pasveer, 1995), impliquant une nouvelle combinaison des regards, des sens, des techniques et des savoir-faire professionnels.

- 7 Dans un terrain proche du nôtre, Valérie Souffron (2015) étudie les « usages sensoriels autour des cadavres » à la lumière des techniques d'imagerie post-mortem, qu'elle réunit sous l'appellation « virtopsie » ou « autopsie virtuelle », en lien avec le modèle de remplacement de l'autopsie par l'imagerie qui prévalait au moment et sur le lieu de ses observations. Elle décrit les modalités différenciées d'appréhension du corps mort par les médecins légistes, qui « y mettent les mains », contrairement aux professionnel·les de la radiologie, qui mettent le corps à distance lors de la réalisation des examens et de l'interprétation des images qui se fait à l'écran. En conclusion de son article, elle souligne que les techniques d'imagerie post-mortem impliquent une forme de relégation « des savoir-faire multisensoriels [...] au profit de savoir-faire monosensoriels, et d'une maîtrise toute visuelle » (Souffron, 2015, p. 68). Notre analyse prolonge les réflexions entamées par cette autrice du point de vue des enjeux technico-sensoriels liés à l'imagerie post-mortem et à son intégration dans le dispositif d'élucidation des causes du décès. Elle franchit toutefois un cap supplémentaire en examinant l'articulation, plus ou moins harmonieuse ou conflictuelle, entre les manières autopsique et radiologique de voir l'intérieur des corps, de même que leur force probatoire respective dans la production du diagnostic. Nous montrerons que si les techniques d'imagerie introduisent une nouvelle manière de voir, la production d'une expertise sur la cause de la mort implique, du point de vue des médecins légistes, une attestation des lésions dans le cadre d'un contact direct avec le corps. En d'autres termes, les images radiologiques n'agissent pas comme « opérateur de factualité » (Dulong, 1997) d'une vérité sur le corps : une lésion, visible sur des images radiologiques, est considérée comme réelle par les légistes si elle résiste également à l'épreuve autopsique liée au contact direct avec les corps et peut « être touchée du doigt » (Chateauraynaud, 2004, p. 168).

2. Épreuves, engagement corporel et prises sensorielles

- 8 Dans le sillage d'une approche pragmatique, jugement et expertise sont conçus comme des actes observables fondés dans la *praxis* (Bessy et Chateauraynaud, 2010 [1992], 2014 [1995]; Dodier, 1993; Lemieux, 2011), allant dans le sens d'un ancrage corporel, sensoriel et multimodal de la production de savoirs. Notre analyse se focalise sur les différentes séquences qui composent le dispositif technico-sensoriel d'expertise⁶ et marquent le passage du corps dans le service. L'activité d'enquête sur (et dans) le corps est pensée comme une série d'épreuves mettant en jeu des dimensions cognitives, matérielles et phénoménologiques (Chateauraynaud, 2004), pendant lesquelles les médecins légistes et leur équipe cherchent à développer des « prises » (Bessy et Chateauraynaud, 2014 [1995]) sur le corps et à faire parler ce « témoin muet » (Chauvaud, 2018). Les épreuves, définies comme « des opérations destinées à qualifier ou requalifier les entités du monde concret » (Dodier, 2005, p. 10), renvoient aux manipulations et aux transformations que subit le corps, soumis à divers types d'examens. Ainsi, la levée du corps, l'examen externe, les examens radiologiques et l'autopsie sont autant d'épreuves de nature différente qui concourent, par leur combinaison, à confirmer ou infirmer des hypothèses sur la cause de la mort. En effet, les médecins légistes ne perçoivent pas la même chose par le biais d'une autopsie, d'un passage au CT-scanner ou d'une angiographie. Chaque examen engage différemment

leurs capacités perceptuelles et sensorielles et fournit des prises sur des aspects spécifiques, face à des corps plus ou moins loquaces, rigides, parfois putréfiés, démembrés ou exsangues, qui résistent alors à leurs manipulations. Ces épreuves techniques et scientifiques leur permettent de rendre un phénomène ou un scénario « tangible », dans le sens qu'il « résiste aux variations perceptuelles, instrumentales et argumentatives auxquelles le soumettent les acteurs dotés de représentations et d'intérêts divergents » (Chateauraynaud, 2004, p. 168). La tangibilité est atteinte quand les différentes épreuves se recoupent : elle signale la clôture du processus (dans notre cas, la fin de l'enquête médico-légale) et atteste du « passage du doute vers l'évidence partagée [ouvrant] un *continuum* entre les capacités perceptuelles en jeu dans le monde sensible et les modes de preuve les plus outillés » (Chateauraynaud, 2004, p. 169).

Figure 1. Salle de CT-scanner



Accolée à gauche du CT-scanner, la pompe à perfusion pour l'angiographie post-mortem.
Photo prise par l'équipe de recherche

- 9 À la manière du technicien-arpenteur de Sylvie Grosjean (2014), du commissaire-priseur de Christian Bessy et Francis Chateauraynaud (2014 [1995]) ou des experts médicaux de Myriam Winance et Janine Barbot (2022), les médecins légistes examinent le corps, en s'adaptant à ses plis et replis (Bessy et Chateauraynaud, 2014 [1995]). En effet, si ces médecins suivent un protocole standard et répondent au mandat du procureur, nos observations montrent qu'ils et elles ajustent la prise en charge à chaque cas et situation. Les sens en éveil, appuyés par divers instruments, récits, témoignages, photographies et documents (dossier médical), ces expert-es travaillent à ne rien manquer, autrement dit à relever tous les indices nécessaires à la détermination de la cause du décès avant que le corps ne quitte le service et ne soit rendu à ses proches. Cette opération de récolte est standardisée : un examen après l'autre en suivant un ordre précis. Le CT-scanner a lieu en premier, juste après le colloque quotidien, avant toute intervention sur le corps, puis suit l'examen externe ; selon les cas, des examens radiologiques complémentaires (angiographie, IRM) sont

ensuite réalisés (voir la figure 1)⁷ ; enfin, le processus s'achève dans une majorité des cas avec l'autopsie. Notre premier volet analytique est consacré à l'étude du travail sensoriel des médecins légistes, dans un rapport de proximité plus ou moins étroite avec le cadavre, en écartant, à ce stade, les examens radiologiques. La seconde partie de notre analyse portera ensuite sur les « nouvelles » combinaisons technico-sensorielles résultant de l'intégration, dans la démarche médico-légale, des techniques d'imagerie post-mortem.

- 10 La prise en charge des corps dans le service débute lors du colloque matinal où les médecins de garde présentent les corps à examiner : ils et elles précisent la date, l'heure et le lieu de la découverte, les circonstances de la mort (derniers signes de vie, hypothèses sur le mécanisme de la mort), et les antécédents médicaux (diabète, hypertension artérielle, problèmes cardiaques, obésité, consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances, troubles psychiatriques, tentative de suicide). Sur la base de cette présentation, une discussion collective s'amorce : elle a pour but de vérifier la compatibilité des différents éléments narratifs, contextuels, visuels, matériels et médicaux à disposition par le biais de leur comparaison systématique. Chaque élément est mis à l'épreuve pour établir une chronologie des faits, dresser une cartographie provisoire des lésions, élaborer de premières hypothèses sur la cause de la mort et définir les examens à réaliser. Dans le cadre de cette discussion, le corps *tel qu'il a été découvert* (et photographié) dans son environnement sert d'appui : il est le support visuel à partir duquel l'équipe cherche à objectiver les informations qui « accompagnent » le corps et à définir certains repères. Ainsi, dans le cas de ce « drame familial » où un couple et son enfant ont été retrouvés décédés dans leur appartement, l'équipe cherche à déterminer la manière dont le père, qui a laissé un écrit funeste, a tué sa femme et son fils. A-t-il procédé par intoxication (médicaments visibles sur une table) ou par étouffement (sacs en plastique déposés à côté des corps) ? L'équipe examine les photos des corps pour déterminer s'il y a des pétéchies (signe d'étouffement), des vomissures (signe d'intoxication) ou des traces de lutte (marques au niveau des poignets). Sur la base de cette première évaluation collective, les investigations sur le corps peuvent débiter.
- 11 L'examen externe signe le premier contact direct de la médecin légiste avec le corps au sein de l'institut⁸. Il consiste en une description systématique de l'état et de la surface du corps : assistée d'un préparateur ou d'une préparatrice, la médecin manipule les membres pour déterminer la rigidité cadavérique, palpe de manière énergique certaines parties du corps (crâne, nuque, thorax, bassin, colonne vertébrale) pour évaluer la présence de lésions internes (fractures), examine l'intérieur des paupières, des narines et de la bouche à l'aide d'une pince pour déterminer la présence de pétéchies ou de liquide (sang ou contenu gastrique par exemple), et décrit les différentes marques du corps (lividités, plaies, dermabrasions⁹, ecchymoses, tatouages, cicatrices). L'examen externe implique un engagement corporel de la médecin qui se déplace, circule autour du corps, se baisse pour se mettre au niveau du corps ou changer de perspective, regarde de plus près une lividité, une plaie ou un point de ponction, puis s'écarte à nouveau. Alors que l'experte se sert de différents instruments, tels que règle, réglette, chiffon et pinces, dans sa cartographie des marques du corps, le regard et le toucher, en interaction avec le corps qui réagit à sa mobilisation, sont les principaux sens qui lui permettent d'identifier et de qualifier les traces, notamment distinguer les ecchymoses des lividités¹⁰ : si, après une pression digitale, la marque

s'estompe avant de revenir, c'est une lividité ; si elle reste malgré la pression, c'est une ecchymose. C'est un enjeu médico-légal important car les ecchymoses traduisent de possibles chutes ou coups ; en faire le constat peut avoir comme conséquence de devoir inciser et examiner le dos et les membres lors de l'autopsie, afin de mesurer leur étendue et leur profondeur. L'examen externe est également le temps d'une évaluation psychosociale sur la base de l'hygiène du corps (dents, cheveux, ongles, odeur du corps) et de ses vêtements. Ainsi, pour cette vieille dame qui résidait en établissement médico-social (EMS)¹¹ et dont les ongles et les cheveux sont excessivement sales, la médecin et le préparateur s'inquiètent des soins prodigués aux résident·es dans cette institution. À propos de ce jeune enfant, mort dans son lit à la suite d'une forte fièvre, dont les pieds sont sales et terreux, elle et il s'interrogent sur son contexte familial. Quant aux cas de suicide, ils suscitent des questionnements plus existentiels : comment expliquer que ce jeune homme se soit pendu à la mezzanine au milieu du salon de la maison familiale ? Ces corps parfois sales (sang, selles, urine, vomi, feuilles, terre, gravier), malodorants, à moitié vêtus, souvent marqués soit par une maladie, soit par un accident, portant l'équipement et les marques d'un séjour aux soins intensifs et de multiples interventions chirurgicales, suscitent ainsi des évaluations qui dépassent la seule description de la surface du corps et des fluides qui s'en écoulent, et ont trait au contexte personnel et familial du défunt et aux circonstances de sa mort.

- 12 L'autopsie signe l'ouverture du corps et l'examen de son « intérieur » (cavités abdominale, thoracique, organes et crâne), grâce auxquels les légistes peuvent se prononcer sur une cause de décès¹². Après avoir « fixé » les marques du corps par le biais de photographies, de descriptions (et nous le verrons, d'images radiologiques), les légistes, équipées de vêtements chirurgicaux, de gants, d'un masque et de lunettes de protection, vont le « couper »¹³ en salle d'autopsie (voir la figure 2) et entamer un « corps à corps », autrement dit « un contact, [...] une épreuve matérielle, physique, corporelle » (Bessy et Chateauraynaud, 2010 [1992], p. 705) : « palper, toucher, peser, quand tu coupes... enfin ! Le toucher dans l'autopsie, c'est hyper important » (Hannah Tobler¹⁴, médecin légiste). L'autopsie implique certains instruments — scalpels, couteaux, ciseaux, pinces, scies — qui visent principalement à donner accès aux zones et organes à examiner. Comme pour l'examen externe, la qualification des lésions ou d'éléments pathologiques se fait via les capacités perceptuelles des légistes qui, pour chaque pièce anatomique, évaluent, décrivent et mesurent la déviation par rapport à la norme (taille, poids, apparence, pathologies).

Figure 2. Salle d'autopsie



De gauche à droite, table d'autopsie, planche de dissection avec scalpels, règles et autres instruments, balance, chariot et plaque grise pour y déposer et photographier les organes.

Photo prise par l'équipe de recherche.

- 13 Assistées d'un préparateur ou d'une préparatrice, les deux médecins légistes qui travaillent en salle procèdent à l'ouverture en Y du haut du corps et examinent tout d'abord la configuration générale des cavités thoraciques et abdominales : elles qualifient l'odeur qui s'échappe à l'ouverture et donne des indications sur l'état de putréfaction du corps qui peut évoquer plusieurs pistes (infection ou intoxication par exemple) ; leur attention se porte ensuite sur l'emplacement des organes et leurs relations anatomiques ; enfin, soulevant délicatement les organes, elles recherchent la présence de liquide et notamment de sang qui pourrait indiquer une hémorragie. Les légistes se concentrent ensuite sur les organes qui ont été « sortis » par le préparateur ou la préparatrice à qui revient la tâche d'éviscérer le corps et d'ouvrir le crâne pour en extraire le cerveau. Une fois l'organe pesé, la légiste qui « coupe » observe son aspect général (grand/petit, pâle/congestif), puis le dépose sur la planche à découper, le tamponne pour nettoyer sa surface, et détaille son apparence en le parcourant des mains et du regard – couleur, texture, régularité de la surface (présence de lacérations ou de nodules, par exemple). Le cœur est disséqué en premier. Sa dissection est particulièrement longue et minutieuse : elle implique d'ouvrir les coronaires pour voir si elles sont « propres » ou s'il y a des sténoses, et d'observer méticuleusement les tissus qui ont été tranchés pour déterminer s'il y a eu un infarctus (pâleur au niveau du myocarde). La dissection des autres organes est plus simple et rapide : la légiste coupe en effet chaque organe en tranches régulières qu'elle examine une à une par le biais d'une pression digitale. L'association de la vue et de la pression lui permet de se prononcer sur la consistance des organes et de déterminer s'ils sont congestifs, œdémateux ou encore purulents. Ces observations ne sont pas exclusivement descriptives : elles sont des signes qui permettent aux légistes, par leur association et le croisement avec les informations qui accompagnaient le corps (dossier médical et récit de la police), d'élaborer un jugement, de construire un diagnostic provisoire et de cibler des analyses complémentaires (toxicologie, bactériologie, chimie clinique, génétique, histologie, neuropathologie). Ainsi, un foie « noix de muscade » (pâle et tacheté) peut

révéler une insuffisance cardiaque ; des poumons lourds qui, à la coupe et à la pression, laissent échapper un liquide blanc, diriger les médecins sur la piste bactérienne (pneumonie) ; une odeur « aromatique » qui s'échappe du contenu gastrique, pousser les médecins à demander des analyses toxicologiques et un dosage de l'alcool.

- 14 L'autopsie se termine par une brève séance, appelée « résumé », qui réunit les légistes du service ainsi que la radiologue et les TRM. Dans le cadre de cette mise en commun, les deux médecins en charge du cas reviennent sur leurs principales constatations au contact avec le corps. Ce résumé qui suit l'autopsie est aussi le lieu d'une confrontation de deux regards, autopsique et radiologique, qui n'aboutissent pas forcément à des résultats concordants et peuvent nécessiter des arbitrages ou des interventions supplémentaires sur le corps. C'est sur l'analyse de ces « nouvelles » combinaisons technico-sensorielles que porte le prochain volet de cet article.

3. Inclusion radiologique et combinaisons technico-sensorielles

- 15 Selon une logique de complémentarité entre imagerie et autopsie, des examens radiologiques ont été intégrés dans le dispositif de détermination des causes de la mort. Si, dans le centre étudié, le CT-scanner a lieu d'office à l'arrivée du corps, avant même l'examen externe¹⁵, l'angiographie n'est réalisée que dans certains cas (mort cardiaque, hémorragie, coup de feu ou de couteau en sont les principales indications), dans l'intervalle entre examen externe et autopsie. Les indications de l'IRM sont restreintes aux cas pédiatriques en raison, notamment, de la durée de l'examen, parfois plusieurs heures, qui complique passablement l'organisation du travail. Les examens radiologiques sont réalisés par les TRM qui ont, pour le CT-scanner, un contact limité avec le corps : si le corps n'est pas putréfié¹⁶, ils et elles ouvrent rapidement la housse pour juger de l'état du corps et anticiper ce qui pourrait entraver la réalisation d'images interprétables (corps carbonisé, démembré, présence de bijoux et autres objets radio-opaques). Le positionnement du corps — position clinique, tête droite, bras le long du corps — se fait à travers la housse même si la rigidité cadavérique, qu'il ne faut pas rompre avant l'examen externe, rend cette tâche souvent difficile. L'angiographie implique quant à elle un contact prolongé avec le corps dénudé et un geste invasif, la canulation de la veine et de l'artère fémorales, à l'aide d'un scalpel et de ciseaux chirurgicaux. Pour réaliser ce geste et accéder aux deux vaisseaux, les TRM s'appliquent avec adresse à palper, couper, creuser, tamponner. Leur attention est toutefois dirigée vers la qualité de l'injection qui pourra avoir lieu par le biais de la pompe et du liquide de contraste. Lors de la réalisation de l'examen, ces professionnel·les s'assurent que l'ensemble des vaisseaux sont perfusés et visibles à l'écran, et soumettent ensuite les images à l'interprétation de la radiologue pour ce que nous avons nommé le *premier balayage radiologique*.

Figure 3. Console du CT-scanner et écrans destinés à l'interprétation radiologique



Photo prise par l'équipe de recherche

- 16 Cette première interprétation des images est une étape fondamentale : elle vise en effet à fournir à l'équipe qui travaille en salle des indications et repères avant l'autopsie. Sur la console du CT-scanner (voir la figure 3), la radiologue, souvent assistée d'une légiste, fait défiler les images, en relevant à haute voix et en pointant à l'écran les éléments pertinents. La lecture d'images post-mortem ne suit pas la même logique que dans le domaine clinique : elle répond à une exigence de description systématique qui se fait de l'extérieur vers l'intérieur. Ainsi, les « pertes de substances », traduisant des plaies profondes, ou « l'infiltration des tissus mous », signe d'œdème, de choc ou d'écrasement, sont décrites au même titre que des fractures ou une hémorragie. Si la description des pathologies et des lésions est primordiale, celle des « travaux dentaires », prothèses et autres matériels médicaux (pacemaker, porte à cathéter, stent, matériel d'ostéosynthèse) est également importante à des fins d'identification. Elle permet, au même titre que la description d'anciennes fractures, d'avoir une évaluation plus globale de l'état de santé du défunt et de ses antécédents médicaux (interventions chirurgicales notamment). La lecture des images est à la fois systématique et ciblée, en ce sens que la radiologue éprouve les hypothèses sur les causes du décès qui ont été évoquées lors du colloque : sur la base des éléments les plus importants qu'elle met en évidence, elle les confirme ou, au contraire, les infirme et propose d'autres pistes. Ce sont ces éléments, ayant potentiellement causé la mort et jugés pertinents pour la suite des investigations, que la radiologue transmet aux médecins chargées de l'autopsie, le plus souvent oralement. La transmission de ce premier balayage radiologique n'est donc pas exhaustive : elle est ciblée sur les « grosses choses » impliquées dans la cause du décès, nous dit la radiologue, et vise à guider l'autopsie. Par exemple, dans le cas d'un polytraumatisme, la spécialiste en imagerie dit que le corps est « tout cassé », signalant les fractures les plus marquantes. Dans le cas d'une suspicion de pneumonie, elle affirme que les poumons ne sont pas « beaux ». Pour ce nourrisson décédé à la suite de complications lors de l'accouchement, que ses poumons sont « blancs », en d'autres termes qu'il n'a pas

respiré après sa naissance. Dans le cas de cet homicide par arme blanche, elle détaille très précisément la trajectoire des plaies. Pour ce jeune homme décédé à la suite d'un coup de feu à la tête, elle indique l'emplacement du projectile ainsi que sa trajectoire. Elle mentionne également s'il n'y a « rien », aucune lésion pathologique significative, autrement dit si l'imagerie ne permet pas de faire d'hypothèse sur la cause du décès.

- 17 Pour répondre à l'exigence d'objectivité radiologique, la radiologue insiste, lors de la lecture, pour ne se fier qu'à ce qui est visible sur les images¹⁷. Cette attitude contraste avec celle des médecins légistes qui utilisent volontiers cette première lecture pour guider leurs investigations dans le corps. La mobilisation de cette vue radiologique sur l'intérieur du corps transforme les manières de faire des légistes, d'autant plus qu'elles adoptent une posture particulière : si les images leur servent de guide, c'est bien la revendication de ne croire que ce qu'elles voient de leurs propres yeux qui prédomine. Cette posture aboutit, selon notre interprétation, à trois combinaisons technico-sensorielles entre radiologie et autopsie : l'imagerie guide les sens, elle les trouble ou, enfin, elle les compense. La première combinaison consiste en l'utilisation des images radiologiques en tant que boussole pour l'autopsie.

3.1. Aiguillage des sens par l'imagerie

« Présentation du cas lors du colloque du matin par le légiste de garde. Femme de 35 ans, obèse, connue pour être alcoolique, retrouvée décédée dans son lit par sa fille de 15 ans en rentrant de l'école. Lors de la levée de corps, le cadavre est étendu sur le lit avec du sang qui s'écoule de la bouche et des selles sur le drap. La chambre est dans un désordre chronique, une bouteille de whisky coincée entre le mur et le lit. Le légiste évoque des antécédents récents de violences conjugales pour lesquels la police était venue sur les lieux, et il a lui-même relevé des débris de bois encore visibles au sol. Le mari est annoncé comme étant en déplacement. Sur la base de ces informations, l'équipe postule d'abord une mort naturelle, d'origine cardiaque, liée à la consommation abusive d'alcool et à l'obésité. Le CT-scanner et l'angiographie montrent ensuite des hématomes sous-duraux d'âges différents¹⁸. Les deux médecins en charge du cas émettent alors de nouvelles hypothèses : rupture d'anévrisme ou choc à la tête causé par une chute ou un coup. Lors de l'autopsie, le prélèvement du cerveau est réalisé avec la plus grande attention : une des médecins assiste le préparateur lors de l'ouverture de la calotte pour s'assurer que les hématomes restent bien en place ; ceux-ci sont ensuite prélevés pour être datés. L'autopsie se termine par la dissection du dos et des membres : les deux légistes mettent en évidence des épanchements de sang (sous-cutanés) au niveau des membres, attribuables à des chutes en raison de leur emplacement (membres inférieurs) » (Extrait de notes d'observation reformulées, vignette 41, 2020).

- 18 L'interprétation radiologique agit ici comme un guide qui permet aux deux médecins légistes d'orienter leurs investigations et, dans le cas précis, de réviser leurs hypothèses sur la cause du décès. L'évaluation initiale de la situation sur la base des antécédents médicaux et de la levée de corps les avaient en effet amenées à envisager la piste d'un arrêt cardiaque. L'imagerie leur permet de considérer un autre scénario et d'anticiper des gestes : le prélèvement des hématomes pour une datation (sont-ils liés aux violences conjugales qui ont eu lieu quelques jours plus tôt, ou à une chute peu avant le décès ?) et la dissection du dos et des membres pour déterminer s'il y a eu des coups. Dans le cadre de cette première combinaison, l'interprétation radiologique est ainsi mobilisée pour orienter les investigations des médecins légistes pendant l'autopsie. Telle une « rétine extériorisée » (Lynch, 1985), elle fournit une première vue de

l'intérieur du corps et indique certains repères sur les zones à investiguer, les prélèvements à faire et les examens complémentaires à envisager.

« L'imagerie, je trouve que c'est intéressant pour avoir déjà un premier bilan des lésions traumatiques. [...] Nous, ça nous aide à... entre guillemets, on sait, on prévoit, [...] ça nous permet d'avoir vraiment une vision complète du corps » (Zoé Müller, médecin légiste).

- 19 Comme le relève cette légiste, l'interprétation radiologique va les « aider » en leur fournissant un « premier bilan des lésions » et une « vision complète du corps », notamment aux niveaux squelettique (polytraumatismes) et vasculaire (hémorragies), deux domaines pour lesquels l'imagerie s'avère plus sensible que l'autopsie. Si l'autopsie suit un protocole standard, certaines lésions impliquent un mode opératoire particulier que l'imagerie permet d'anticiper. Les légistes se servent alors des images radiologiques pour guider le geste autopsique et s'assurer de ne rien manquer. S'il s'agit d'un corps pour lequel les médecins ont très peu d'informations (un corps non identifié ou putréfié notamment), l'imagerie agit comme un « débrouillage » et un « soutien », elle leur évite d'entamer l'autopsie « à l'aveugle ». Dans les cas dits sensibles, tels que les homicides ou les suspicions d'erreur médicale, engageant l'intervention d'un tiers ou une responsabilité médicale, les légistes tiennent d'ailleurs à bénéficier de cette première vue de l'intérieur du corps, et ce d'autant plus dans les cas « vasculaires » où leurs sens pourraient se révéler insuffisants.
- 20 Aussi important que puisse paraître ce balayage radiologique, il n'en reste pas moins conçu comme une étape intermédiaire et indicative par les légistes. Dans la vignette ci-dessus, l'imagerie révèle des hématomes sous-duraux, mais les médecins doivent les prélever, les peser, en examiner la consistance et l'apparence (brillants ou mats, adhérent plus ou moins à la dure-mère), observer le cerveau pour déterminer s'il y a de l'œdème¹⁹, disséquer les veines-ponts dans l'espace sous-dural pour vérifier leur intégrité. Autrement dit, le regard autopsique vient documenter et étayer le regard radiologique qui ne suffit pas à lui seul à prouver l'existence d'une lésion ou d'une pathologie²⁰. Les légistes opèrent ainsi un découpage clair entre l'imagerie qui permet de *voir* et l'autopsie qui permet d'*attester*. Or, l'attestation passe par une appréhension multisensorielle qui engage le corps des légistes, allant dans le sens d'une dimension incarnée du jugement, mais aussi et surtout, elle passe par un corps à corps qui permettra à la légiste de dire, devant la cour notamment, « j'étais là et j'ai vu », se rapprochant alors de la figure du témoin oculaire de Renaud Dulong (1990). Ainsi, lors du résumé qui suit une autopsie, lorsque la radiologue demande aux médecins légistes s'il et elle ont vu la « belle ligne de fracture à l'arrière du crâne », les deux expertes, prises en défaut, s'empressent de retourner en salle — le préparateur est en train de reconstruire le corps mais n'a pas encore recousu le cuir chevelu²¹ —, se saisissent de la calotte crânienne, nettoient la surface de l'os avec un couteau et attestent la présence de la fracture en dirigeant la calotte vers la lumière de la lampe. Les deux médecins peuvent confirmer que la fracture est bien présente et en prennent alors plusieurs photographies sous des angles différents, avant de laisser le préparateur poursuivre sa tâche.
- 21 Face à cette nécessité d'attester, nous rencontrons deux cas de figure. Le premier est celui de la concordance entre regard radiologique et autopsique que nous venons d'illustrer. Les versions radiologique et autopsique du corps se recoupent : l'assemblage technico-sensoriel et la combinaison des vues peut se faire en toute quiétude, les épreuves de tangibilité macroscopique des lésions sont clôturées. L'imagerie devient un

appui à la vision des légistes qui bénéficient d'une double (é-)preuve. À cet égard, l'iconographie qui est jointe au rapport radiologique (images de coupes de CT-scanner annotées de flèches et légendes), associée à une interprétation diagnostique de la radiologue, vient renforcer l'expertise des légistes au même titre que les résultats d'autres examens complémentaires.

- 22 Le second cas de figure est celui d'une non-concordance qu'on peut qualifier de relative. Elle se produit souvent dans les cas cardiaques. En effet, alors que l'angiographie montre « certains endroits où ça ne passe pas », laissant supposer la présence de matériel thrombotique ou d'une sténose coronarienne, la dissection du cœur donne à voir des « coronaires propres », sans occlusion : « Plein de fois, ils vont te dire “défaut d'opacification” [...], puis tu ouvres et c'est nickel ! » (Valérie Clerc, médecin légiste). La discordance entre les deux épreuves est vite résorbée : la dissection fait autorité alors que la sténose visualisée sur les images est renvoyée à l'ordre de l'artefact technique ou post-mortem (qui est documenté dans la littérature scientifique). La radiologue troquera alors, dans son rapport, le registre diagnostique pour celui descriptif en indiquant, par exemple, un « défaut d'opacification » (qui peut être lié à la technique ou à la présence de caillots post-mortem).
- 23 La non-concordance peut aussi être résolue dans un temps différé, comme lors de cette scène totalement inédite à laquelle nous avons assisté lors de notre dernière semaine d'enquête : la réunion, en salle d'autopsie, de la radiologue et de deux légistes autour d'une pièce qui a été conservée dans du formol en vue de son réexamen. Quelques jours auparavant, les légistes ont réalisé l'autopsie d'une personne décédée à la suite d'une intervention endovasculaire en vue de traiter un anévrisme aortique. En raison de l'abondance de sang dans la cavité thoracique, les deux médecins n'ont pas pu visualiser clairement la fuite dans l'aorte, pourtant visible « scannographiquement » au-dessus de l'endoprothèse, selon les termes de la radiologue. Elles reviennent alors sur la pièce pour photographier la source de l'hémorragie tandis que la radiologue les guide en fonction de ce qu'elle a vu sur les images. Elles écoutent attentivement les indications de leur collègue. La pièce est devenue friable, rendant sa manipulation délicate. Face aux difficultés de ses deux collègues, la radiologue enfile des gants et désigne, en le touchant, l'endroit exact de la fuite. Cette scène donne à voir une combinaison *en action* des regards, marquée par une co-présence, pendant laquelle la radiologue guide en direct les gestes des légistes et leur permet d'attester la lésion.

3.2. L'imagerie trouble le jugement

- 24 Certaines discordances ne se résorbent cependant pas si facilement : la deuxième combinaison regroupe les cas où les sens et l'expertise des légistes sont troublés par l'imagerie. Nous avons assisté à plusieurs scènes de tension liée à des discordances entre le premier balayage radiologique et les constatations à l'intérieur du corps, ceci tout particulièrement dans les cas de lésions pour lesquelles l'imagerie a un pouvoir de visualisation supérieur à l'autopsie (lésions squelettiques et hémorragies). Dans ces situations, l'absence de recoupement entre l'interprétation des images et la dissection du corps vient troubler le jugement des légistes. Elle aboutit, en salle d'autopsie, à l'ouverture d'une nouvelle enquête pour déterminer qui de l'imagerie ou de l'autopsie produit la bonne version de l'intérieur du corps.

« Jeune femme, témoin de Jéhovah, décédée à l'hôpital à la suite d'une hémorragie abdominale, les parents ayant refusé toute transfusion. En faisant l'examen externe,

la légiste dit qu'il n'y a rien de particulier à part des signes d'intervention médicale ; elle pense à une grossesse extra-utérine. Son hypothèse est toutefois infirmée par la radiologue qui affirme que le CT-scanner montre un utérus normal mais que la rate est grosse. L'angiographie lui permet ensuite de préciser qu'il y a une fuite au niveau du pôle inférieur de la rate avec une potentielle déchirure au niveau de la veine splénique.

Pendant l'autopsie, les deux légistes prennent des précautions particulières pour examiner la rate. Elles l'examinent *in situ*, notant sa rupture, puis demandent au préparateur d'ouvrir le thorax pour pouvoir la prélever sans l'abîmer, tout en maintenant intactes ses relations anatomiques. Elles déposent la rate sur la planche, la tamponnent, la photographient, puis l'examinent longuement : elles la prennent dans leurs mains, la tournent et la retournent, elles réfléchissent à haute voix, mais ne trouvent rien qui pourrait expliquer les trois litres de sang qu'elles ont prélevés dans l'abdomen. Elles se penchent alors sur la veine splénique, l'essuient, la lissent, introduisent une tige à l'intérieur pour trouver la fuite mais elle est intègre. La légiste superviseuse répète nerveusement : « Mais je vois rien ! Y a rien ! » Elles décident finalement de conserver la pièce qui comprend la rate et ses vaisseaux dans du formol pour un examen ultérieur » (Extrait de notes d'observation reformulées, vignette 35, 2019).

- 25 L'impossibilité, pour les deux médecins, de confirmer ce qui a été vu à l'écran, les conduit, dans un premier temps, à douter de leur capacité perceptuelle en tournant et en retournant la pièce (« je ne vois rien »). La lésion étant invisible à l'œil nu, elles ne peuvent pas expliquer la perte massive de sang et doivent réviser leur première projection. La confrontation directe aux organes et aux vaisseaux les amène finalement à remettre en cause l'existence de la lésion (« il n'y a rien ! »). Pendant le résumé qui suit l'autopsie, la discussion avec la radiologue se révèle d'ailleurs particulièrement virulente : cette dernière confirme son interprétation, mais la légiste la conteste, réaffirmant qu'« il n'y avait rien ». Alors même que les sources d'hémorragie sont très difficiles à voir dans le corps (présence de sang et vaisseaux « plats »), l'épreuve autopsique l'emporte sur l'épreuve radiologique dont la force probatoire est remise en cause. Toutes et tous les légistes se rallient à cette affirmation :

« Je crois ce que moi je vois [...]. Si je le vois avec mes propres yeux, ça a plus de poids que si j'ai un rapport radiologique qui me dit le contraire » (Sarah Brunner, médecin légiste).

- 26 Le trouble émerge également lorsque des lésions qui auraient dû être mises en évidence sur les images (mais ne l'ont pas été) sont découvertes lors de l'autopsie. Cette situation se produit régulièrement dans les cas de fracture de vertèbres.

« Homme de 75 ans, obèse, retrouvé dans la ruelle qui borde son domicile. Les médecins en charge du cas partent sur la piste cardiaque. L'angiographie ne montre rien de particulier, à part des pontages et des stents perméables. L'autopsie, quant à elle, met en évidence de multiples cardiopathies, ainsi que des épanchements pleuraux. Alors que l'autopsie touche à sa fin (le thorax et l'abdomen sont vides), la médecin qui supervise l'autopsie examine la colonne vertébrale de l'intérieur et relève une fracture de D8. Elle se demande comment elle a eu lieu et réfléchit à haute voix : « C'est une fracture de tassement ? » ; « Il n'y a rien de visible dans le dos [à l'examen externe] », dit-elle, « ça pose des questions ». Elle pense que cette fracture est visible sur les images du CT-scanner et appelle la radiologue qui lui confirme ne rien voir. Les deux médecins explorent ensuite la piste d'un artefact lié à l'autopsie et demandent à la préparatrice si elle a manipulé le corps « brutalement ». Cette hypothèse est rapidement éliminée. La légiste superviseuse décide finalement de prélever la vertèbre en question pour un examen ultérieur. Le lendemain, sur demande d'une médecin-cadre, en lien avec cette fracture de vertèbre, les deux médecins reprennent le corps pour « faire » le dos et les membres

et écarter l'hypothèse d'une chute ou d'un coup » (Extraits de notes d'observation reformulées, vignette 6, 2019).

- 27 La visualisation *in situ* de cette fracture de vertèbre, pourtant invisible à l'écran, sème le doute, et met l'équipe dans une situation d'inconfort. Trois possibilités sont alors évoquées pour expliquer cette discordance : une erreur d'interprétation radiologique ; une lésion causée ou péjorée par la manipulation du corps sur la table ; une fracture invisible sur les images. La découverte non anticipée de cette fracture nécessite des gestes supplémentaires et fait émerger une nouvelle hypothèse sur la cause du décès : une chute ou un coup, raison pour laquelle la médecin-cadre demande le lendemain de reprendre l'examen du corps (dos et membres). Dans le cas présent, les médecins légistes concluront à une fracture de tassement, rarement visible sur les images radiologiques. Passé ce moment de surprise en salle d'autopsie, l'expertise des légistes s'accommode facilement d'un « manquement » de l'imagerie par rapport à une lésion, à partir du moment où elles ont pu en faire la preuve de leurs propres yeux. Le fait que les images soient le produit d'une médiation technique et sujettes à interprétation revient souvent dans leurs propos, certains renvoyant d'ailleurs l'imagerie à un (simple) « diagnostic de probabilité » (Felix Tanner, médecin légiste). Ainsi, comme le relèvent Christian Bessy et Francis Chateauraynaud :

« Lorsque la médiation d'objets techniques est nécessaire, la référence au monde sensible n'est plus directement assumée par le corps de l'expert mais s'effectue par un détour : les matériaux s'expriment par l'intermédiaire d'instruments dont la fiabilité est en retour mise à l'épreuve » (Bessy et Chateauraynaud, 2014 [1995], p. 297).

3.3. L'imagerie compense les sens

- 28 Mais que se passe-t-il lorsque des lésions sont inaccessibles aux légistes ? Plusieurs situations peuvent se présenter pour lesquelles l'imagerie vient compenser les sens des légistes face à des corps trop abîmés, des lésions trop petites et difficiles à disséquer, ou dont la dissection impliquerait une trop grande mutilation du corps. Le CT-scanner s'avère ainsi déterminant pour les corps déjà très altérés, carbonisés ou pour les accidents de train : il permet de mettre en évidence du matériel radio-opaque suspect, tel un projectile ou une lame qui traduirait l'intervention d'un tiers, mais aussi du matériel d'ostéosynthèse à des fins d'identification. Les techniques d'autopsie se révèlent en effet limitées face à ces corps putréfiés, remplis d'air ou de vers, exsangues, démembrés, brûlés voire momifiés, qui ne proposent que des prises limitées à la perception des légistes. Pour ces corps, *plus muets* que d'autres en raison de leur état, le CT-scanner permet de fournir quelques repères aux légistes qui peinent à les faire parler.
- 29 Le CT-scanner et l'angiographie post-mortem sont aussi une aide précieuse pour les corps qui auraient subi de multiples coups de feu ou de couteau, notamment afin de définir leurs trajectoires. En effet, l'établissement de ces dernières revêt un enjeu médico-légal fondamental pour établir les circonstances de la mort, identifier la position des protagonistes et déterminer quelles lésions sont mortelles. Or l'autopsie, dans la mesure où elle implique une forte sollicitation du corps et des gestes invasifs, peut venir modifier la cartographie des lésions alors que la visualisation des trajectoires dans des tissus mous, infiltrés de sang, sensibles à la pression et à leur mobilisation, peut se révéler très imprécise : « Dans les cas où il y a vingt ou trente

coups de couteau, on ne sait plus où on est » (Diane Egli, médecin légiste). Si l'imagerie permet de compenser les sens et la dimension invasive de l'autopsie qui transforme le corps, elle agit également comme une forme d'assurance en « fixant » les lésions telles qu'elles sont avant l'intervention des médecins. Cette capacité à documenter les lésions et à conserver le corps tel qu'il est en arrivant dans le service est également importante dans les cas où la dissection pourrait se révéler excessivement mutilante, dans la perspective de la restitution du corps à la famille. Ainsi, pour les fractures du massif facial, l'on préfère se fier aux images de CT-scanner et ne pas disséquer le visage. Dans le cas de cet homme décédé à la suite de coups de marteau et de casserole au visage et au crâne, la légiste, après une longue évaluation, décide de renoncer à prélever la tête, un geste qu'elle désigne comme barbare, et de se fier aux reconstructions numériques pour qualifier les lésions et déterminer lequel des deux objets les a causées. Il en va de même dans les cas de suspicion de syndrome de bébé secoué où les médecins légistes préfèrent recourir à un examen IRM et mobiliser ces images pour identifier la présence d'hémorragies rétinienne, plutôt que de prélever les yeux.

- 30 Dans certains cas tout à fait particuliers, l'imagerie permet un « retour dans le passé » par le biais de la relecture des clichés ante-mortem et de leur comparaison avec les images post-mortem. Cette manière de faire se révèle indispensable dans les cas où les traces d'un accident ont été effacées par le temps et la prise en charge hospitalière. Les images ante-mortem permettent alors de visualiser les lésions dans les heures qui suivent l'accident, de même que l'évolution de l'état de santé. Ainsi, dans le cas de cette jeune femme décédée vingt jours après avoir subi un choc à la tête, le point d'impact n'est plus visible à l'examen externe : il a laissé la place à une « plaie avec un bouquet cérébral avec câbles et cathéter » (extrait du rapport d'autopsie, vignette 15, 2019). Lors de l'autopsie, au moment où le préparateur soulève la calotte, le cerveau tombe littéralement dans les mains de la légiste, menant le médecin superviseur à ce constat : « C'est de la bouillie, c'est une catastrophe ». À la fin de l'autopsie, les deux légistes discutent et concluent que, n'ayant pas pu le voir, il et elle ne peuvent pas parler de traumatisme crânien sévère, mais seulement d'un décès d'origine cérébrale. Dans ce cas bien précis, où le corps, soumis aux techniques d'autopsie, reste malgré tout silencieux, les médecins privilégient une approche numérique ante-mortem du corps.
- 31 Certains corps résistent ainsi à l'épreuve de l'autopsie et confrontent les légistes aux limites de leur art. Le recours à l'imagerie et la reconnaissance de son pouvoir de démonstration sont alors clairement liés à l'échec de l'épreuve autopsique. Or, dans les conclusions du rapport médico-légal, plus précisément dans la partie intitulée DAP (diagnostic anatomo-pathologique et radiologique), les médecins précisent par la mention « constatation radiologique » les lésions qui n'ont été visualisées que par le biais de l'imagerie et n'ont donc pas été attestées par les médecins. Nous remarquons là un traitement différencié selon la technique qui a permis l'établissement du diagnostic : elle est mentionnée pour l'imagerie, mais pas pour les autres examens complémentaires (toxicologie, bactériologie ou neuropathologie par exemple). Les lésions radiologiques conservent ainsi un statut particulier au sein de l'expertise et du rapport qui clôture les investigations.

4. Conclusion : ce que voir veut dire en médecine légale

- 32 L'analyse de la combinaison des épreuves qui composent le dispositif technico-sensoriel de prise en charge des corps par les médecins légistes nous a permis de penser les transformations liées à l'intégration des techniques d'imagerie post-mortem dans l'enquête médico-légale. Nous avons pu démontrer les nouveaux agencements perceptuels issus de l'inclusion radiologique qui vient guider, compenser mais aussi troubler les sens et l'expertise des légistes. L'introduction de cette nouvelle séquence radiologique dans le dispositif modifie en effet leurs manières de faire, de voir et de penser. En proposant une autre vue, médiée, sur l'intérieur du corps, les techniques d'imagerie transforment la chaîne d'évidence et poussent les médecins à se positionner sur cette nouvelle manière de voir. Dans une majorité de situations, les légistes réaffirment l'importance de voir de leurs propres yeux, de toucher et de sentir le corps, ses fluides et ses organes, dans le cadre d'un corps-à-corps. La force probatoire de l'imagerie est reléguée au profit d'une attestation directe des lésions et d'un regard multimodal. Aussi, le plus souvent, le pouvoir de démonstration des images dépend de la possibilité pour ces expertes de confirmer dans le corps ce qui a été vu à l'écran. Une lésion macroscopique est ainsi considérée comme tangible à condition de résister à l'épreuve du sensible et de l'agir perceptuel des légistes. La notion de tangibilité s'est ainsi avérée particulièrement heuristique dans notre réflexion. Elle a permis de thématiser les tensions et arbitrages imposés par ces deux versions, parfois divergentes, de l'intérieur du corps, et de mettre en évidence le rôle d'autorité joué par l'appréhension sensible des légistes et l'épreuve autopsique. Comme le relève Laurence Dumoulin dans son analyse du travail de l'expert :

« Ce qu'il n'a pas vu n'existe pas ; ce qu'il n'a pas jugé pertinent de prendre en compte perd toute consistance et toute existence. Sa perception de la réalité préside à la construction du réel lui-même et prend le pas sur les perceptions concurrentes » (Dumoulin, 2007, p. 107).

- 33 À la différence de l'autopsie, l'épreuve radiologique ne constitue pas à elle seule une épreuve de vérité : elle ne possède pas la capacité autonome de rendre tangible un phénomène. Ainsi, contrairement au monde de la clinique, les images radiologiques ne produisent pas, dans le domaine médico-légal, cette impression d'évidence visuelle et n'agissent que très rarement comme « opérateur de factualité » (Dulong, 1997). Si l'imagerie est un maillon supplémentaire dans la démonstration de la cause du décès, elle n'entraîne pas de déplacement de la preuve diagnostique (Millepied, 2020). La scène que nous avons décrite à la fin de la section 3.1, inédite durant notre terrain, où la radiologue guide directement les légistes en désignant sur la pièce une fuite dans l'aorte, traduit très concrètement la logique de vérification des interprétations radiologiques et le primat de l'attestation directe sur le corps : la radiologue endosse la manière de faire des légistes en mettant des gants et en touchant elle-même la pièce. La radiologue fait plus que guider et *aider à voir* : elle délaisse son écran et l'exigence de distance au corps, et entre très concrètement sur le terrain des médecins légistes pour produire une expertise concordante qui ne prêterait le flanc à aucune contradiction de la part des actrices et acteurs de la scène judiciaire. Cette scène laisse augurer de nouvelles modalités de collaboration entre les membres des unités d'imagerie et de

médecine légale, allant dans le sens, non pas d'une mise à distance du corps (Souffron, 2015), mais d'une réaffirmation de l'importance d'éprouver.

- 34 L'approche ethnographique que nous avons adoptée nous a permis de mettre en évidence non seulement l'ancrage sensible de l'activité des légistes, mais également les différentes formes de combinaisons des vues radiologiques et autopsiques, ainsi que les arbitrages qu'elles impliquent. En l'introduisant dans le dispositif médico-légal, les tenants de l'imagerie post-mortem, prenant appui sur une rhétorique de la complémentarité et de la combinaison des regards, n'avaient probablement pas pris la mesure des tensions qu'une telle intégration pouvait susciter. Une interprétation en termes de lutte de territoire opposant médecins légistes et radiologues peut être tentante, mais elle n'est pas suffisante. L'enjeu de l'intégration des techniques d'imagerie se situe en effet au niveau de l'ancrage phénoménologique de l'expertise et du degré de proximité au corps mort. Les débats et les résistances que suscitent ces techniques nous font voir l'importance de l'observation directe et de l'attestation par les sens dans la « vision professionnelle » (Goodwin, 1994) des médecins légistes. L'imagerie révèle en effet ce que voir veut dire en médecine légale.

BIBLIOGRAPHIE

Références

- Bessy, C., Chateauraynaud, F., 2010 [1992], « Le savoir-prendre. Enquête sur l'estimation des objets », *Techniques & culture*, n° 54-55-vol. 2, p. 689-711.
- Bessy, C., Chateauraynaud, F., 2014 [1995], *Experts et faussaires : pour une sociologie de la perception*, Pétra, Paris.
- Blaxter, M., 2009, « The Case of the Vanishing Patient ? Image and Experience », *Sociology of Health & Illness*, vol. 31, n° 5, p. 762-778.
- Burri, R.V., Dumit, J., 2008, « Social Studies of Scientific Imaging and Visualization », in Hackett, E.J., Amsterdamska, O., Lynch, M., Wajcman, J. (dir.), *The Handbook of Science and Technology Studies* (troisième édition), MIT Press, Cambridge, p. 297-317.
- Chateauraynaud, F., 1997, « Vigilance et transformation. Présence corporelle et responsabilité dans la conduite des dispositifs techniques », *Réseaux*, n° 85, p. 101-127.
- Chateauraynaud, F., 2004, « L'épreuve du tangible. Expériences de l'enquête et surgissements de la preuve », in Karsenti, B., Quéré, L. (dir.), *La croyance et l'enquête. Aux sources du pragmatisme*, Éditions de l'EHESS, Paris, p. 167-194.
- Chauvaud, F., 2018, « Les témoins muets mis en spectacle », *Criminocorpus*, n° 12, en ligne : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/5053>.
- Daston, L., Galison, P., 1992, « The Image of Objectivity », *Representations*, n° 40, p. 81-128.

- Dodier, N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, Paris.
- Dodier, N., 2005, « L'espace et le mouvement du sens critique », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, vol. 60, n° 1, p. 7-31.
- Dodier, N., Barbot J., 2016, « La force des dispositifs », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, vol. 71, n° 2, p. 421-450.
- Dulong, R., 1990, « Le corps du témoin oculaire », *Réseaux*, vol. 8, n° 2, p. 77-87.
- Dulong, R., 1997, « Les opérateurs de factualité. Les ingrédients matériels et affectuels de l'évidence historique », *Politix*, n° 39, p. 65-85.
- Dumoulin, L., 2007, *L'expert dans la justice. De la genèse d'une figure à ses usages*, Economica, Paris.
- Golan, T., 2004, « The Emergence of the Silent Witness: The Legal and Medical Reception of X-rays in the USA », *Social Studies of Science*, vol. 34, n° 4, p. 469-499.
- Goodwin, C., 1994, « Professional Vision », *American Anthropologist*, vol. 96, n° 3, p. 606-633.
- Goodwin, C., 2000, « Practices of Seeing. Visual Analysis: An Ethnomethodological Approach », in van Leeuwen, T., Jewitt, C. (dir.), *Handbook of Visual Analysis*, Sage Publications, London, p. 157-182.
- Grabherr, S., Egger, C., Vilarino, R., Campana, L., Jotterand, M., Dedouit, F., 2017, « Modern post-mortem imaging: An update on recent developments », *Forensic Sciences Research*, vol. 2, n° 2, p. 52-64.
- Grabherr, S., Grimm, J., Heinemann, A. (dir.), 2016, *Atlas of Postmortem Angiography*, Springer, Cham.
- Grabherr, S., Heinemann, A., Vogel, H., Rütty, G., Morgan, B., Wozniak, K., Dedouit, F., Fischer, F., Lochner, S., Wittig, H., Guglielmi, G., Eplinius, F., Michaud, K., Palmiere, C., Chevallier, C., Mangin, P., Grimm, J.M., 2018, « Postmortem CT Angiography Compared with Autopsy: A Forensic Multicenter Study », *Radiology*, vol. 288, n° 1, p. 270-276.
- Grosjean, S., 2014, « Étudier la dimension sensible des savoirs produits en contexte de travail », *Anthropologie des savoirs*, n° 42, 47-62.
- Grosjean, S., Matte, F., Nahon-Serfaty, I., 2020, « "Sensory Ordering" in Nurses' Clinical Decision-Making : Making Visible Senses, Sensing, and "Sensory Work" in the Hospital », *Symbolic Interaction*, vol. 44, n° 1, p. 163-182.
- Horsley, P.A., 2012, « "How Dead Dead the Dead Are": Sensing the Science of Death », *Qualitative Research*, vol. 12, n° 5, p. 540-553.
- Jackowski, C., Warntjes, M.J., Berge, J., Bar, W., Persson, A., 2011, « Magnetic Resonance Imaging Goes Postmortem : Noninvasive Detection and Assessment of Myocardial Infarction by Postmortem MRI », *European Radiology*, vol. 21, n° 1, p. 70-78.
- Jeanjean, A., 2011, « Travailler à la morgue ou dans les égouts », *Ethnologie française*, vol. 41, n° 1, p. 59-66.
- Joyce, K., 2005, « Appealing Images: Magnetic Resonance Imaging and the Production of Authoritative Knowledge », *Social Studies of Science*, vol. 35, n° 3, p. 437-462.
- Juston Morival, R., 2020, *Médecins légistes. Une enquête sociologique*, Presses de Sciences Po, Paris.

- Lemieux, C., 2011, « Jugements en action, actions en jugement. Ce que la sociologie des épreuves peut apporter à l'étude de la cognition », in Clément, F., Kaufmann, L. (dir.), *La sociologie cognitive*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris, p. 249-274.
- Lynch, M., 1985, « Discipline and the Material Form of Images: An Analysis of Scientific Visibility », *Social Studies of Science*, vol. 15, n° 1, p. 37-66.
- Lynch, M., McNally, R., 2005, « "Science", "sens commun" et preuve ADN : une controverse judiciaire à propos de la compréhension publique de la science », *Droit et société*, n° 51, p. 655-681.
- Maestrutti, M., 2018, « Imaginaires, images, vision : les nouvelles représentations du corps de l'imagerie médicale », in Kröger, F., Maestrutti, M. (dir.), *Les imaginaires et les techniques*, Presses des Mines, Paris, p. 275-289.
- Magnin, V., Grabherr, S., Michaud, K., 2020, « The Lausanne Forensic Pathology Approach to Postmortem Imaging for Natural and Non-Natural Deaths », *Diagnostic Histopathology*, vol. 26, n° 8, p. 350-357.
- Mandressi, R., 2009, « De l'œil et du texte. Preuve, expérience et témoignage dans les "sciences du corps" à l'époque moderne », *Communications*, n° 84, p. 103-118.
- Maslen, S., 2016, « Sensory Work of Diagnosis: A Crisis of Legitimacy », *The Senses and Society*, vol. 11, n° 2, p. 158-176.
- Michaud, K., Genet, P., Sabatasso, S., Grabherr, S., 2019, « Postmortem Imaging as a Complementary Tool for the Investigation of Cardiac Death », *Forensic Sciences Research*, vol. 4, n° 3, p. 211-222.
- Michaud, K., Magnin, V., Faouzi, M., Fracasso, T., Aguiar, D., Dedouit, F., Grabherr, S., 2021, « Postmortem Coronary Artery Calcium Score in Cases of Myocardial Infarction », *International Journal of Legal Medicine*, vol. 135, n° 5, p. 1829-1836.
- Millepied, A.-C., 2020, « Visualiser l'endométriase », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 14, n° 3, en ligne : <http://journals.openedition.org/rac/6867>.
- Pasveer, B., 1995, « Images et objets : la tuberculose et les rayons X », *Techniques & culture*, n° 25-26, p. 1-18.
- Pentimalli, B., Rémy, V., 2020, « La fabrique du regard », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 14, n° 3, en ligne : <http://journals.openedition.org/rac/10911>.
- Rémy, V., Duret Benou, N., 2020, « Voir, faire voir et apprendre à voir », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 14, n° 3, en ligne : <http://journals.openedition.org/rac/10353>.
- Schnegg, C., Rey, S., 2017, « Quand les morts passent un scanner : ontologie et liminalité du cadavre dans un centre à la pointe de l'imagerie médico-légale », *Anthropologie & Santé*, n° 15, en ligne : <http://anthropologiesante.revues.org/2698>.
- Schneider, B., Chevallier, C., Dominguez, A., Bruguier, C., Elandoy, C., Mangin, P., Grabherr, S., 2012, « The Forensic Radiographer: A New Member in the Medicolegal Team », *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, vol. 33, n° 1, p. 30-36.
- Schubert, C., 2011, « Making Sure: A Comparative Micro-Analysis of Diagnostic Instruments in Medical Practice », *Social Science & Medicine*, vol. 73, n° 6, p. 851-857.
- Souffron, V., 2015, « De l'autopsie à la virtopsie. Voir et ne pas y toucher », *Communications*, n° 97, p. 57-71.

Thali, M.J., Jackowski, C., Oesterhelweg, L., Ross, S.G., Dirnhofer, R., 2007, « VIRTOPSY - The Swiss Virtual Autopsy Approach », *Legal Medicine*, vol. 9, n° 2, p. 100-104.

Timmermans, S., 2006, *Postmortem: How Medical Examiners Explain Suspicious Deaths*, University of Chicago Press, Chicago.

van Dijck, J., 2005, *The Transparent Body: A Cultural Analysis of Medical Imaging*, University of Washington Press, Seattle.

Winance, M., Barbot, J., 2022, « Le travail probatoire des experts médicaux. Une étude de la mise à l'épreuve de la plainte des patients », *Droit et société*, n° 110, p. 53-69.

NOTES

1. Article 253 (« Mort suspecte ») du Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 (CPP, RS 312.0).
2. Dans la plupart des centres médico-légaux, les équipes ne disposent pas de machines dédiées et recourent aux équipements radiologiques des hôpitaux qui sont à proximité pour réaliser des examens, auxquels elles accèdent, discrètement, hors des heures de consultation.
3. Appareil de numérisation et d'acquisition d'images en trois dimensions (3D).
4. Manipulateurs et manipulatrices radio en France.
5. Recherche soutenue par le Fonds national suisse de recherche scientifique, intitulée « La preuve par l'image ? Analyse socio-anthropologique de l'expertise médico-légale à l'heure de l'imagerie forensique ».
6. Nous nous référons à la notion de dispositif telle que la définissent Nicolas Dodier et Janine Barbot (2016, p. 431), à savoir « un enchaînement préparé de séquences, destiné à qualifier ou transformer des états de chose par l'intermédiaire d'un agencement d'éléments matériels et langagiers ».
7. L'angiographie post-mortem et l'IRM sont réalisées après l'examen externe car elles modifient le corps (canulation, perfusion de liquide de contraste notamment).
8. Sur notre terrain, les légistes sont en très large majorité des femmes (85 %). Nous utiliserons donc le féminin dans la suite de notre texte, tout en précisant s'il s'agit de femmes ou d'hommes dans le cadre de nos extraits d'observations (vignettes).
9. La dermabrasion est une lésion peu profonde de la peau, dont la surface peut être plus ou moins importante.
10. Les lividités cadavériques sont des colorations violacées de la peau liées à un déplacement de la masse sanguine vers les parties déclives du cadavre, qui apparaissent peu après la mort et l'arrêt de la circulation sanguine. Elles épargnent les points de pression. Elles donnent des indications importantes sur la position du cadavre et son emplacement.
11. En Suisse, l'EMS est une institution hébergeant des personnes âgées devant bénéficier de soins, correspondant à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France.
12. 50 % des autopsies sont dites blanches, à savoir que les légistes ne trouvent pas de cause du décès et doivent attendre des analyses complémentaires (toxicologie, bactériologie, etc.) pour pouvoir se prononcer.
13. « Il faut le couper », « On va le couper », « On coupe à quelle heure ? » : le verbe « couper » est l'expression consacrée dans le service pour parler de l'autopsie.
14. Afin de garantir l'anonymat des professionnel·les que nous avons observé·es, leurs noms ont été remplacés par des pseudonymes.

15. Le CT-scanner a lieu avant l'examen externe — le corps est souvent habillé, chaussé, souillé, parfois équipé de matériel médical ou autre — afin d'éviter tout artefact lié à la manipulation du corps. Cette manière de faire permet d'avoir des images du corps tel qu'il a été découvert.
16. Un corps putréfié dégage une odeur particulièrement incommode pour les TRM en salle de scanner (ils et elles y sont moins habitués que les légistes et la ventilation de la salle est moins efficace), mais peut surtout poser des problèmes techniques si du liquide, des insectes ou des vers vont se glisser dans certains interstices de la machine.
17. Selon cette logique, rapport radiologique et rapport d'autopsie sont rédigés en parallèle. Le rapport radiologique est transmis aux médecins légistes en charge du cas dans un deuxième temps. Après sa lecture, si les résultats des deux rapports ne coïncident pas, les médecins légistes iront trouver la radiologue pour discuter de cette discordance et tenter de la « réduire ».
18. L'hématome sous-dural est une poche de sang s'insérant entre le cerveau et sa membrane la plus externe.
19. Le tissu cérébral enflé à la suite d'un choc, d'une blessure ou d'un accident vasculaire cérébral notamment.
20. Les polytraumatismes font exception à cette règle : dans ces cas particuliers, les médecins légistes ne vont pas chercher à attester toutes les fractures. Elles se limitent en général aux plus importantes, telles que les fractures du bassin, du crâne et de la colonne vertébrale.
21. Suite à l'autopsie, alors que le résumé débute, les préparateurs et les préparatrices procèdent à la « reconstruction » du corps : ils et elles replacent les organes dans les cavités, redonnent une forme à certaines parties du corps grâce à du tissu de cellulose (la nuque notamment), et recousent les tissus qui ont été incisés. Autrement dit, ils et elles redonnent au corps une forme humaine, avant qu'il ne soit rendu à ses proches.
-

RÉSUMÉS

L'intégration, depuis une vingtaine d'années, des techniques d'imagerie post-mortem au sein du dispositif d'investigation met en tension l'activité sensorielle des médecins légistes. Sur la base d'une ethnographie menée dans un institut de médecine légale en Suisse, cet article porte sur le travail perceptuel, relevant d'un assemblage sensoriel et technique, mis en œuvre par les légistes durant les différentes séquences qui composent l'examen d'un cadavre. Pour mener à bien leur enquête sur un corps, ces expert-es lui font subir une série d'épreuves mettant en jeu des dimensions cognitives, matérielles et phénoménologiques afin de le faire parler et de se prononcer sur une cause de décès. L'article étudie en particulier les différentes combinaisons technico-sensorielles, plus ou moins harmonieuses ou conflictuelles, entre les perceptions des légistes, issues du contact direct avec le corps et ses organes en salle d'autopsie, et les interprétations radiologiques. Dans le cadre de ces combinaisons, les légistes établissent une distinction entre l'imagerie qui permet de voir, et l'autopsie qui permet d'attester, accordant ainsi à cette épreuve dite sensible un pouvoir de démonstration supérieur.

Over the last twenty years, the integration of post-mortem imaging techniques into the forensic device has transformed the sensory work of forensic pathologists. Based on an ethnographic survey conducted in a legal medicine institute in Switzerland, this article focuses on the perceptual activity of forensic pathologists, as a sensory and technical assemblage, and on the different sequences that make up the examination of a cadaver. When carrying out an

investigation on a body, these experts perform a series of cognitive, material, and phenomenological tests to make it speak and to determine a cause of death. More precisely, the article studies the different harmonious or conflicting technical and sensory combinations of the forensic experts' perceptions, engaging a direct contact with the body and its organs in the autopsy room, and radiological interpretations. Working on these combinations, forensic pathologists establish a distinction between imaging, which allows them to see, and autopsy, which allows them to attest, thus granting this sensitive test a stronger power of demonstration.

INDEX

Mots-clés : Médecine légale, Imagerie post-mortem, Activité sensorielle, Travail perceptuel, Épreuves, Tangibilité, Ethnographie

Keywords : Legal Medicine, Post-mortem Imaging, Sensory Work, Perceptual Activity, Tests, Tangibility, Ethnography

AUTEURS

CÉLINE SCHNEGG

Haute École de Santé Vaud (HESAV), HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
Avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse
celine.schnegg[at]hesav.ch

SÉVERINE REY

Haute École de Santé Vaud (HESAV), HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
Avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse
severine.rey[at]hesav.ch

ALEJANDRO DOMINGUEZ

Haute École de Santé Vaud (HESAV), HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
Avenue de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse
severine.rey[at]hesav.ch