

# Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

15 | 2017 :

Transitions existentielles en question

Dossier thématique

---

## Quand les morts passent un scanner

Ontologie et liminalité du cadavre dans un centre à la pointe de l'imagerie médico-légale

*CT scans for the dead: ontology and liminality in a center of expertise in forensic radiography*

CÉLINE SCHNEGG ET SÉVERINE REY

---

### Résumés

Français English

Lors de son passage en médecine légale, dans les cas d'homicides ou de morts dites suspectes, le cadavre subit une série d'épreuves techniques et scientifiques, qui visent à le "faire parler" et à identifier les causes du décès. En plus de l'autopsie conventionnelle, des techniques d'imagerie médicale sont désormais intégrées dans le dispositif d'enquête médico-légale. Sur la base d'observations ethnographiques menées dans un centre suisse de médecine légale à la pointe de l'imagerie médico-légale, nous analysons les variations ontologiques du corps mort en lien avec sa prise en charge et les différentes techniques de visualisation utilisées par les experts. Les différentes « épreuves du corps », et tout particulièrement les techniques d'autopsie virtuelle, font varier les frontières entre vivant et mort, animé et inerte, personne et cadavre. La reconfiguration de ces frontières répond à des exigences scientifiques, techniques, mais aussi normatives et morales.

During medico-legal examination, in cases of homicide or suspicious death, corpses undergo a series of technical and scientific tests in order to make them "talk" and identify the causes of death. In addition to conventional autopsy, medical imagery is now used as an investigative device. Based on ethnographic research in a Swiss forensic radiography expert center, we analyse the body's ontological variations depending on its manipulation and the visualisation techniques used by forensic experts. The various "body tests", and in particular the techniques of virtual autopsy, shift the boundaries between living and dead, animate and inert, person and corpse. The redefinition of these borders meets scientific, technical, but also normative and moral requirements.

---

## Entrées d'index

**Mots-clés** : imagerie médico-légale, cadavre, épreuve, ontologie, autopsie médico-légale

**Keywords** : forensic imaging, corpse, test, ontology, autopsy

---

## Texte intégral

# Introduction

- En Suisse, dans les cas d'homicides ou de morts dites suspectes<sup>1</sup> (lorsqu'on présume que la cause du décès n'est pas naturelle, relevant potentiellement d'une infraction, ou lorsque l'identité du cadavre n'est pas connue), le ministère public mandate les services de médecine légale pour examiner le corps et déterminer les causes de la mort<sup>2</sup>. Pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, selon les besoins de l'enquête, le cadavre transite alors dans un espace clos et confidentiel, dominé par les exigences de l'investigation médico-légale. Dans ce contexte très particulier, le cadavre perd son identité sociale de défunt : il devient un support de traces et d'indices que les experts cherchent à décoder, et subit une série d'« épreuves » qui permettent aux professionnels de le faire parler et de démontrer la vérité sur la mort. Selon une approche d'inspiration pragmatique, le travail d'enquête et de démonstration de la preuve s'apparente à un ensemble d'opérations pratiques qui mettent en jeu des dimensions non seulement cognitives, mais aussi matérielles et phénoménologiques : la vérité est pensée comme ce qui résiste à la variabilité des épreuves menées par les experts (Chateauraynaud, 2004 ; Lemieux, 2011). Les épreuves du corps, de différentes natures, articulent ainsi des instruments d'objectivation, des raisonnements fondés sur des indices et l'histoire du patient, et des expériences sensorielles. L'autopsie occupe une place centrale dans le dispositif d'enquête médico-légale : elle est une technique qui suppose à la fois une mise à distance du corps dont les organes sont extraits, pesés, tranchés, photographiés, de même qu'une série d'examen fondés sur les sens — le toucher, la vue et l'odorat en particulier (Mandressi, 2009) — qui engagent une proximité du corps des experts avec les corps morts, prenant la forme d'un « corps à corps » (Bessy & Chateauraynaud, 2014 [1995]).
- Depuis une quinzaine d'années, en complément à cette épreuve chirurgicale, plusieurs techniques d'imagerie médicale<sup>3</sup> sont intégrées dans le dispositif d'enquête (la tomодensitométrie [TDM]<sup>4</sup>, l'imagerie par résonance magnétique [IRM] et l'angiographie). Notre étude porte sur ce contexte particulier d'introduction des techniques d'autopsie virtuelle dans le dispositif d'enquête médico-légal. À partir d'observations ethnographiques menées dans un centre à la pointe de l'imagerie post-mortem, nous analysons les variations ontologiques du corps mort en lien avec les différentes épreuves et techniques de visualisation qui interviennent dans sa prise en charge. Nous émettons en effet l'hypothèse selon laquelle l'enquête médico-légale place le cadavre dans un état de liminalité et plus encore, que certaines techniques d'imagerie post-mortem ont le pouvoir de réanimer le corps en imitant artificiellement son fonctionnement. Présentons tout d'abord les enjeux de ces nouvelles techniques de visualisation du point de vue de l'ontologie du corps mort, avant d'analyser les principales séquences qui marquent la trajectoire du corps examiné par les experts.

## Des techniques révolutionnaires ?

3 La Suisse se situe à la pointe de l'imagerie médico-légale avec la création de pôles d'expertise où se développent des recherches appliquées associant innovations technologiques, partenariats industriels et activités commerciales : si, dès le début des années 2000, le Professeur R. Dirnhofer initie un projet ambitieux nommé Virtopsy (voir notamment Dirnhofer *et al.*, 2006 ; Thali *et al.*, 2007), devenu depuis lors une marque déposée, la Professeure S. Grabherr, aujourd'hui directrice du Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), met au point, avec son équipe et en partenariat avec l'entreprise Fumedica, la technique de l'angiographie post-mortem qui permet de visualiser le système cardio-vasculaire de manière inédite (Grabherr *et al.*, 2011). C'est au CURML<sup>5</sup>, un centre particulier composé d'une unité visant à développer et à promouvoir l'imagerie post-mortem, que nous avons mené une enquête ethnographique<sup>6</sup> dont sont issues les analyses développées dans cet article. Les technologies d'« autopsie virtuelle » sont présentées par leurs promoteurs comme une révolution dans la médecine légale car, selon leur argument, en limitant les interventions humaines sur le corps mort, elles préservent l'intégrité des corps et accroissent l'objectivité et la neutralité de la démarche scientifique en mettant le corps à distance (Grabherr *et al.*, 2008 ; Bolliger & Thali, 2015). Nos observations nous amènent toutefois à discuter le caractère révolutionnaire de ces nouvelles techniques qui suscitent effectivement un fort engouement scientifique, médiatique et commercial. Comme l'a montré Valérie Souffron (2015), ces nouvelles techniques introduisent une rupture du point de vue des modalités d'appréhension du corps mort qui n'est plus incisé et ouvert, mais virtualisé et esthétisé : la vue devient alors le principal sens convoqué dans l'élucidation des causes de la mort, entraînant selon cette auteure non pas une révolution mais une évolution du dispositif cognitif des médecins légistes dans certains centres spécialisés.

4 D'après notre analyse, cette focalisation sur le pouvoir révolutionnaire de l'imagerie est sous-tendue par une forme de déterminisme technologique selon lequel les techniques d'imagerie sont dotées d'une capacité exceptionnelle d'abstraire et de faire disparaître le corps. Une telle perspective, également dominante dans les recherches en sciences sociales traitant de l'imagerie médicale dans le domaine des vivants<sup>7</sup>, ne tient pas compte des modalités d'utilisation de ces techniques<sup>8</sup> par les professionnels, ni du travail de lecture et d'interprétation des images, pendant lesquels le patient (ou le mort), son histoire de vie et les limites de son corps sont bien présents. Mais elle prend aussi appui sur une conception du corps comme un simple support inerte, réduit à de la matière, laquelle est encore renforcée lorsqu'on traite des corps morts<sup>9</sup>. Or, si lors de son passage dans le service de médecine légale, le corps mort subit une série d'épreuves techniques et scientifiques dont l'objectif est de visualiser et d'objectiver les causes de la mort, il subit aussi, en lien avec le dispositif de prise en charge, des épreuves ontologiques qui mettent en jeu les frontières entre cadavre et personne, corps et patient, animé et inerte, vivant et mort. Cet article livre un certain nombre de pistes quant aux différentes mises en acte du corps dont la réalité varie en fonction des épreuves et du dispositif technique auxquels il est soumis (Mol, 2002) du moins dans ce service spécifique. Ainsi, l'analyse des techniques d'autopsie virtuelle, censées faire disparaître le corps ou du moins le mettre à distance, nous conduit au contraire à examiner les différentes modalités de sa présence et à interroger son état de liminalité.

## Faire parler les morts

5 Fondée sur la dissection et l'ouverture des corps (Brandli & Porret, 2014), la médecine légale a surtout été analysée par les sciences sociales en tant que discipline d'expertise située à l'interface entre le monde médical et judiciaire (Johnson-McGrath, 1995 ; Timmermans, 2002 ; Golan, 2004 ; Bal, 2005 ; Kruse, 2010 ;

Schuliar, 2012). Dans une perspective de sociologie des sciences et des techniques, plusieurs auteurs se sont penchés sur les controverses autour des technologies mobilisées dans la réalisation des expertises, par exemple dans des cas d’empoisonnement par l’arsenic ou plus récemment d’utilisation de fragments d’ADN (Halfon, 1998 ; Lynch, 1998 ; Dumoulin, 1999). Par cette focalisation sur les technologies, le rapport des professionnels de la médecine légale à la mort (et aux morts) échappe largement à l’attention socio-anthropologique. Dans ce paysage, l’enquête ethnographique que Timmermans (2006) a menée pendant trois ans dans un service en Californie fait figure d’exception. Son analyse des pratiques des médecins légistes lui permet de prendre le contre-pied d’une forme de réductionnisme analytique selon lequel les experts cartographient, découpent ou réduisent le corps (vivant ou mort<sup>10</sup>) à ses lésions (Prior, 1987 ; White & Du Mont, 2009). Il montre au contraire que le lien entre la lecture du corps et l’histoire de la personne, souvent circonscrite à ses antécédents médicaux et aux circonstances de la mort, est au centre de la logique de raisonnement et de démonstration de la preuve en médecine légale. Les professionnels et les experts apparaissent alors comme les porte-parole des morts dans la mesure où ils les font parler. Ce processus gagne à être décrit par la notion de « ventriloquie » (Cooren, 2010). Ainsi, si la mort réduit les individus au silence, leur corps retrouve une forme d’agentivité par l’intermédiaire du dispositif sociotechnique qui agit comme un tiers et des experts qui s’expriment en leur nom. Ce processus de délégation de la parole souligne la condition intermédiaire des cadavres : ils sont biologiquement morts mais socialement vivants dans la mesure où leur décès « suspect » suscite une enquête et leur transformation en êtres plus ou moins loquaces<sup>11</sup>. Autrement dit, l’enquête place les corps dans un état de liminalité et d’instabilité ontologique.

6 Cet état de liminalité a surtout été évoqué dans des cas-limites, tels que les soins palliatifs, les états comateux ou de mort cérébrale (don d’organe)<sup>12</sup>. Dans ces situations particulières liées à un contexte d’innovations technologiques (techniques de réanimation et de maintien en vie notamment), la frontière entre la vie et la mort, entre mort biologique et sociale, est régulièrement renégociée par le personnel soignant et les proches. Or, dans le contexte médico-légal, les corps morts subissent eux aussi des oscillations allant du corps-objet au corps-image, en passant par le corps-personne — soit les moments où l’histoire de la personne décédée dirige le regard des professionnels et répond à l’exigence de contextualisation et d’orientation de l’enquête par des éléments narratifs (Juston, 2016). Ces oscillations s’apparentent à un processus de déshumanisation et de réhumanisation questionnant les « frontières d’humanité » (Rémy & Winance, 2010) du corps au gré des exigences de l’enquête (distanciation, réduction, contextualisation) : elles sont liées aux différentes techniques de prise en charge des cadavres mais aussi aux caractéristiques propres aux corps qui résistent parfois aux épreuves. Les techniques d’imagerie médico-légale jouent un rôle spécifique du point de vue de ces variations ontologiques : elles ont en effet le pouvoir d’esthétiser la mort et, comme on le verra en ce qui concerne l’angiographie post-mortem, celui d’imiter la vie biologique en réanimant artificiellement le système cardio-vasculaire.

7 Nos données sont issues d’une enquête ethnographique sur le site lausannois du CURML. Au moment de l’enquête, il reçoit environ 800 cas par année : tous sont passés au scanner, 250 sont autopsiés et une centaine d’angiographies sont réalisées. Silke Grabherr et l’équipe du CURML ont précisément travaillé à la mise au point de l’angiographie post-mortem (Grabherr *et al.*, 2011) : inspirée de l’angiographie clinique, elle consiste en l’injection de liquide de contraste huileux qui circule dans le corps grâce à une pompe (une machine cœur-poumon modifiée pour cet usage particulier) et permet, par l’intermédiaire du scanner, de visualiser le système vasculaire. La mise au point de cette technique, de même que l’utilisation de plus en plus routinière de différentes techniques d’imagerie, a nécessité l’engagement de

techniciens en radiologie médicale (TRM)<sup>13</sup> dans le champ de la médecine légale (Schneider *et al.*, 2012). C'est par l'intermédiaire de ces nouveaux professionnels qui scannent les cadavres et posent les cathéters nécessaires à l'angiographie que nous sommes entrées sur le terrain. Nous avons toutefois rapidement élargi notre regard à l'ensemble des professionnels investis sur la chaîne de prise en charge (médecins légistes, radiologues, préparateurs). Notre attention s'est limitée aux moments d'enquête sur le corps présent dans son entier, laissant de côté les étapes ultérieures telles que le travail sur des échantillons, des images et la rédaction du rapport médico-légal.

- 8 Si le passage en médecine légale est pensé comme une épreuve pour le corps mort, il s'agit aussi d'une épreuve pour l'observatrice. En effet, enquêter, ce n'est pas simplement récolter des données, « c'est s'engager dans des chaînes de transactions [et] transformer son terrain, transformer ses savoirs et se transformer soi-même » (Cefaï, 2010 : 11). L'expérience de l'enquêtrice est ici particulièrement éprouvante, limitant même la possibilité de prendre des notes : elle est confrontée à l'odeur des corps qui imprègne ses vêtements, et à un contexte où les professionnels mêlent souvent à leurs gestes propos crus, humour et cynisme. En même temps, elle doit réussir à se détacher de ce "spectacle" inédit — comment sortir de cet état de sidération face au corps de cette enfant qui s'est noyée la veille ? — et du trouble qu'elle ressent, pour être en mesure de restituer comme un objet le rapport au corps en médecine légale. Souvent, il lui est demandé de donner un coup de main (tenir un instrument, pousser le chariot, déplacer un corps, etc.), elle ne peut dès lors rester extérieure à la situation et laisse son calepin de côté : il lui faut répondre favorablement à ces mises à l'épreuve pour se maintenir sur le terrain. Cette entrée dans l'action et le toucher lui permet de rompre ce rapport de dégoût-fascination vis-à-vis des cadavres et des différentes techniques plus ou moins invasives d'enquête<sup>14</sup>. L'observatrice est alors rapidement contaminée par le rapport que les experts entretiennent au corps qu'ils observent, touchent, découpent, reconstruisent, personnifient, faisant ainsi varier la distance au corps selon les besoins et les techniques d'enquête. Ce mimétisme, associé à des interactions directes avec le cadavre, lui permet de rendre compte des différentes mises en acte du corps en lien avec le dispositif technique, lequel varie selon les séquences qui ponctuent sa prise en charge.

## Un défunt, un corps et un cas

- 9 Le service de médecine légale, c'est la « *misère du monde* », selon l'expression d'un des préparateurs du centre. En d'autres termes, les homicides et les cas spectaculaires (et médiatiques) sont très rares ; la "population" du service est composée majoritairement de personnes âgées esseulées, de personnes au passé psychiatrique chargé qui se suicident, de marginaux et de toxicomanes. L'activité au centre de médecine légale de Lausanne est irrégulière et fluctuante. Tous les membres de l'équipe le relèvent sans savoir dire pourquoi, mais en général, « *le mercredi, c'est mort* », alors que le lundi et le vendredi sont souvent très agités.
- 10 À l'arrivée du défunt dans le service, le corps subit une première transformation. Un préparateur le réceptionne, le place dans la chambre froide et s'occupe de son enregistrement administratif : il l'inscrit dans le registre et lui attribue un numéro de cas qui le suit tout le long de son parcours dans le service. Dans tous les fichiers, sur les étiquettes et les échantillons, c'est le numéro de cas qui est utilisé. Ensuite, le préparateur mesure le corps et le pèse. Il note le numéro du corps et ses mensurations sur un tableau blanc contre le mur, pour que tous les professionnels qui prennent en charge le corps aient accès à ces informations. Par l'intermédiaire de cette étape d'enregistrement, de numérotation et de mesure, le corps perd, le temps

de son parcours dans le service, son identité de défunt et subit un processus d'objectivation. Plus précisément, il devient un cas, pris dans une série d'autres cas, défini par ses caractéristiques physiques et les lésions qu'il a subies. Ainsi, dans le service, les différents professionnels ne font jamais référence à l'identité du corps. Ils le nomment parfois par son numéro mais plus souvent par ce qui le caractérise du point de vue de l'enquête : « le noyé », « l'enfant », « l'avion », « le train », « le pendu », « la vieille dame », « le toxico », « le pourri ». Ces dénominations n'ont rien de dénigrant ni de péjoratif : elles sont une manière de s'y retrouver (grâce à un élément distinctif ou selon le type d'accident fatal) et d'organiser le travail selon les examens à réaliser, le degré d'urgence de la prise en charge du corps et les images spécifiques à réaliser au niveau radiologique. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une personne qui s'est pendue, il faut produire des images particulières au niveau du cou (une reconstruction en tissus mous). S'il s'agit d'un enfant, le ou la TRM devra se soumettre à un protocole de recherche sur l'âge osseux et faire, en plus du scanner, une radiographie de la main droite. Savoir à l'avance qu'il faudra prendre en charge un enfant permet aussi de se préparer et de se prémunir face aux émotions qu'une telle mort peut susciter. Quant au « pourri », selon l'odeur qu'il dégage, on le scannera plutôt en fin de journée pour éviter de travailler toute la journée dans une odeur de putréfaction. Et les « pourris » peuvent attendre, du point de vue des TRM et des préparateurs, dans la mesure où ils ont déjà attendu longtemps.

11 Cynthia Mauro (2006 : 15) signale elle aussi ce type de qualifications différenciées, utilisées par les professionnels, en fonction de la nature de la mort et des critères organiques du cadavre. Autant d'appellations qui signent la dépersonnalisation et la destitution sociale du défunt, de même que la définition du corps en tant qu'objet d'enquête. Dans le contexte qui nous intéresse ici, un terme n'est presque jamais utilisé : celui de cadavre. Un des TRM explique qu'il n'apprécie pas ce terme qui lui « rappelle la mort et c'est déprimant », alors que parler de corps ferait référence à des personnes décédées avec une histoire. Le rejet de cette notion de cadavre renvoie à une certaine définition de la mort dans le contexte médico-légal : il n'est plus question du sens de la mort, mais de la cause de la mort ; la question du comment l'emporte sur celle du pourquoi. La mort, dans ce contexte précis, est d'une certaine manière débarrassée de son poids social<sup>15</sup>, pour devenir une énigme à résoudre. Or, dans ce travail d'enquête sur la mort, l'attention porte autant sur la mort que sur l'histoire de la vie de la personne (matérialisée dans son dossier médical ou d'autres témoignages) et les moments qui précèdent la mort.

12 Il faut maintenant préparer le corps pour son passage au scanner, situé un étage plus bas : ceci est valable pour tous les corps admis au centre, une spécificité du site lausannois. Le scanner a lieu avant tout autre examen afin d'avoir des images du corps en limitant au maximum les interférences liées aux interventions humaines. Le préparateur place alors le corps sur un chariot à roulettes et le met dans un grand sac bleu foncé à fermeture éclair. Ce sac répond à plusieurs fonctions : hygiène, confidentialité (cacher le corps lors de son transport au scanner), protection contre des interférences (l'examen externe n'a pas encore eu lieu) et commodité pour le placement sur la table du scanner, notamment lorsque le corps est plié ou en plusieurs morceaux comme à la suite d'un accident de train. Le TRM, le préparateur et le corps prennent l'ascenseur et se rendent en salle de scanner.

## Corps-sac

13 Dès son entrée dans la salle, du point de vue de l'observatrice, le corps est réduit à un sac, qui aseptise le corps en le rendant invisible et en atténuant son odeur — un autre moment d'objectivation. Le TRM parle encore parfois de corps ou de cas, mais aussi de sac : « *Il faut mettre le sac sur la table du scanner* ». C'est une opération qui

se fait à deux : habituellement, le TRM le fait avec un préparateur, mais parfois, durant la période de nos observations, c'est la chercheuse qui donne un coup de main. Il faut d'abord appuyer le chariot contre la table, mettre le corps sur le côté, pendant que le TRM glisse la planche de transfert sous le corps, puis il tire sur le sac à l'aide des deux poignées pour glisser le corps sur la table et remet le corps sur le côté pendant que le préparateur (ou la chercheuse) retire la planche de transfert. Le TRM attache ensuite le corps sur la table à l'aide de larges velcros au niveau du bassin et de la tête : il faut éviter que le corps ne tombe, mais ces fixations sont aussi des contentions qui servent à reproduire autant que possible la position clinique. Dans l'idéal en effet, il faudrait que le corps soit dans la même position que lors d'un même examen sur un patient (vivant), ce qui permet par exemple aux radiologues de comparer les images ante- et post-mortem. Les TRM agissent sur le corps à travers le sac et le positionnent sans avoir de contact direct avec lui. Ils font tous ce même geste de palper le visage à travers le sac pour repérer où est le nez et mettre la tête la plus droite possible. Mais parfois, le corps rigide résiste et il est impossible de lui faire adopter la position clinique :

*Le corps suivant, c'est « l'avion ». À travers le sac, on voit que le corps a une drôle de position [les jambes repliées]. [A, TRM] craint que le genou ne passe pas dans l'anneau du scanner. Il faut fixer le sac différemment et tenter de bouger le corps. À deux, ils replacent le corps pour qu'il passe dans l'anneau. [A, TRM] commence l'acquisition. « On n'a pas le genou. » Ils ressortent et remettent les velcros en place. [Z, préparateur] appuie de tout son poids sur le genou : « ça passe ! » dit [A, TRM]. [A, TRM] refait l'acquisition. En regardant les images, il dit : « Il manque un peu du genou gauche mais ce n'est pas de ça dont il est mort. » (Notes d'observation, 23.6.2014)*

- 14 Par l'intermédiaire de sa résistance liée à la rigidité cadavérique, le corps rappelle aux professionnels son existence et ses limites physiques. L'existence matérielle, voire l'existence tout court du corps, a en effet disparu derrière le sac. Une fois que le sac est attaché, les personnes présentes dans la salle s'installent derrière la console de travail, une cellule isolée pour des raisons de radioprotection. De manière quelque peu paradoxale, en même temps que le corps est transformé en images et en coupes de scanner, les antécédents du patient et les hypothèses sur les causes de la mort refont surface. En lançant les premières images, le TRM fait le récit de la mort du corps en train d'être scanné :

*Il y a un cas aujourd'hui, me dit [B, TRM] en arrivant [à la salle de scanner]. En déroulant les images, il me retrace l'histoire des événements. Il s'agit d'un homme de 74 ans qui est mort dans sa voiture après être allé chez le cardiologue. Il devait aller consulter parce qu'il allait subir une opération du genou et avait visiblement des problèmes cardiaques. Mais il n'a pas pu faire son test d'effort car il avait trop mal au genou. D'après [B, TRM], c'est une mort a priori naturelle, sans intervention d'un tiers ; il n'y a presque aucun doute possible. (Notes d'observation, 1.5.2014)*

- 15 Il est important pour les TRM de connaître les circonstances du décès pour qu'ils puissent faire les images, les cibler, les spécifier et savoir aussi s'il faut faire « *un corps entier* »<sup>16</sup> (dans les cas d'accident) ou si le haut du corps suffit (en cas de suspicion de problème cardiaque par exemple). Les TRM regardent les images au fur et à mesure qu'elles apparaissent à l'écran pour vérifier qu'il ne manque rien et qu'elles sont de bonne qualité. Ils regardent presque toujours aussi si l'hypothèse de la mort se vérifie sur les images : cardiomégalie et plaques d'artériosclérose pour cet homme mort seul dans sa voiture après son rendez-vous chez le cardiologue, présence d'un morceau de lard coincé dans la trachée dans le cas d'un homme qui serait mort étouffé pendant son repas, de l'eau dans les voies aériennes et les poumons pour cette enfant qui s'est noyée. L'attention du TRM porte sur l'image d'une région particulière à examiner à laquelle le corps est momentanément réduit.

Mais lorsque la personne a été victime d'un accident de train ou que le corps est putréfié, les commentaires des TRM et des préparateurs sont moins liés au diagnostic : « *C'est de la viande hachée* » pour « le train », « *Il est explosé* », « *Regarde l'aorte, y a que de l'air* » à propos du « pourri ». Ces corps putréfiés ou en plusieurs morceaux ne sont plus vraiment des corps, ils sont à la limite de l'humanité du point de vue des professionnels. Dans ces cas-là, il n'est plus question de leur histoire ni d'une réémergence de la personne. En regardant les images sur lesquelles on discerne parfois des vers, les TRM oscillent entre fascination et dégoût, même si le sac et l'écran agissent comme des barrières à la confrontation directe à la réalité de la mort, du corps et de l'intérieur du corps. L'examen terminé, le TRM envoie les images dans le système d'archivage informatisé et remonte le corps dans le service de médecine légale, plus précisément en salle d'autopsie pour l'examen externe.

## Réduit à sa surface

16 Avant l'examen externe, la personne morte est couchée habillée sur le chariot en inox, ses effets personnels sont auprès d'elle. Rien n'a été touché depuis la levée du corps et on peut lire les circonstances de la mort : les « pendus » ont encore la corde autour de leur cou ; les personnes mortes à l'hôpital portent encore les cathéters et certains objets (tubes, électrodes) nécessaires aux soins et à la réanimation ; quant à cette jeune femme retrouvée morte au bord du lac, son visage et ses habits sont recouverts de vase et de sable. Les vêtements et les effets personnels sont énumérés, décrits, puis placés dans un sac en plastique blanc. Dès le moment où le préparateur commence à déshabiller et à nettoyer le corps, l'ontologie de ce dernier change. Cette mise à nu transforme la personne en corps à examiner : un ensemble de traces qu'il s'agit de lire, d'inventorier et d'objectiver. À partir du moment où le corps est nu sur la table, l'histoire de la personne n'est plus évoquée. L'examen se fait en silence, les échanges verbaux entre la médecin légiste et le préparateur sont réduits au strict minimum. L'examen du corps suit un ordre et une procédure standards. La médecin légiste commence par évaluer la rigidité cadavérique (plastique ou élastique) en pliant le bras du corps et en soulevant sa jambe. Puis, elle examine l'ensemble du corps, l'intérieur de la bouche et des paupières, de même que le cuir chevelu. Elle parcourt minutieusement le corps et relève chaque blessure, hématome ou cicatrice. Elle mesure les divers éléments à l'aide d'une réglette, le photographie, et en dicte une description détaillée dans le dictaphone.

17 L'utilisation de ces instruments — dictaphone, réglette, appareil photo — permet d'objectiver les traces qu'il porte et de mettre le corps à distance. Par ailleurs, la médecin touche le corps d'une manière assez particulière. Il s'agit d'un toucher technique et ponctuel : contrairement à celles du préparateur qui effectue un travail quasi continu de manipulation du corps et de soins (éponger, nettoyer, etc.), ses mains ne s'attardent pas sur le corps. Elle observe les lividités cadavériques<sup>17</sup>, appuie dessus puis retire rapidement sa main : l'évaluation de leur fixité ou de leur mobilité, si elles sont effaçables ou non sous la pression des doigts, est en effet importante pour déterminer les causes, la date et l'heure de la mort. La systématisation de l'examen participe de la neutralisation symbolique et affective du corps, réduit pendant un temps à sa surface : la peau, le cuir chevelu, les hématomes, les cicatrices, les lividités cadavériques puis l'intérieur des paupières, de la bouche et du nez. En se focalisant sur une partie du corps après l'autre, l'examen fait aussi perdre au corps son unité, même si cette perte est nettement plus marquée au moment de l'autopsie. Pour certains corps, le parcours en médecine légale se limite à l'examen externe : le corps n'est pas « ouvert ». Pour d'autres, sur demande du procureur, une autopsie a lieu, en général dans la même journée. Mais pour des cas spécifiques, notamment s'il y a une suspicion de problème cardio-vasculaire, une angiographie

post-mortem est d'abord réalisée.

## Rétablir la circulation sanguine

18 L'angiographie post-mortem, c'est la spécialité de la maison, pourrait-on dire. Inspirée de l'examen clinique<sup>18</sup>, l'angio-CT post-mortem a été développée il y a un peu plus d'une dizaine d'années sous la dénomination « Virtangio ». Dans le cas d'un corps sans vie, le principal défi est celui de la circulation du liquide de contraste, dans la mesure où la circulation sanguine est arrêtée. En partenariat avec l'entreprise suisse Fumedica, Silke Grabherr et son équipe ont mis au point une pompe et un liquide de contraste spécifique, permettant ainsi le transfert de l'angiographie du domaine clinique au domaine médico-légal. Il leur reste à éprouver et à standardiser cette technique encore relativement jeune d'un point de vue scientifique. Dans le quotidien du service, l'obligation d'accumuler des examens et d'en réaliser le plus possible est perceptible, pression qui est doublée d'une quête de l'inédit. Durant nos observations, il a été question, à un moment donné, de procéder à une angiographie sur le corps d'une enfant ; finalement, l'examen n'a pas eu lieu, mais cette perspective a suscité une certaine excitation.

19 Pour réaliser une angiographie, les TRM doivent d'abord pratiquer une canulation, autrement dit insérer des tubes dans les vaisseaux fémoraux, après avoir dénudé la veine et l'artère. Cette canulation se fait soit en salle d'autopsie avant de descendre le corps en salle de scanner, soit, plus souvent, en salle de scanner. Dans ce dernier cas, le sac qui contient le corps est ouvert uniquement partiellement pour permettre un accès au haut de la cuisse droite du corps. Selon l'anatomie du corps (l'épaisseur de la graisse surtout), la tâche est plus ou moins délicate.

*Il faut ensuite faire l'angiographie du Monsieur de ce matin, « le 179 », celui qui s'était étouffé avec un bout de lard. Il est environ 15 heures, c'est une longue journée. Même procédure que précédemment, [B, TRM] commence par dénuder la veine et l'artère. Il canule à droite. Scalpel, puis pince et ciseaux pour accéder aux vaisseaux. « Excusez-moi, Monsieur » dit [B, TRM] : c'est plus difficile que pour la dame d'avant. Il faut aller plus profond pour accéder à la veine et l'artère. Finalement, [B, TRM] dénude assez rapidement. Il a l'air content et soulagé. Il place les deux rubans en tissu, puis coupe la veine pour faire des prélèvements. (Notes d'observation, 16.6.2014)*

20 Pour les TRM, l'intervention sur le corps mort est quelque chose d'inédit. S'ils considèrent que le fait de pouvoir canuler comme un gain de compétences et d'autonomie (le geste est normalement de la responsabilité d'un médecin), le fait de devoir « creuser » pour aller chercher la veine et l'artère peut être éprouvant et susciter un certain malaise, au point de parler au mort et de s'excuser du geste qu'on est en train d'exécuter. Une fois la canulation réalisée, le corps et ses deux canules qui dépassent du sac sont installés sur la table du scanner.

21 Avant de débiter l'angiographie en tant que telle, le TRM réalise plusieurs prélèvements, qui font à leur tour varier l'ontologie du corps : sang (avant qu'il ne soit mêlé au produit de contraste), urine, ponction des poumons et de la vésicule, ainsi que, pour les corps putréfiés, prélèvements de gaz. Ces manipulations nécessitent d'ouvrir le sac dans lequel se trouve le corps pour dégager le haut du corps. Le visage reste toutefois recouvert d'un drap blanc. S'il y a eu une hémorragie, le prélèvement de sang est compliqué. Le préparateur, qui accompagne le TRM, masse alors énergiquement la jambe ou la surélève pour faire couler le sang : le corps devient outil de sa propre ponction. Pour le prélèvement de l'urine et les ponctions, c'est l'imagerie qui vient en renfort. Elle permet en effet de localiser les différents organes (poumons, vessie, vésicule). Les TRM les identifient sur les images, notent les coordonnées, se repèrent sur le corps et piquent. Ils doivent souvent s'y prendre à

deux fois. Il faut s'adapter à l'état du corps, ne pas trop le marquer ni laisser de traces des interventions nécessaires aux prélèvements, mais aussi savoir parfois renoncer. D'une certaine manière – et cela semble être l'adage des TRM – c'est le corps, assimilé à une forteresse, qui décide ce qu'il veut bien livrer. Impossible de le modifier, il faut s'y adapter.

22 L'angiographie peut enfin débiter. Après avoir entré les données du corps (âge, sexe, poids, taille) dans l'ordinateur de la pompe, rempli le réservoir de liquide de contraste et relié les canules à la pompe, le TRM entame l'examen. Il se rend ensuite derrière la console et lance le scanner, synchronisé avec la pompe. Toute l'attention est dirigée sur cette dernière (les éventuelles alarmes qui pourraient apparaître à l'écran) et sur la bonne réalisation de l'examen (vérification de la vascularisation des vaisseaux et particulièrement du cerveau). L'enjeu porte sur la réussite de l'angiographie, dont l'équipe souhaite prouver l'efficacité et améliorer les performances. Le corps sert de support pour démontrer les performances de l'angiographie post-mortem, au point presque de disparaître derrière la technologie. Mais les spécificités du corps (par exemple, un fort retour de caillots en fin d'examen) lui redonnent une existence, une visibilité et une individualité, dans la mesure où elles mettent la technologie à l'épreuve, quand elles ne la mettent pas en échec.

23 L'angiographie post-mortem est ainsi paradigmatique de la redéfinition des frontières entre vivant et mort, animé et inerte. En rétablissant artificiellement la circulation sanguine, elle « réanime » temporairement le système cardio-vasculaire et permet de visualiser son fonctionnement et ses éventuelles lésions, de manière dynamique. Elle autorise une forme de retour dans le temps, avant que le cœur ne s'arrête de battre. La spécificité et l'originalité de l'angiographie post-mortem réside précisément dans cette possibilité inédite de « simuler le vivant ». Cette possibilité suscite une véritable fascination, de même que la dimension esthétique que l'angiographie permet de produire. Le temps de l'examen, le corps mort n'est plus vraiment mort : il est dans un état intermédiaire, rendu possible par l'assistance de la technique, qui donne l'occasion de visualiser son « mécanisme » et ses « circuits ». En même temps qu'il n'est plus vraiment mort, il est réduit à sa dimension matérielle et à son système cardio-vasculaire.

24 En général, l'autopsie suit rapidement l'angiographie car certains médecins légistes craignent que le liquide de contraste ne dénature le corps mort et ne fausse les données. Il leur a déjà fallu s'habituer à la modification de la texture des organes, liée à l'injection d'un liquide de contraste huileux.

## Le corps dépecé

25 À condition que le procureur en fasse la demande, le corps subit une dernière épreuve : l'autopsie. L'examen est réalisé par un médecin légiste assisté par un préparateur. L'exemple qui sert ici de base à l'analyse concerne le cas d'une femme d'une trentaine d'années qui a été retrouvée morte au bord du lac. Les autorités judiciaires et l'équipe médico-légale émettent l'hypothèse d'un suicide mais veulent écarter celle d'une intoxication. Avec le fort vent qui soufflait, le corps a visiblement dérivé car il n'a pas été retrouvé à l'endroit où la jeune femme se serait jetée à l'eau. Les éléments complémentaires à disposition sont une lettre d'adieu retrouvée au domicile de la défunte, laquelle n'avait par ailleurs pas d'antécédents psychiatriques. Tout en commençant son travail et en préparant les instruments nécessaires à l'autopsie, le préparateur présente la vision qu'il a de son métier. Peut-être se sent-il obligé de le faire en prévision de la violence du spectacle pour les non-avertis : ce qui l'anime dans son métier, explique-t-il, c'est la recherche de la vérité qu'ils doivent au corps et à la famille. De son point de vue, si l'autopsie peut sembler brutale, elle

répond bien à un objectif digne.

- 26 L'autopsie commence. Le préparateur ouvre le corps en faisant une ouverture en Y au scalpel puis décolle la peau des côtes. La peau gît ensuite sur les côtés sur la table en inox. Le préparateur saisit ensuite un sécateur avec lequel il coupe les côtes et ouvre le thorax. Il peut ensuite commencer à sortir les organes et à les présenter à la médecin légiste. L'eau du robinet coule sans arrêt et la douchette est placée entre les jambes de la défunte. Le préparateur vide régulièrement le sang qui coule dans le thorax et l'abdomen à l'aide d'une cuillère et le verse sur la cuisse gauche du corps. Le sang coule entre les cuisses et descend jusqu'à l'écoulement au pied de la table en inox. Le préparateur sort un organe, le pèse, dit le poids à haute voix pour que la médecin légiste prenne note, puis cette dernière examine l'organe en question qu'elle dépose sur une planche (à découper). La médecin légiste l'inspecte, le sent, le nettoie avec une sorte de torchon bleu, le mesure, puis le tranche avec un grand couteau. Elle prend des photos à plusieurs moments. Elle examine chaque tranche attentivement et prend note des éventuelles anomalies, avant de dicter directement ses observations. Elle fait des prélèvements pour la pathologie mais aussi pour différentes recherches qui sont menées au centre. Une fois l'examen de l'organe terminé, elle le dépose dans une caisse grise sur une alaise qui a été préparée à cet effet. Entre chaque organe, elle nettoie la planche en plastique blanc avec le torchon bleu — il est peu question de stérilité ou d'hygiène, ce qui est plutôt inhabituel dans le domaine médical. L'examen du cœur est un peu plus long : la médecin légiste découpe plusieurs endroits (des vaisseaux) avec de tout petits ciseaux, puis elle l'examine plus en détails. Pour ce qui est de l'estomac, le contenu gastrique est versé dans un bocal en plastique transparent, son contenu (un liquide presque transparent, légèrement gris-vert) est décrit et quantifié en millilitres.

*Tout est fait très calmement, la médecin [légiste] et le préparateur se parlent peu, l'examen suit une routine visiblement bien rodée. Peu à peu, au fur et à mesure de l'autopsie, la dimension humaine du corps disparaît. À force d'être vidé, tranché, coupé, je ne vois plus la jeune femme qui s'est suicidée, mais juste un corps ouvert, dont on a sorti tous les organes. Il n'y a plus rien dans l'abdomen, on voit la colonne vertébrale depuis l'intérieur. (Notes d'observation, 16.5.2014)*

- 27 Après l'examen de l'abdomen et de la trachée, le préparateur débute l'examen de la tête et du cerveau. À l'aide d'un scalpel, il tranche le cuir chevelu et le décolle de la boîte crânienne, puis il saisit la scie circulaire et découpe l'os pour arriver jusqu'au cerveau. La scène est à la limite du soutenable pour l'observatrice qui fait face, dans un bruit assourdissant et au milieu d'un nuage de poussière d'os (le préparateur porte des lunettes), au visage de la défunte recouvert de son cuir chevelu retourné. Le dessous du cuir chevelu est examiné par la médecin légiste pour noter s'il y a des blessures ou des hématomes. Une fois le crâne ouvert, le préparateur sort le cerveau, le pèse, puis le donne à la médecin légiste qui l'examine. Elle sépare le cervelet, puis les deux hémisphères, tranche, observe, relève la beauté d'une coupe (une arborescence, jugée « très belle »), et prélève des morceaux pour des analyses.
- 28 Incisions, extractions, prélèvements, mesures, observation minutieuse : en dernière instance, l'autopsie ne se fait pas sur un corps, mais sur ses différentes parties et ses composants examinés indépendamment et successivement. Le cadavre, ouvert et ses organes retirés, ne ressemble plus à un corps humain mais à un ensemble composite – et provisoirement dispersé. C'est le processus qui compte, celui de l'examen successif de chaque élément, et non pas le support (le corps lui-même). L'enquêtrice peine à qualifier la vision à laquelle elle est confrontée une fois l'autopsie terminée ; en effet, le corps ne lui apparaît plus comme une personne, mais il n'est plus un « corps » également. Au-delà du trouble ressenti à l'observation d'une telle scène, ce qui frappe, au moment de l'analyse, est justement la signification que prend cet écart entre une appréhension « profane » (dans le sens de non-expert)

de la mort et la démarche médico-légale. Face à la brutalité apparente du geste, s'oppose une pratique extrêmement protocolisée (les différentes séquences s'enchaînent pareillement d'une autopsie à une autre), durant laquelle seuls quelques mots sont prononcés et qui ont, la plupart du temps, un rôle descriptif (le poids de tel organe, les notes orales enregistrées au dictaphone, etc.). La concentration est tout à la fois frappante et fondamentale : occupés à leur tâche, les professionnels passent en revue systématiquement chaque partie et c'est précisément cette attention, essentielle à l'enquête médico-légale, qui permet de donner une cohérence au corps dépecé. Découpé et morcelé, le corps "parle" : c'est grâce au dispositif d'autopsie qu'émergent les éléments diagnostiques et, en dernière instance, que s'élabore un récit sur les circonstances de vie d'une personne (ou du moins celles de son décès).

29 Si l'angiographie est l'exemple paradigmatique de la redéfinition de la frontière entre animé et inerte, l'autopsie incarne quant à elle un processus d'objectivation et de déshumanisation du corps. La suspension de la dimension humaine du corps et son traitement comme une collection d'organes autorise une telle entreprise de démantèlement. Le préparateur nous le rappelle lors de nos observations : hors du cadre médico-légal, de tels gestes seraient en effet assimilés à de la profanation de cadavres. L'objectivation du corps mort répond ainsi à une double injonction scientifique et morale. Après l'autopsie, il faut redonner une figure humaine au défunt qui pourra alors réintégrer son corps.

## L'humanité retrouvée

30 La dernière étape de l'autopsie consiste en une « *reconstruction* » du corps qui en efface en partie les traces. Le préparateur commence par recoudre le cuir chevelu. Il ne remet pas le cerveau dans la boîte crânienne, mais y place du tissu en cellulose qu'il roule : c'est pour que l'os tienne bien sur la tête, explique-t-il, pour qu'il n'y ait pas d'« *escalier* » sur le front (c'est un endroit que les proches des défunts touchent très souvent, ces professionnels portent donc un soin particulier à ce que le front soit bien lisse)<sup>19</sup>. Pour recoudre, il se sert d'une grosse aiguille avec un fil blanc relativement épais et fait de grands points en épis. Le préparateur met ensuite du tissu de cellulose dans la gorge et reforme le cou de la défunte : une fois qu'il a un peu absorbé l'humidité, ce tissu peut être modelé. Le cou de la jeune femme est d'abord très droit et rigide mais, une fois que le préparateur a appuyé de chaque côté, il reprend une apparence « naturelle ». Le préparateur descend au niveau du thorax et de l'abdomen et y replace un à un les organes. Il prend l'aise qui contient le cerveau, le pharynx et le larynx et met le tout dans l'abdomen. Puis, il recoud, en faisant « *la plus belle couture possible* », dit-il, sans graisse qui dépasse, en serrant les points pour éviter que des liquides ne sortent. Une fois la suture terminée, il douche le corps et le lave avec du savon à l'aide d'une éponge. Les traces de sang disparaissent et les traces de l'intervention humaine dans une certaine mesure aussi, même s'il reste la suture. Avant d'être transporté dans la chambre froide, le corps, placé sur un chariot dans un drap blanc, est pris en photo, ce qui permet de certifier que le préparateur l'a bien reconstruit et l'a rendu en « bon état ».

31 Le corps est restauré et redevient humain. Plus encore, il redevient une personne que les proches pourront récupérer. À l'intérieur toutefois, il n'est plus le même : tissu en cellulose en plus, échantillons et tranches d'organes en moins, les organes prélevés sont tous placés ensemble dans l'abdomen. Nous sommes arrivées ici à la fin du processus de transformation : le corps, cas ou sac, décliné en clichés, prélèvements, photographies, organes, notes, est de nouveau un défunt qui a retrouvé son unité. Mais si le corps du défunt quitte le service, il en reste encore des échantillons, des images radiologiques, des photographies, des observations sur la base desquels les experts peuvent poursuivre leurs investigations et rédiger le

rapport d'expertise médico-légale : il comprend un rapport d'autopsie, un rapport radiologique et les résultats des analyses de laboratoire. Ces divers éléments peuvent être analysés comme autant de transformations du corps qui, entre les mains des experts, sont moins des réductions que des représentations permettant de travailler sur le corps en son absence. Le rapport redonne une cohérence au cas examiné au moyen des liens qui sont établis entre chaque partie du corps analysée et chaque examen réalisé.

## Conclusion

32 Analyser le parcours et les différentes épreuves par lesquelles passe un corps dans ce service de médecine légale spécialisé en imagerie médico-légale permet d'ouvrir des pistes de réflexion tant sur les spécificités liées à l'utilisation de nouveaux outils radiologiques que, de manière transversale, sur le dispositif d'enquête médico-légale. Le corps mort est enregistré, mesuré, mis dans un sac, scanné, déshabillé, photographié, décrit, lavé, parfois injecté et son système vasculaire momentanément « réanimé », souvent ouvert, découpé, vidé, puis reconstruit et recousu. Ces épreuves ne donnent pas le même éclairage sur le corps : on ne voit pas la même chose avec un scanner, une autopsie ou une angiographie. Elles font aussi varier son ontologie et, en parallèle, le font osciller entre déshumanisation et réhumanisation, au gré des techniques de prise en charge des corps et de leurs caractéristiques propres. Arrivé en tant que défunt, le corps est dépersonnifié et devient un cas au moment où il est enregistré, puis un sac et des images lors de son passage au scanner ; le dispositif de description minutieuse de sa surface lors de l'examen externe le transforme en support de preuve ; il se réduit ensuite à son système cardio-vasculaire qui reprend vie grâce à la pompe au moment de l'angiographie ; l'autopsie vient ensuite décomposer le corps qui devient tissus, organes, tranches, échantillons, mais aussi photographies ; quant à l'étape de la reconstruction, elle reconstruit non seulement le corps mais aussi l'humanité du défunt. Les différentes épreuves jouent, déjouent ou rejouent également les frontières entre vivant et mort, animé et inerte, personne et cadavre. La reconfiguration de ces frontières répond à des exigences scientifiques, techniques, mais aussi normatives et morales. Le dispositif d'enquête médico-légale rend en effet acceptable ce qui, hors de ce cadre particulier, serait considéré comme de la profanation de cadavre. Il permet par ailleurs aux professionnels de mettre à distance non seulement les morts mais aussi la mort. Pour ces porte-parole des morts, cette prise de distance devient un impératif dans les cas qui les touchent, en particulier les enfants, pour lesquels déterminer les causes de la mort relève d'un engagement moral.

33 Le passage du corps en médecine légale peut finalement être qualifié de moment d'entre-deux où les corps ne sont pas tout à fait morts dans la mesure où les professionnels les éprouvent et les équipent pour les faire parler. En d'autres termes, le dispositif médico-légal « ventriloquise » les corps. Dans le cadre de ce dispositif, les techniques d'imagerie médicale jouent un rôle spécifique du point de vue de la frontière entre la vie et la mort. Elles rendent en effet invisibles les signes organiques de la décrépitude du cadavre et esthétisent la mort. Elles permettent par ailleurs d'imiter le fonctionnement biologique du corps vivant. Elles franchissent un cap supplémentaire par rapport à d'autres formes de représentations du corps (échantillons, notes, photographies) qui survivent elles aussi lorsque le corps quitte le service, et permettent de traiter du corps en son absence : le regard que les enquêteurs portent sur les images ne dépend pas de celui qu'ils ont porté sur lui en sa présence. C'est probablement pour leur pouvoir de « réanimation » des morts et de transgression de la frontière entre vivant et mort que les techniques d'imagerie médico-légale paraissent si prometteuses aux professionnels de la médecine légale et

suscitent un tel enthousiasme.

---

## Bibliographie

AKRICH M., 1994. « Comment sortir de la dichotomie technique / société », In LATOUR B. et LEMONNIER P. (dir.), *De la préhistoire aux missiles balistiques: l'intelligence sociale des techniques*. Paris, La Découverte: 105-131.

BAL R., 2005. « How to Kill with a Ballpoint: Credibility in Dutch Forensic Science », *Science, Technology, & Human Values*, 30(1): 52-75.

DOI : 10.1177/0162243904270722

BASZANGER I., 2000. « Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur: les frontières invisibles des innovations thérapeutiques », *Sciences sociales et santé*, 18(2): 67-94.

DOI : 10.3406/sosan.2000.1491

BESSY C. et CHATEAURAYNAUD F., 2014 [1995]. *Experts et faussaires: pour une sociologie de la perception*. Paris, Pétra.

BOLLIGER S.A. et THALI M.J., 2015. « Imaging and virtual autopsy: looking back and forward », *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 370(1674) [en ligne], <http://rstb.royalsocietypublishing.org/content/370/1674/20140253> (page consultée le 28/08/2016).

BOULLIER D., 1995. « Du patient à l'image radiologique: une sociologie des transformations », *Techniques & culture*, 25-26: 19-34.

DOI : 10.4000/tc.500

BRANDLI F. et PORRET M., 2014. *Les corps meurtris. Investigations judiciaires et expertises médico-légales au XVIIIe siècle*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

CALLON M. et RABEHARISOA V., 1999. « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale: ou comment faire disparaître la personne du patient? », *Sociologie du Travail*, 41: 143-162.

DOI : 10.1016/S0038-0296(99)80014-4

CEFAÏ D. (dir.), 2010. *L'engagement ethnographique*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

CHATEAURAYNAUD F., 2004. « L'épreuve du tangible. Expériences de l'enquête et surgissements de la preuve », In KARSENTI B. et QUÉRÉ L. (dir.), *La croyance et l'enquête. Aux sources du pragmatisme*. Paris, Éditions EHESS: 167-194.

COOREN F., 2010. « Ventriloquie, performativité et communication. Ou comment fait-on parler les choses », *Réseaux*, 5 (163): 33-54.

DIRNHOFER R., JACKOWSKI C., VOCK P., POTTER K. et THALI M.J., 2006. « VIRTOPSY: Minimally Invasive, Imaging-guided Virtual Autopsy », *RadioGraphics*, 26(5): 1305-1333.

DOI : 10.1148/rg.265065001

DUMOULIN L., 1999. « La médecine légale aux fondements de l'expertise judiciaire, de l'activité de médecin légiste à la profession d'expert », *Equinoxe*, 22: 65-77.

GOLAN T., 2004. « The Emergence of the Silent Witness: The Legal and Medical Reception of X-rays in the USA », *Social Studies of Science*, 34(4): 469-499.

GRABHERR S., DOMINGUEZ A. et MANGIN P., 2011. « L'angio-CT post-mortem: un nouvel outil diagnostique », *Revue médicale suisse*, 7(303): 1507-1510.

GRABHERR S., LESTA M.D.M., RIZZO E., MANGIN P. et BOLLMANN M., 2008. « L'imagerie forensique », *Revue médicale suisse*, 4(164): 1609-1614.

HALFON S., 1998. « Collecting, Testing and Convincing: Forensic DNA Experts in the Courts », *Social Studies of Science*, 28(5-6): 801-828.

JOHNSON-MCGRATH J., 1995. « Speaking for the Dead: Forensic Pathologists and Criminal Justice in the United States », *Science, Technology, & Human Values*, 20(4): 438-459.

DOI : 10.1177/016224399502000403

JOYCE K., 2005. « Appealing Images: Magnetic Resonance Imaging and the Production of Authoritative Knowledge », *Social Studies of Science*, 35(3): 437-462.

JUSTON R., 2016. « Comment une tache de sang devient-elle une preuve? Ingrédients et recettes des preuves médico-légales », *Droit et Société*, 93(2): 395-416.

KAUFMAN S.R., 2000. « In the Shadow of "Death with Dignity": Medicine and Cultural Quandaries of the Vegetative State », *American Anthropologist*, 102(1): 69-83.

DOI : 10.1525/aa.2000.102.1.69

KRUSE C., 2010. « Forensic evidence: Materializing bodies, materializing crimes », *European*

*Journal of Women's Studies*, 17(4): 363-377.

DOI : 10.1177/1350506810377699

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. et KAUFMANN L. (dir.), *La sociologie cognitive*. Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme: 249-274.

LYNCH M., 1998. « The Discursive Production of Uncertainty: The OJ Simpson "Dream Team" and the Sociology of Knowledge Machine », *Social Studies of Science*, 28(5-6): 829-868.

MANDRESSI R., 2009. « De l'oeil et du texte. Preuve, expérience et témoignage dans les "sciences du corps" à l'époque moderne », *Communications*, 84(1): 103-118.

MAURO C., 2006. « Au-delà de la mort, la survivance du corps pour les professionnels médico-légaux, mortuaires et funéraires », *Etudes sur la mort*, 1(129): 99-108.

MEMMI D. et TAÏEB E., 2009. « Les recompositions du "faire mourir": vers une biopolitique d'institution », *Sociétés contemporaines*, 75(03): 5-15.

DOI : 10.3917/soco.075.0005

MOL A., 2002. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, N.C., Duke University Press.

MULKAY M. et ERNST J., 1991. « The changing profile of social death », *European Journal of Sociology / Archives européennes de sociologie*, 32(1) : 172-196.

DOI : 10.1017/S0003975600006214

OUDSHOORN N. et PINCH T., 2003. *How users matter : the co-construction of users and technologies*. Cambridge, Mass., MIT Press.

PRIOR L., 1987. « Policing the Dead: A Sociology of the Mortuary », *Sociology*, 21(3): 355-376.

DOI : 10.1177/0038038587021003004

RÉMY C. et WINANCE M., 2010. « Pour une sociologie des "frontières d'humanité" », *Politix*, 2(90): 7-19.

DOI : 10.3917/pox.090.0007

REY S. et SCHNEGG C., 2016. « Faire parler les morts: la preuve par l'image? Réflexions anthropologiques sur les développements récents de l'imagerie forensique », *Tsantsa*, 21: 150-165.

SCHNEIDER B., CHEVALLIER C., DOMINGUEZ A., BRUGUIER C., ELANDOY C., MANGIN P. et GRABHERR S., 2012. « The forensic radiographer: a new member in the medicolegal team », *The American journal of forensic medicine and pathology*, 33(1): 30-36.

SCHULIAR Y., 2012. « Les morts judiciaires - le rôle de la Médecine Légale. Le cas particulier de l'identification des victimes de catastrophes », *Etudes sur la mort*, 2(142): 193-223.

SOUFFRON V., 2015. « De l'autopsie à la virtopsie », *Communications*, 97(2): 57-71.

DOI : 10.3917/commu.097.0057

THALI M.J., JACKOWSKI C., OESTERHELWEG L., ROSS S.G. et DIRNHOFER R., 2007. « VIRTOPSY - The Swiss virtual autopsy approach », *Legal Medicine*, 9(2): 100-104.

DOI : 10.1016/j.legalmed.2006.11.011

TIMMERMANS S., 2002. « The cause of death vs. the gift of life: boundary maintenance and the politics of expertise in death investigation », *Sociology of Health & Illness*, 24(5): 550-574.

DOI : 10.1111/1467-9566.00308

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

WHITE D. et DU MONT J., 2009. « Visualizing sexual assault: An exploration of the use of optical technologies in the medico-legal context », *Social Science & Medecine*, 68(1): 1-8.

DOI : 10.1016/j.socscimed.2008.09.054

WOLF J., 2012. « Le travail en chambre mortuaire: invisibilité et gestion en huis clos », *Sociologie du Travail*, 54(2): 157-177.

DOI : 10.1016/j.soctra.2012.03.023

WOLF J., 2013. « Du silence des corps aux méandres des mots : une incursion ethnographique en chambre mortuaire », *Socio-anthropologie*, 27 [en ligne], <http://socio-anthropologie.revues.org/1485> (page consultée le 7/06/2017).

DOI : 10.4000/socio-anthropologie.1485

---

## Notes

1 Article 253 (« Mort suspecte ») du Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 (=

CPP ; RS 312.0).

2 Le présent article développe et étaye certaines pistes d'analyse que nous avons évoquées dans le cadre d'une précédente publication (Rey & Schnegg, 2016).

3 L'utilisation des rayons X dans le cadre médico-légal se fait depuis la découverte de ces derniers à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, en particulier pour identifier les cadavres au moyen de radiographies dentaires (Golan, 2004). On assiste toutefois, depuis les années 2000, à un transfert de technologies récentes d'imagerie du domaine clinique au domaine médico-légal et à l'émergence d'un domaine de recherche, de pôles de compétences et de centres d'expertise autour de l'imagerie post-mortem en tant que telle.

4 La TDM est plus connue sous son appellation anglophone : *computed tomography [CT] scan*, où le « scanner » désigne la machine seulement et non la technique d'imagerie médicale.

5 Le CURML regroupe depuis 2007 les centres de médecine légale des universités de Genève et Lausanne ; son unité de médecine forensique réalise toutes les autopsies de Suisse romande. Nous remercions l'équipe du CURML pour son accueil, en particulier Prof. Patrice Mangin, ancien directeur du CURML, Prof. Silke Grabherr, directrice du CURML, Alexandre Dominguez et Audrey Rinaldi, techniciens en radiologie médicale forensiques, ainsi que tous les membres de l'unité d'imagerie médico-légale, les médecins légistes, les médecins radiologues et les préparateurs de la salle d'autopsie.

6 Nos observations se sont déroulées sur une dizaine de jours, en fonction de l'activité du service (présence ou non de morts à examiner), entre mai et juillet 2014. Toutes les observations ont été menées par l'une de nous, Céline Schnegg, ce qui justifie que les notes d'observation renvoient régulièrement à un « je ».

En complément de ces observations, nous avons analysé la littérature médicale (articles, ouvrages et atlas) autour de l'imagerie post-mortem, participé à plusieurs colloques et à l'International Training for Radiographers in Forensic Radiology (11-12 novembre 2013), organisé par le Centre universitaire romand de médecine légale, le Centre hospitalier universitaire vaudois, la Haute école de santé Vaud et l'entreprise Fumedita.

7 Voir notamment Boullier (1995) et Joyce (2005).

8 Sur la question des usages des techniques, voir notamment Akrich (1994) et Oudshoorn & Pinch (2003).

9 Pour une réflexion allant dans le même sens, voir Callon & Rabeharisoa (1999) qui traitent des reconfigurations du corps et de la personne dans le contexte du travail chirurgical. C'est également dans cette optique que nous analysons les données issues de la recherche « Voir, penser et faire par des images : étude anthropologique de la médiation technique à l'œuvre dans la pratique professionnelle des technicien-ne-s en radiologie médicale », financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (Fonds DORE, 2012-2014, S. Rey, J. Jorge, C. Schnegg).

10 Si notre analyse se concentre sur les pratiques d'enquête sur les corps morts, il y a également tout un pan de l'activité en médecine légale dite clinique qui se fait sur les personnes vivantes, par exemple dans les cas de violences.

11 Sur l'articulation entre mort biologique et mort sociale, voir Mulkay et Ernst (1991).

12 Voir par exemple Baszanger (2000), Kaufman (2000), Memmi et Taïeb (2009).

13 Les TRM sont l'équivalent des manipulateurs en électroradiologie médicale en France.

14 Judith Wolf (2013) relève cette même importance de faire et ne pas rester spectatrice dans le cadre de son enquête sur les chambres mortuaires.

15 Il est parfois plus difficile pour les professionnels de « refroidir » la mort. Ce fut par exemple le cas à la suite d'un accident d'autocar qui a causé la mort de 28 personnes dont 22 enfants : face à l'arrivée de tant de morts, qui plus est majoritairement des enfants, la prise de distance s'avère particulièrement compliquée, alors qu'elle est d'autant plus nécessaire face à la gravité et aux enjeux de la situation.

16 Cette expression, courante dans le domaine radiologique, signifie qu'il faut scanner le corps de la tête aux pieds afin de pouvoir visualiser toutes les parties du corps.

17 Colorations rouges à violacées du cadavre qui apparaissent à la suite de l'arrêt de la circulation sanguine. La vitesse de leur apparition et leur emplacement dépendent de différents facteurs (température et humidité du lieu, position du corps).

18 L'angiographie, imagerie des vaisseaux sanguins, recourt en clinique à l'injection d'un produit de contraste qui se mélange au sang et rend ainsi visibles, aux rayons X, le système vasculaire et ses éventuelles lésions.

19 Des démarcations entre professions sont à signaler ici, tout comme à la fin de la reconstruction : les préparateurs marquent clairement la limite entre leur pratique (tout ce qui accompagne l'autopsie : ouverture, extractions, nettoyage, suture) et celle des pompes funèbres ou des thanatopracteurs. Il s'agit pour eux de rendre le corps dans un état le plus

proche possible de ce qu'il serait sans intervention médico-légale : remettre les organes à leur place (le préparateur nous signale que tous les centres ne le font pas forcément), faire une belle suture, reformer les parties du corps vidées de leur contenu (tête, cou). Cela passe également par une définition de ce qu'ils ne font pas : les soins de conservation et le travail de présentation du cadavre, par exemple peigner la dépouille — « à *chacun son travail* » et ce n'est pas celui des préparateurs. À propos des différents groupes professionnels qui collaborent à la prise en charge des morts à l'hôpital, voir Wolf (2012).

---

## ***Pour citer cet article***

### *Référence électronique*

Céline Schnegg et Séverine Rey, « Quand les morts passent un scanner », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 15 | 2017, mis en ligne le 29 novembre 2017, consulté le 12 décembre 2017. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2698> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.2698

---

## ***Auteurs***

### **Céline Schnegg**

Adjointe scientifique, Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse, [celine.schnegg@hesav.ch](mailto:celine.schnegg@hesav.ch)

### **Séverine Rey**

Professeure HES ordinaire, Haute école de santé Vaud (HESAV), Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne, Suisse, [severine.rey@hesav.ch](mailto:severine.rey@hesav.ch)

---

## ***Droits d'auteur***



*Anthropologie & Santé* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.