

Université BADJI MOKHTAR
Faculté De Médecine
Année Universitaire 2021-2022
Module de Médecine Légale

Dr SAKER Lilia, Maitre assistante en médecine légale

Cours intitulé :

LA PENDAISON

Les objectifs pédagogiques :

- Connaître les signes de l'asphyxie.
- Savoir différencier entre les types de pendaison.
- Connaître la conduite à tenir devant un décès par suicide

Plan:

I-Introduction-définition

II-Modes de pendaison:

- 1) Complete
- 2) incomplète

III-Mécanisme de la mort par pendaison:

IV-Clinique:

V-Formes médico-légales:

- 1) Pendaison suicide
- 2) Pendaison accidentelle
- 3) Pendaison homicide
- 4) Pendaison supplice

VI-Expertise médico-légale:

- a) État des lieux-levée de corps :
- b) Examen externe:
- c) Autopsie:

VII-Problèmes médico-légaux

VIII-Diagnostic différentiel

IX-Conclusion

X-Références bibliographiques



I-Introduction-définition :

La pendaison est une mort violente que **Tardieu** l'a défini comme étant « un acte de violence au cours duquel le corps pris le cou, dans un lien attaché à un point et abandonné à son propre poids, exerce sur le lien suspenseur une traction assez forte pour amener la mort ».

La constriction est passive, brutale et verticale ce qui la différencie de la constriction active, progressive et horizontale de la strangulation au lien.

II- Modes de pendaison : il en est deux grands types :

Pendaison complète : 70% dans ce cas la suspension du corps est totale, il n'y a aucune appui les forces de traction sont donc verticales et passives

Pendaison incomplète : 30% des cas, la suspension du corps n'est pas totale, les membres inférieurs ou la partie inférieure du tronc reposent sur le sol ou un support quelconque.

III-Mécanisme de la mort par pendaison:

A/ ischémie cérébrale :

L'interruption de la circulation céphalique par la compression des carotides.

B/ asphyxie par obturation des voies aériennes :

C/inhibition :

La mort est immédiate par syncope [pendu blanc].

D/ précipitation: à l'origine de lésions vertébro-médullaires

IV- Clinique:

La pendaison peut se dérouler en trois phases:

A/ Phase initiale :

Rougeur de la face; sifflements dans les oreilles ; émission de sperme; puis perte de connaissance.

B/ Phase convulsive :

Des convulsions pouvant entraîner un désordre parmi les objets à proximité et des ecchymoses des membres.

C/ Phase terminale :

C'est la mort apparente.

V-Formes médico-légales:

elle est presque toujours suicidaire, parfois accidentelle et exceptionnellement criminelle;

1) La pendaison suicidaire:

C'est le mode de suicide le plus fréquent du fait de son caractère radical et de sa facilité d'exécution.

2) La pendaison accidentelle:

Ce sont surtout les enfants attachés dans un lit d'adulte par des sangles.
Des accidents survenaient chez les acrobates au cours de démonstration publique.
Chez l'adulte la pendaison accidentelle est rare.

3) La pendaison d'origine criminelle :

Elle est exceptionnelle.

4) La pendaison supplice :(exécution judiciaire) :

La pendaison a toujours été le supplice ordinaire.

VI-Expertise médico-légale :

a) État des lieux-levée de corps :

Le médecin légiste se déplace sur les lieux sur réquisition, il doit étudier le lien, les nœuds, point de suspension, la position du corps, position du nœud,

***le lien utilisé :** sa résistance et son élasticité

***les nœuds :** sont très instructifs, chaque profession a sa manière à elle de faire les nœuds, le nœud peut être fixe ou coulant,

***la position du nœud :** par rapport au cou est plus fréquemment nucale, quelque fois latérale, exceptionnellement antérieure. **Fig 1**

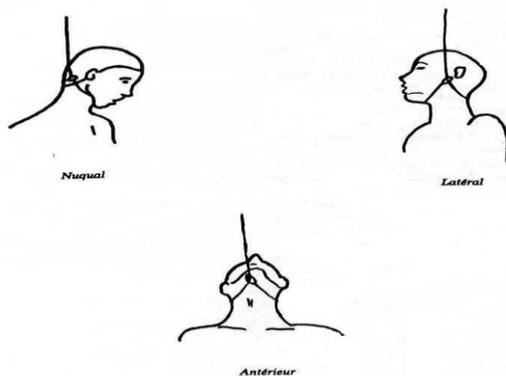


Figure 1 : position du nœud par rapport au cou

***le point de suspension :**

Le point de suspension est une grande variabilité selon que la pendaison est complète ou incomplète, dans le premier cas la victime choisit un élément haut situé dont la solidité est à toute épreuve (poutre, balustrade d'escalier, branche d'arbre...);

Dans les pendaisons incomplètes, la victime est souvent suspendue à un élément ménager (poignée d'un placard, escabeau, montant d'un lit, poignée d'une fenêtre, ou d'une porte).

***la position du corps :** il est habituel de distinguer les pendaisons complètes dans lesquelles la victime ne repose sur aucun élément solide, les pendaisons incomplètes ou elles reposent d'une manière plus ou moins importante sur quelque chose.

b) Examen externe:

• **La rigidité et les lividités :**

La rigidité est classiquement précoce et intense, avec une émission de sperme ;

Les lividités siègent au-dessous de la ceinture, elles sont bien marquées au niveau des avant bras et des mains, des jambes et des pieds.

• **L'extrémité céphalique :**

La face est pale ou congestive avec des pétéchies, que l'on peut retrouver au niveau des conjonctives.

• **Le sillon :**

Sillon cervical qui est l'empreinte du lien au niveau du cou: **haut situé, sus hyoïdien, oblique vers le haut, généralement incomplet, unique,**

Sa **profondeur** dépend du poids du corps, de l'étroitesse du lien et du temps de suspension.

On constate parfois au voisinage du sillon des ecchymoses et des **excoriations** dues à des manœuvres de dégagement par le sujet lui-même.

• **Les autres lésions corporelles :**

Des lésions d'automutilation, des lésions dues aux convulsions qui sont secondaires aux chocs du corps de la victime contre les objets voisins et se présentent sous la forme d'ecchymoses, de dermabrasions et plus rarement de plaies.

c) Autopsie:

❖ **le cou :**

1- Des ecchymoses du tissu cellulaire sous-cutané, par choc du bloc pharyngé sur le plan vertébral, et des muscles ;

2- Des ecchymoses pharyngées et rétro pharyngées,

3- Des ruptures musculaires avec ou sans infiltration sanguine dans les muscles, stylo-hyoïdien, digastrique et du sterno-cléido-mastoïdien (chef antérieur) ;

4- Sur le plan vasculaire les lésions sont à type de:

- manchon ecchymotique de la tunique externe des carotides ;
- rupture de la tunique interne de la carotide primitive ; décrite par **AMUSSAT**,
- -les artères vertébrales sont exceptionnellement examinées, leurs compression s'effectuant entre la 3^{ème} et la 4^{ème} vertèbre, c'est à ce niveau qu'il faudrait éventuellement chercher les lésions ;

5- Les fractures au niveau de l'os hyoïde sont assez fréquentes, dont la corne de celui-ci comprimé sur le plan vertébral se rompt assez souvent, des fractures parcellaire de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde, une luxation du cartilage aryténoïde ou la radiographie du larynx permettent de mieux analyser ces lésions.

6-Des lésions diverses du rachis cervical, par luxation, décollement et fracture.

❖ Thorax-crâne :

Les viscères sont le siège d'un **syndrome asphyxique**

VII-Problèmes médico-légaux:

Q1) la mort est elle due a la pendaison?

- l'absence de toute ecchymose au niveau cervical,
- la présence de lésions de violence
- l'absence de lividités au niveau des membres inférieurs (à moins que le corps ait été suspendu dès la mort).
- le taux de sang en phospholipides qui peuvent être élevé en dehors de la pendaison.

Q2) la mort est elle due à un suicide, à un accident ou un homicide?

La réponse résulte autant des données de l'enquête que de l'autopsie:

1-en faveur de pendaison accidentelle: il existe un faisceau d'arguments tiré de mode de suspension, de l'état des lieux et des commémoratifs.

2-en faveur de suicide : l'intention exprimée ou écrite de se donner la mort, les antécédents neuropsychiatriques, l'existence d'un dispositif retrouvé à proximité (échelle, chaise), la hauteur qui sépare les pieds du sol, absence de désordre, le cas de suicide doublé, autres arguments de valeur : l'existence sur les mains du cadavre des particules du lien, le type du nœud coulant réalisé peut être aussi un indice, certains nœuds employés sont pratiquement le signe d'une profession manuelle let que le nœud du marin .

3-en faveur d'homicide : toute incohérence relevée dans les cas précédents.

Q3) à quand remonte la mort?

On peut se rapporter à la température du corps, à l'état de rigidité, au contenu gastrique, au contenu vésical, à la putréfaction, mais ce sont des indications toujours assez imprécises ;

VIII-Diagnostic différentiel:

	pendaison	Strangulation au lien
Forme médico-légale	suicide	crime
Etats des lieux	ordonnés	désordonnés
Force de traction	Passive et verticale	Active et horizontale
Examen externe	*sillon oblique, haut situe, au dessus du larynx ; il est incomplet, très marqué	*Sillon bas situe, au dessous du larynx ; il est horizontal. par rapport a l'axe du cou ; il est marqué uniformément

	<p>au niveau de l'anse.</p> <p>*pas de lésions de violence ; on peut trouver des lésions agoniques surtout au niveau des jambes</p> <p>*visage hébété</p> <p>*lividités aux membres inférieurs</p>	<p>autour du cou ; en l'absence d'interposition des vêtements</p> <p>*lésion de violence ou de lute</p> <p>*visage terrifié</p> <p>*lividités variables.</p>
autopsie	<p>Lésions de l'appareil laryngé moins importantes</p> <p>Syndrome asphyxique peu marqué</p>	<p>Lésions l'appareil laryngé sur importantes</p> <p>Syndrome asphyxique très marqué</p>

IX-Conclusion:

La pendaison est le mode le plus fréquent de suicide, elle peut être accidentelle, rarement criminelle, en pratique courante elle ne pose pas de problèmes, néanmoins quelques cas de pendaisons homicide ont posé un sérieux problème diagnostique, la simulation de pendaison appelée suspension est possible après strangulation ou violence diverses ayant entraîné la mort et pour la camoufler en suicide , dans ces cas, on retrouve toujours quelques traces de lutte et en général quelque discordance qui le différencie de la pendaison vraie.

Habituellement le diagnostic de pendaison est fait à l'examen externe par la constatation du sillon cervical caractéristique, ainsi qu'à l'autopsie mais peu spécifique, montrant un état asphyxique général, donc il faut être particulièrement vigilant lors de l'examen d'un pendu pour ne pas passer à côté d'un homicide.