

Comité consultatif

William D. Haglund, PhD
Anthropologie légale

Nizam Peerwani, MD
Pathologie légale

Yvonne Milewski, MD
Pathologie légale

Robert Bux, MD
Pathologie légale

David Coffman, BS
*Analyse et base de données
ADN*

Mary Ellen Keough
*Sociopsychologue et aide
aux victimes*

Rapport d'autopsie

Affaire no.TOGOAGB20080907

Nom : Atsutsè Kokouvi AGBOBLI
Âge approximatif : 67 ans
Sexe : Masculin
Taille : 170 cm
Poids : 73-77 kg (estimation)

Résumé général : Le matin du 15 Août 2008, vers 10h, un corps sans vie a été trouvé sur la plage de Lomé par des pêcheurs. Plus tard, le corps a été identifié par les forces de police comme étant celui de Atsutsè Kokouvi AGBOBLI (Ministre AGBOBLI), qui avait disparu plus de vingt-quatre heures auparavant. Le ministre AGBOBLI était un universitaire, un historien, un journaliste et un spécialiste des Sciences Politiques. Il était également ex-ministre de la communication et de la culture, ex-ministre des relations avec le Parlement, et plus récemment président et fondateur du Mouvement pour le Développement National (MODENA), un parti d'opposition.

Le 16 Août 2008, le professeur Gado NAPO-Kura de Lomé a effectué une autopsie et a plus tard publié un rapport rédigé déclarant que la mort n'était pas due à une noyade ou à un acte de violence mais qu'il s'agissait probablement « d'une mort par intoxication médicamenteuse ».

Le 29 Août 2008, Médecins pour les droits de l'homme (Physician for Human Rights, PHR) à Cambridge, dans le Massachusetts (Etats-Unis) a reçu une demande officielle de M. Musa Gassama, Représentant du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme au Togo, OHCHR-Togo Bureau de Lomé, pour une deuxième autopsie sur les restes du ministre. AGBOBLI.

Le médecin légiste en chef pour PHR, Nizam Peerwani, MD, qui a procédé à des entretiens indépendants, des examens des rapports médicaux dans le cadre de la deuxième autopsie sur le cadavre du Ministre AGBOBLI a conclu que :

1. Le ministre Atsutsè Kokouvi AGBOBLI a souffert d'un mineur infarctus aigu du myocarde avant la mort
2. La mort du ministre Atsutsè Kokouvi AGBOBLI n'est pas due à l'intoxication médicamenteuse aiguë ou à des dommages traumatiques
3. La cause de décès la plus probable est la noyade
4. Le ministre AGBOBLI était déprimé et a déjà effectué au moins une fois une tentative de suicide. Cette enquête ne peut expliquer pourquoi le corps a été retrouvé nu sur la plage – ceci demeure une énigme..

Rappel : Le matin du 15 Août 2008, vers 10h, un corps sans vie a été trouvé sur la plage de Lomé par des pêcheurs. Plus tard, le corps a été identifié par les forces de police comme étant celui de Atsutsè Kokouvi AGBOBLI (Ministre AGBOBLI), qui avait disparu plus de vingt-quatre heures auparavant.

Le ministre AGBOBLI était un universitaire, un historien, un journaliste et un spécialiste des Sciences Politiques. Il était également ex-ministre de la communication et de la culture, ex-ministre des relations avec le Parlement, et plus récemment président et fondateur du Mouvement pour le Développement National (MODENA), un parti d'opposition.

Un communiqué officiel publié par le Ministre Togolais de la Sécurité et la Protection Civile a déclaré que le ministre AGBOBLI avait été admis à la clinique Biasa le 13 août 2008 autour de midi, « a la suite d'une absorption (*ingestion*) de substances nocives afin de commettre un suicide ». À la clinique, le ministre AGBOBLI a été correctement suivi mais tôt le lendemain, vers 4h00 du matin, le jeudi 14 août 2008, il a quitté la clinique sans autorisation médicale et a été conduit par son chauffeur à l'hôtel Mercure Sarakawa, après une petite escale à l'hôtel Palm Beach. Le Ministre AGBOBLI est apparemment descendu à environ 100 mètres de l'hôtel Sarakawa et n'a été jamais revu jusqu'à ce que son corps ait été découvert sur la plage le lendemain. Après la découverte du corps, il a été demandé au procureur de la république et au Professeur Gado NAPO-Kura, chef de la section « pathologie anatomie » du Centre Hospitalier Université de Lomé d'effectuer une autopsie sur le corps du Ministre AGBOBLI afin d'établir les causes exactes du décès. Le 16 août 2008, professeur Gado NAPO-Kura a effectué une autopsie et a plus tard publié un rapport rédigé déclarant que la mort n'était pas due à la noyade ou à un acte de violence mais qu'il s'agissait probablement « d'une mort par intoxication médicamenteuse ».

Le 29 Août 2008, Médecins pour les droits de l'homme (Physician for Human Rights, PHR) a reçu une demande officielle de M. Musa Gassama, Représentant du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme au Togo, OHCHR-Togo Bureau de Lomé, pour qu'une deuxième autopsie soit effectuées sur le cadavre du ministre. AGBOBLI,

J'ai voyagé à Lomé (Togo), arrivant le dimanche 7 septembre 2008. Afin de m'aider dans mon enquête, j'ai obtenu :

1. Le rapport d'hospitalisation produit par Dr. M.K. FIADJOE de la clinique Biasa
2. Le rapport médico-légal d'autopsie produit par Professeur Gado NAPO-Kura
3. un entretien avec les médecins, les parents proches, les membres de la police qui ont examiné le corps sur la plage, de même que le matériel d'autopsie y compris les pièces histologiques et les radiographies.

4. par DHL le 26 septembre 2008

- (a) Treize (13) blocs de paraffine
- (b) Des Tissus trempés au formol à 10%
- (c) Trois fioles contenant chacune de l'urine post mortem, des substances gastriques et du sang du Ministre AGBOBLI prélevés lors de la première autopsie
- (d) Une fiole avec le sang d'Ayaaoui AGBOBLI (pour des analyses d'ADN - afin d'établir la paternité)
- (e) Le rapport d'enquête de OHCHR Togo sur la mort de M. Atsutse (traduction en anglais) (reçue le 29 octobre, 2008 par courrier électronique).

J'ai effectué une deuxième autopsie complète sur le ministre AGBOBLI à la morgue du Centre Hospitalier Universitaire de Lomé le lundi 8 septembre 2008 commençant à 15h30, documentant mes résultats aussi bien avec des notes qu'avec des photographies. Ce rapport et mes conclusions sont basés sur ce que j'ai observé, ce que j'ai recueilli de mes entretiens indépendants ainsi que des rapports que j'ai reçus et examinés.

“DISCUSSION”: La mort subite, inattendue et non expliquée du ministre AGBOBLI et l'état dans lequel son corps a été découvert soulève incontestablement des questions sur les circonstances de sa mort. Il y a quatre explications probables quand aux raisons de sa mort :

1. Noyade
2. Intoxication médicamenteuse aiguë
3. Dommages traumatiques ou d'autres causes artificielles comprenant l'électrocution
4. Mort naturelle

1. Noyade : La conclusion aboutissant à une mort par noyade résulte d'un processus d'élimination ou d'exclusion des autres causes. Les indices physiques non spécifiques ainsi que les circonstances entourant la découverte du corps plutôt que la mise en œuvre de tests spécifiques réalisés à l'autopsie sont les critères habituels. Du fluide sanguin et mousseux devrait être présent ou absent des voies respiratoires. Le degré de ballonnement provenant des gaz de décomposition varie en fonction du temps et de la température. Le ridement de la peau, le contenu de l'estomac et le degré de raideur sont autant de critères d'analyse. Les corps peuvent être affectés, après la mort, par des objets solides provoquant des blessures post mortem. Dans le passé, des tests de variation d'acidité du sang étaient effectués – ces tests ne sont généralement pas considérés comme des indicateurs non fiables. Les différences de niveau de chlorure au niveau du coeur, souvent citées comme preuves, ne sont pas

toujours spécifiques à la noyade. Par ailleurs le test de « flottaison » c'est-à-dire la tentative de faire flotter les poumons récupérés du corps dans un seau d'eau, est aussi incertain que le test de « diatom » ou la présence de sang dans l'oreille moyenne etc... L'inhalation de fluide ou l'étouffement par l'eau a habituellement comme conséquence une forte accumulation de fluide dans les poumons (oedème pulmonaire). Alternativement, les poumons peuvent paraître relativement « normaux, » et il est présumé que le spasme musculaire ou l'obstruction momentanée du larynx par du mucus ou du vomi pendant l'immersion peut causer « la noyade sèche. » En définitive, déterminer si la mort par noyade est intentionnelle ou accidentelle peut être difficile et ceci ouvre la voie à toutes sortes de supputations aux esprits à l'imagination débordante.

Il n'y a aucun test fiable en laboratoire permettant de montrer ou réfuter la « noyade ». Finalement, c'est un diagnostic par exclusion, bien que la présence de rides sur les paumes des mains et les plantes des pieds aussi bien que la sécrétion de fluide mousseux de la bouche et ou des narines sont généralement considérées comme des « **indicateurs** » fiables (bien que non diagnostiqué) de la noyade. En conclusion, il est important de noter que les corps des victimes de noyade gisent à terre sans nécessairement se décomposer, bien qu'il soit peu commun qu'une personne entièrement vêtue gise à terre « nue ». En conclusion, bien qu'il y ait des indices fiables sur le corps du ministre AGBOBLI suggérant la noyade comme mécanisme de sa mort, le fait qu'il était nu demeure une énigme.

2. Intoxication médicamenteuse aiguë : Le médecin légiste local, professeur Gado NAPO-Kura, a conclu que la mort du ministre AGBOBLI était due « à la mort par intoxication médicamenteuse ». Des tests approfondis post mortem de toxicologie peuvent certainement nous aider à élucider cette question. Il n'y avait aucune présence de médicaments dans le sang du ministre AGBOBLI au moment du **texte manquant** et sa mort n'est pas **due à un empoisonnement au médicament**.

3. Dommages traumatiques ou autres causes artificielles y compris l'électrocution : Les spéculations relatives à la mort du ministre étaient dues non seulement à l'état dans lequel son corps a été récupéré, mais également aux soucis exprimés par le Ministre AGBOBLI au sujet de sa sécurité personnelle avant sa mort.

Une deuxième autopsie complète indique l'**absence de** traumatisme lié à un objet émoussé ou pointu. En particulier il n'y a aucune preuve empirique permettant de suggérer ou soutenir que le ministre AGBOBLI a été étranglé, étouffé, électrocuté, frappé à la tête, à la poitrine ou l'abdomen ou aux extrémités. L'électrocution de basse tension peut être identifiée par la présence de cratères comme des brûlures électriques cutanées aux points d'entrée et de sortie du courant électrique, bien que, sur un corps humide, ceux-ci ne puissent être démontrés. En l'absence de brûlures électriques sur le corps, l'absence de preuves évidentes ou la version d'un témoin oculaire, la mort due à l'électrocution ne demeurera qu'une spéculation. En résumé, il n'y a aucune preuve tangible permettant de suggérer que le Ministre AGBOBLI est mort des suites de dommages traumatiques ou a été électrocuté.

Les seuls dommages cutanés observés sont:

- a. une Abrasion sans croûte située sur le front gauche au-dessus de l'arête du front
- B. une abrasion sans croûte le long de front droit au dessus de l'arête du front
- C. une abrasion sans croûte le long du front supérieur droit

Ces blessures ne sont pas de nature à suggérer une agression et plus important, leurs répartitions sur la surface faciale saillante sont cohérentes avec les blessures généralement observées sur les victimes immergées où le front frotte sur le fond de la mer ou du lac.

4. Causes naturelles : Le ministre AGBOBLI était diabétique et hypertendu et l'autopsie a révélé des signes significatifs en faveur d'une ischémie myocardique accompagnée de zones d'occlusions multifocales modérées ou sévères des artères coronaires athérosclériques caractérisées par une sténose segmentaire de 50-60% de l'artère coronaire droite principalement le long du troisième distal, une zone sténosée à 50% de la branche circonflexe gauche le long du segment proximal et enfin, un rétrécissement critique de la branche proximale antérieure descendante gauche, jusqu'à 70-80% accompagné d'hémorragie focale dans la plaque. Le myocarde a montré une myonécrose aiguë focalisée avec une infiltration précoce des neutrophiles ainsi que la présence de contractions myocardiques (infarctus du myocarde aigu). La myonécrose et la présence de neutrophiles supposent qu'une ischémie myocardique se soit produite plusieurs heures avant sa mort, probablement 15-18 heures avant.

L'hypothèse du suicide : Il y a beaucoup d'études qui décrivent le suicide par la noyade. Par exemple le rapport de l'institut australien de santé et d'assistance sociale indique que les hommes plus âgés ont eu les taux les plus élevés de suicide par la noyade, en particulier ceux de 70 âgés et plus. Pendant les périodes 1999-2000 et 2003-2004, il y avait une moyenne des 56 décès par noyade intentionnelle. Le suicide est défini comme la mort résultant de l'usage de la force contre soi quand une prépondérance de preuves indique que l'usage de la force était intentionnel (Centre de Contrôle des Maladies, Atlanta GA).

La décision du suicide rend nécessaire la démonstration de blessures intentionnelles et de l'« intention » de l'individu de mourir. L'intention peut être exprimée explicitement ou implicitement. Fréquemment, un défunt peut laisser une note de suicide ou un message vocal de suicide ou électronique. Mais une telle expression explicite de l'intention est présente dans 20-30% des cas - Dans la grande majorité des cas de suicide programmé, l'intention est impliquée en démontrant l'intention implicite comprenant la présence des désordres psychiatriques tels que la dépression grave, une tentative passée ou des menaces de suicide et certaines actions comprenant la préparation à un enterrement ou l'écriture d'une volonté etc. Les actions du Ministre AGBOBLI avant sa mort y compris la tentative de suicide par l'ingestion de médicaments sont une indication claire qu'il était déprimé. Il n'est donc pas inconcevable que le Ministre AGBOBLI ait commis un suicide par la noyade

excepté l'issue énigmatique relative à l'état de son cadavre retrouvé nu sur la plage.

CONCLUSION : il est de mon avis, sur la base d'hypothèses médicales raisonnables que :

1. le Ministre AGBOBLI d'Atsutsè Kokouvi ait été victime d'un infarctus du myocarde aigu peu avant sa mort. Ceci a été détecté sur une des pièces histologiques et était caractérisé par une lésion localisée. Une occlusion significative de l'artère coronaire athérosclérosée était présente et cette lésion ischémique myocardique était plus liée au stress. Il est peu probable que celle-ci soit la cause de sa mort.
2. La mort du ministre Atsutsè Kokouvi AGBOBLI n'était pas due à une intoxication médicamenteuse aiguë ou des dommages traumatiques comprenant un traumatisme par strangulation, étouffement, coup ou électrocution
3. Enfin, il y a de nombreux indices qui indiquent que le ministre Atsutsè Kokouvi AGBOBLI est mort noyé. Ceci est conforté par la présence de rides dans les paumes des mains et sur les plantes des pieds, des oedèmes pulmonaires diagnostiqués à l'examen physique et au microscope ainsi que la preuve évidentes de sécrétion de mousse des narines et ou de la cavité buccale. Il est de nouveau important de souligner que, le diagnostic de la noyade, en l'absence de la version d'un témoin oculaire fiable, ne peut seulement être fait que par exclusion.
4. La prépondérance des preuves suggère que le ministre AGBOBLI était déprimé et ait tenter une fois de se suicider. Cette enquête ne peut cependant expliquer pourquoi le corps a été découvert nu sur la plage - ceci reste une énigme.

Nizam Peerwani, DM _____
Conseiller aîné
Médecins pour des droits de l'homme
Médecin légiste en chef, comté de Tarrant, Texas

4 novembre, 2008

Suppléments I

Détails de l'enquête

Activités du lundi 8 septembre 2008

1. Cinq (5) entretiens
2. visite Clinique Biasa – visite de la salle d'attente, la salle de consultation, l'infirmierie et la chambre d'hospitalisation où le défunt a été admis le 13 août 2008
 - a. Adresse: 30, rue Pasteur, BAETA, BP. 2160, Lomé.
 - b. contiguë Aile d'hôpital
3. Circuit Clinique Biasa - hôtel de Palm Beach : le circuit fait approximativement 3 kilomètres et 5 minutes en voiture.
4. Passage en revue de treize (13) pièces histologiques au bureau du Professeur Gado NAPO-KOURA au CHU
5. Examen de trois (3) radiographies au bureau du Professeur Gado NAPO-KOURA'S au CHU
6. Deuxième autopsie effectuée à la morgue centrale du CHU Tokoin

Entretiens :

1. Professeur Gado NAPO-KOURA le 9/8/2008 à 0900 à l'OHCHR-Togo Bureau, Lomé puis au CHU à 15h30
2. Docteur Kwasivi Moise FIADJOE le 9/8/08 à 10h00 à l'OHCHR-Togo Bureau, Lomé puis à la clinique Biasa à 12h30
3. Carmen AHOOMEY-ZUNU, Assistante de Direction à la clinique Biasa à 12h45
4. Mme. Solange SENOU, responsable des sage femmes à la clinique Biasa à 13h15
5. Mme Leonie AGBOBLI à l'hôtel de Palm Beach à 14h00 (soeur de défunt) accompagné d'Ayaqui AGBOBLI (fils de défunt)

DÉTAILS DES ENTRETIENS :

I. **Professeur Gado NAPO-KOURA** : Selon Dr. Napo-Koura, il a reçu un appel de Monsieur le Procureur de la République près le Tribunal de 1^{ère} instance pour effectuer une autopsie sur un corps récupéré sur la plage au niveau de « Foyer des Marins ». Il a récapitulé ses activités comme suit :

1. Il a procédé à des analyses radiographiques : 3 radiographies ont été effectuées et celles-ci n'ont révélé aucun traumatisme ou fracture
2. Il n'a pas pris de photos post mortem
3. Son autopsie a été limitée au torse (poitrine et abdomen)
4. Il a préparé les clichés histologiques mais n'a pas documenté les résultats
5. Il a également rassemblé et conservé des prélèvements biologiques post mortem comprenant le sang provenant du coeur, l'urine et le contenu gastrique pour l'examen toxicologique mais n'a pas pu procéder à cet examen

6. Conclusions du **professeur Gado NAPO-KOURA** :

- A. Aucune preuve de traumatisme excepté deux petites zones d'ecchymose sur le front au-dessus du sourcil
- B. Aucune preuve de noyade : Absence de fluide dans les poumons ; test « de flottaison de poumon » négatif
- c. Absence de pathologie : Juste le rein (droit)
- d. La mort est plus probablement due à une overdose médicamenteuse

II. **Docteur Kwasivi Moise FIADJOE** : Selon Dr. FOADJOE, le ministre AGBOBLI n'était pas son patient régulier - mais juste un « ami » (une connaissance)

1. Le ministre AGBOBLI est arrivé à la clinique Biasa entre 12h00 et 13h00 le 13 août 2008 en passant par l'entrée principale.
2. Le ministre AGBOBLI affirmait qu'il était déprimé et avait pris trop de médicaments et il cherchait une aide médicale. Le défunt a également communiqué qu'il souffrait de diabète mellitus (Type-2) et d'hypertension.
3. A l'admission, Dr. Fiadjoe l'a trouvé alerte, conscient et son orientation spatio-temporelle était normale. À 13h10, sa tension artérielle était de 190/110 mmHg avec le pouls à 110 b/minute qui plus tard s'est stabilisée à approximativement 130/80 mmHg avec le pouls à 70-75 b/minute.
4. A l'infirmierie, le patient a été lavé deux fois. Avant le premier lavage, le défunt a vomi. Le premier lavage avait lieu à 13h10 et a été effectué avec approximativement 15 L. Le reflux gastrique n'a pas indiqué la présence de médicaments, bien qu'on ait observé des substances crémeuses blanches vers la fin du processus. Dans le même temps, il a été donné au patient du mannitol (10%) en intraveineuse ainsi que 2 ampoules de Lasilix pour provoquer la diurèse. Le deuxième lavage a été effectué approximativement à 16h00 avec 12-15L.
5. Le ministre AGBOBLI a demandé à être libéré, mais il lui a été conseillé de rester en observation durant la nuit. À 17h00, il a été admis dans une chambre de la clinique, au deuxième étage.
6. À 19h00, il a été vu par un neurologue de la clinique qui n'a identifié aucune déficience neurologique. Il a recommandé qu'on lui administre un traitement au charbon activé, ce qui a été effectué à 19h30
7. Entre 19h30 le 13 août, 2008 et 03h30 le 14 août 2008, ses constantes ont été reprises 6 fois. À 04h30, son absence a été constatée.
8. L'infirmière se trouvant à l'étage ne s'est pas aperçue du départ de M. Agbobli. Les deux agents de sécurité, cependant, l'ont vu s'éloigner de l'entrée principale un peu après 03h 30. Il aurait été récupéré par son chauffeur devant la porte d'entrée.

III. **Carmen AHOOMEY-ZUNU**, Assistante de direction à la clinique Biasa : Mme Carmen AHOOMEY-ZUNU a été appelée par le réceptionniste pour intervenir. Le ministre AGBOBLI était arrivé sans rendez-vous et souhaitait voir Dr. FIADJOE. Le ministre AGBOBLI lui a exprimé la nécessité et l'urgence de voir Dr. FIADJOE parce qu'il avait besoin d'un suivi médical pour cause d'intoxication médicamenteuse. Il a été porté à la salle de consultation de la clinique où il a été plus tard examiné par Dr.

FIADJOE.

IV. **Mme. Solange SENOU**, responsable sage femme à la clinique Biasa : Mme. Solange SENOU, responsable sage femme a vu le ministre AGBOBLI à l'infirmierie, où le ministre est resté jusqu'à ce qu'il ait été transféré dans une chambre de la clinique. Pendant son séjour, il a été surveillé par elle. Elle l'a assisté médicalement pour les injections intraveineuses (iv) de mannitol, puis pour la perfusion à la solution de ringer lacted, l'administration de Lasilix, le prélèvement de sang pour la biochimie et l'hématologie et pour la mise en place de sonde naso-gastrique en vue d'effectuer les deux lavages gastriques.

V. **Mme Leonie AGBOBLI** (soeur de défunt) à l'hôtel de Palm Beach à 14h00 accompagnée de **Ayaoui AGBOBLI** (fils de défunt) : Mme Leonie AGBOBLI a déclaré qu'elle a reçu un appel de son frère aîné M. Maurille AGBOBLI aux environs de 12h00 et 12h30 le 15 août 2008. M. Maurille AGBOBLI est un ancien ministre et est actuellement un membre du parti au pouvoir.

1. Elle a été invitée à aller à la plage où le corps de son frère Atsutsè Kokouvi AGBOBLI avait été découvert. Le but était d'identifier le cadavre.

2. Elle a observé et a identifié le cadavre de son frère Atsutsè Kokouvi AGBOBLI, qui était essentiellement nu, vêtu juste de chaussettes et de chaussures, le visage à terre avec les extrémités supérieures fléchies avec un écoulement de fluide du côté gauche de la bouche et du sang le long du front droit. Mme Leonie AGBOBLI a dessiné sur le sol, la position de son frère quand elle l'a observé la première fois sur la plage.

3. Le corps était tourné face vers le ciel. Il ne montrait pas de rigidité significative et apparaissait intact sans modifications post mortem notables tels que la décoloration ou un boursoufflement significatif. Les blancs des yeux semblaient hypérémiqes.

4. Il y avait plusieurs personnes du ministère de la défense nationale comprenant Komivi AFATASAWQ, DM, commandant Médecin.

Activités du mardi 9 septembre 2008

I. Entretiens au bureau du l'OHCHR-Togo, Lomé entre 09h00 – 10h00 heures avec:

1. L'Ambassadrice Lizeth Satumbo PENA, épouse du défunt

2. Ayaoui AGBOBLI, fils du défunt

3. Muriel AGBOBLI, DDS, fille du défunt

4. Ayao AGBOBLI, fils du défunt

Le but de la réunion était d'expliquer le procédé, de discuter certains des résultats et de différer toutes les conclusions jusqu'à ce que toutes les revues et tests soient accomplis. Les membres de la famille ont eu beaucoup de questions et apparaissaient satisfaits par les explications relatives à la démarche. Etait également présent à la réunion, M. Musa GASSAMA, Représentant HCDH-TOGO

II. **Entretien avec M. Koffi KOUNTE** au bureau du l'OHCHR-Togo, Lomé à 10h30: M. Koffi KOUNTE, magistrat et président de la Commission Nationale des Droits de l'Homme. Discussion sur l'évolution de l'enquête et les résultats préliminaires de l'autopsie.

III, Entretien avec Komivi AFATASAWQ, DM au bureau de l'OHCHR-Togo, Lomé
1300 heures : Komivi AFATASAWQ, DM, commandant Médecin au bureau d'UNHCHR. Dr. AFATASAWQ a reçu un appel relatif au décès à 11h00 le 15 août 2008 et il est arrivé à la plage près de l'hôtel Sarakawa de Lomé. Il a constaté que le corps était en supination avec le côté gauche du visage sur le sable et les bras remplis sous le corps. Il a observé des blessures au front le long du côté gauche avec du sang et une sécrétion mousseuse des narines. Il n'y avait rien dans la bouche. Le corps était nu excepté une paire de chaussettes et des chaussures. Quand il a fait tourner le corps, il a observé deux taches hémorragiques sur le sol où le visage était étendu. Il n'y avait aucun vêtements ou affaires personnelles à proximité du corps. Le corps était approximativement 5-6 mètres de la ligne de flottaison et parallèle à la ligne de flottaison. Il avait l'impression que la marée montait.

Il a estimé que la mort du ministre AGBOBLI remontait probablement à 8-9 heures compte tenu du degré de rigidité. Selon le docteur, la rigidité est complète au bout de 13 heures – le corps du ministre AGBOBLI démontrait une rigidité incomplète avec une raideur confinée à de petits groupes de muscles y compris les doigts et la mâchoire. Il a tâté les dents et elles sont apparues intactes. Il a comprimé l'abdomen et ne pouvait pas faire expulser l'eau. Il a constaté que le corps étant enveloppé dans un drap blanc et placé dans un sac mortuaire pour le transport. Les chaussures et les chaussettes ont été laissées sur le corps.

Il ne savait pas si le ministre AGBOBLI « avait été rejeté » par la mer et il n'était en mesure de dire s'il était mort sur la plage ou si son corps y a été déposé.

Par ailleurs, sur les lieux, il a dénombré environ 10-15 personnes y compris des policiers, M. Maurille AGBOBLI, le frère du défunt ainsi qu'une femme qu'il ne pouvait identifier.

IV. Entretien avec l'Adjt. Tunindjotobe KIDIKOUNE au bureau de l'OHCHR-Togo, Lomé à 15h00 : Adjt. Tunindjotobe KIDIKOUNE, commandant de Brigade Territoriale De Lomé. Etait également présent Awi ADJOLI du bureau du Procureur et N'Sagna MOHKPEBOR de la brigade Territoriale de Lomé. L'officier KIDIKOUNE a montré les photographies de la scène et a fourni un ensemble de copies.

V. Entretien avec Dr. Ayikoe AYITE, un chirurgien généraliste et cousin du défunt, au bureau de l'OHCHR-Togo, Lomé à 16h00. Dr. Ayikoe AYITE a fourni le dossier médical complet du Ministre AGBOBLI.

Dossier médical :

Ministre. AGBOBLI a apparemment rendu visite à différents médecins pour un suivi médical, y compris des médecins en France. Localement, ici au Togo, il se faisait souvent consulter par son cousin, Dr. Ayikoe AYITE, qui est un chirurgien généraliste et qui a souvent renouveler les prescriptions médicales du ministre AGBOBLI. Selon le Dr. AYITE les antécédents médicaux du ministre AGBOBLI incluent :

1. un diabète Mellitus pour lequel il suivait un traitement oral à l'hypoglycemics
2. une hypertension traitée avec un anti-hypertensif (l'As-inhibiteur)
3. la Goutte
4. un taux élevé de cholestérol

Le ministre AGBOBLI ne fumait pas et ne consommait pas abusivement l'alcool. Le ministre AGBOBLI était discret et ne présentait pas d'antécédent de dépression, de maltraitance ou de tentative de suicide. Il n'avait pas connaissance qu'il ait été consulté par un psychiatre à Lomé ou en France. Dr. Ayikoe AYITE n'avait pas renouvelé de prescription pour des médicaments antidépresseurs. Enfin, Dr. Ayikoe AYITE était hors du pays pour avoir voyagé le 5 août 2008 et ignorait les problèmes récents rencontrés par le Ministre AGBOBLI.

VII. Visite de la plage de Lomé où le corps a été découvert. Prise de photos de la scène.

Supplément II

Rapport d'autopsie

Nom : Atsutsè Kokouvi AGBOBLI **AFFAIRE NO.:** TOGOAGB20080907

Âge approximatif : 67 ans **sexe :** Masculin

Taille : 170 cm (estimé) **poids :** 73-77 kg

Je certifie par la présente que le **huitième** jour de **septembre 2008**, commençant à **15h30**, moi, Nizam Peerwani, Docteur en Médecine, conformément à la demande faite et à l'autorisation obtenue de la Haute Commission des Nations Unies pour les droits de l'homme a Lomé (Togo), ait effectué une **deuxième** autopsie complète sur le corps embaumé et frigorifié d'**Atsutsè Kokouvi AGBOBLI** à la morgue du CHU de Lomé, au Togo, et suite à la recherche sur les faits essentiels concernant les circonstances de la mort ainsi que de ma connaissance de l'affaire, il est de mon avis que les résultats, la cause et le motif de la mort sont comme suit :

Résumé des résultats :

- I. Corps nu découvert sur la plage de Lomé (Togo) avec :
 - A. Congestion vasculaire pulmonaire aiguë, bilatéral, grave, avec oedème
 - B. Sécrétion de fluide mousseux teinté de sang (les photos de scène)
 - C. Congestion viscérale généralisée
 - D. Rides des paumes et des plantes de pieds caractéristiques des corps immergés dans l'eau
- II. Maladie cardio-vasculaire athérosclérotique avec :
 - A. Hypertrophie ventriculaire gauche due à son hypertension avec reconstitution myocardiale
 - B. Athérosclérose coronaire occlusive modéré-à-grave multifocale avec :
 1. 50-60% de sténose segmentaire de l'artère coronaire droit principalement le long de la troisième distal
 2. une zone sténosée à 50% de la branche circonflexe gauche le long du segment proximal
 3. un rétrécissement critique de la branche proximale antérieure descendante gauche, jusqu'à 70-80% accompagné d'hémorragie focale dans la plaque
 - C. une myonécrose aiguë focalisée avec infiltration précoce de neutrophiles et présence de contractions myocardiques
 - D. légère sclérose bilatérale des artéioles rénales
 - E. Athérosclérose modéré-à-sévère, généralisée

- III. Antécédent clinique de diabète mellitus en début de phase adulte et d'hypertension (sur médicaments thérapeutiques)
- IV. Diagnostic d'un antécédent récent de tentative de suicide par ingestion de médicaments
- V. Blessures cutanées superficielles péri mortem comprenant :
 - A. Abrasion focale sans croûte de front gauche au-dessus de l'arête du front
 - B. Abrasion sans croûte le long de front droit au-dessus de l'arête du front
 - C. Abrasion sans croûte au milieu du front supérieur droit
- VI. Test d'ADN post mortem sur un échantillon de sang putatif du défunt :
 - A. ADN masculin
 - B. quinze séquences répétées en tandem courtes (STR) compatibles avec ceux d'un échantillon connu provenant du fils, AGBOBLI, Ayaoui
- VII. Examen toxicologique post mortem :
- VIII. Éthanol dans le sang : négatif
- IX. Éthanol dans l'urine : négatif
- X. Trace d'abus de médicaments dans l'urine : Négatif
- XI. Examen de l'urine : Négatif
- XII. Examen de prélèvements gastriques : Négatif
- XIII. Aucune preuve de traumatisme comprenant :
 - A. Traumatisme lié à un objet émoussé ou pointu, à la tête ou au torse
 - B. Absence de traumatisme encéphalique
 - C. Absence de traumatisme abdominal
 - D. Aucune preuve indiquant étouffement ou strangulation
 - E. Absence de preuve suggérer l'impression de ligature des poignets ou des chevilles
 - F. Absence de brûlures dues à électrocution
- XIV. Aucune preuve des blessures due à un mouvement de défense
- XV. Cadavre déjà autopsié et embaumé

Résultats de l'examen anatomiques physique

I. HABILLEMENT ET EFFETS PERSONNELS : Le corps est présenté à la nudité de morgue fixée dans un sac mortuaire. Il n'y a aucun effet personnel.

II. IDENTIFICATION DU CORPS : Réalisé par deux moyens :

1. Une bande au poignet indiquant **Atsutsè AGBOBLI**
2. Reconnaissance du corps par Dr. Ayikoe AYITE, un chirurgien généraliste et cousin du défunt.

III. INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE : Rien à signaler.

IV. PREUVES D'INTERVENTION POST MORTEM PRÉCÉDENTES :

1. Existence d'une suture en « y » liée à une incision thoraco-abdominale. L'autopsie précédente était limitée à la poitrine et aux régions abdominales. Le cou n'avait pas été disséqué. De même, le crâne et son contenu n'avaient pas été précédemment examinés.
2. Existence de sutures des incisions d'embaumement le long des régions péri-claviculaire et de l'aîne.

V. DESCRIPTION EXTERNE DU CORPS: Le corps est celui d'un homme adulte africain normalement constitué âgé apparemment de 67 ans mesurant (170 centimètres) et pesant approximativement entre 72 et 77 kilogrammes. Le corps présente une constitution et une nutrition moyenne, une hydratation normale et une bonne conservation. Lividité de la couleur normale de la peau. L'évaluation de la lividité est principalement établie par l'examen interne des tissus mous. Le corps est embaumé et froid au toucher post réfrigération. La tête couverte de cheveux courts, noirs crépus, est dégarnie à l'avant et présente une calvitie masculine inégalement répartie. Le visage est cyanotique et rasé. Le corps présente une pilosité masculine moyenne. Les yeux sont fermés avec des conjonctives bulbaires et palpébrales opaques et sans tache noire. Présence d'un oedème conjonctival bulbaire. Les iris sont bruns avec des sclérotiques blanches. Pas de cataractes identifiées. Absence d'arcs séniles de la cornée. Les pupilles sont égales à 5 millimètres. Absence d'hémorragie pétéchiale ou d'ecchymose sub-conjonctival bulbaire ou palpébrale. Les orbites semblent normales sans ecchymoses péri-orbital. Les cavités nasales sont ordinaires avec le septum intact. La cavité buccale présente des dents normales avec une bonne hygiène buccale caractérisée par l'absence de la carie. Le dentier supérieur partiel est en place. Aucune hémorragie intra-orale constatée et les muqueuses des lèvres supérieures et inférieures sont intactes de même que le frein supérieur et inférieur. Les oreilles sont ordinaires sans hémorragie dans le canal auditif externe. Le cou est souple et il n'y a aucune masse palpable. La poitrine est symétrique sans configuration de baril. Il y a absence d'emphysème palpable des tissus mous. L'examen de l'abdomen est normal. Les extrémités supérieures et inférieures sont égales et symétriques et présentent des ongles cyanotiques sans hippocratisme digital. Absence d'oedème. Absence de fractures, de déformations ou d'amputations. Il n'y a aucune blessure liée à un mouvement de défense. Les organes génitaux externes présentent des testicules avec un pénis circoncis. Le dos indique une lividité avec une pâleur légèrement perceptible. Il n'y a aucun dommage cutané externe du dos.

Des incisions linéaires multiples des poignets et des chevilles sont faites – Ces dernières montrent une absence d'hémorragie sous-cutanée ou des tissus mous. En outre, de longues incisions du dos et des flancs sont faits ne montrant aucun dommage sous-cutané ou des tissus mous

DOMMAGES CUTANÉS EXTERNES :

- a. Abrasion focale sans croûte mesurant 6 x 2 cm le long du front gauche au-dessus de l'arête de front
- b. Abrasion sans croûte le long du front droit au-dessus de l'arête du front mesurant 3 x 2 cm
- c. Abrasion sans croûte au milieu du front supérieur droit mesurant 1 cm de diamètre

CICATRICES : Aucun

TATOUAGES : Aucun

VI. EXAMEN INTERNE

1. "INTEGUMENTS" : la suture en « y » d'une incision thoraco-abdominale a été enlevée et la poitrine et les cavités abdominales ont été examinées. La graisse sous-cutanée est normalement distribuée, moite et jaune sale. La musculature de la poitrine et de la paroi abdominale apparaît brune et ferme post embaumement.

2. CAVITÉS SEREUSES : La cage thoracique est intacte sans fracture des côtes, du sternum ou des clavicules. La plèvre et le péritoine sont encombrés, légèrement brillants et essentiellement secs, avec des signes d'adhérences postérieures. Il n'y a aucune scoliose, cyphose ou lordose. Les diaphragmes gauches et droits ont été précédemment disséqués. Le sac péricardique est absent. La symphyse pubienne est intacte. Les cavités viscérales sont remplies d'organes internes précédemment disséqués.

3. STRUCTURE DU COU : L'incision de la poitrine a été prolongée pour exposer les structures précédemment non examinées du cou. Une hémorragie post mortem est rencontrée le long des régions antérieures gauches et droites du cou à proximité des incisions d'embaumement. L'os hyoïde, le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde sont intacts. Le larynx est composé des cordes vocales normales avec des plis apparaissant largement évidents sans corps étrangers, et est recouvert d'une membrane lisse et brillante. L'épiglotte est caractérisée par une structure normale sans oedème, traumatisme ou lésions pathologiques. La musculature et la vascularisation du cou antérieur sont ordinaires. Des zones irrégulières d'athérosclérose des artères carotides communes sont présentes avec approximativement 20-30% de sténose. La trachée et l'épine ne présentent aucun traumatisme ou lésions pathologiques.

3. ORGANES VISCÉRAUX : Des organes viscéraux précédemment disséqués sont localisés dans la poitrine et les cavités abdominales. Ceux-ci ont été prélevés, lavés et examinés. Ils apparaissent assez bien préservés mais avec des degrés variables d'autolyse post mortem. Ils incluent :

A. Coeur : Le poids du coeur ne peut être établi. La paroi ventriculaire gauche mesure 1,9 cm et le droit 0,5 cm. Les valves cardiaques sont ordinaires avec les valves aortiques, mitrales, pulmonaires et tricuspides présentant une circonférence normale. L'ostia coronaire est dans sa position anatomique normale. Les branches épicaudiales des artères coronaires apparaissent primitives et semblent ne pas avoir

été disséquées. Elles ont été sectionnées en série à une distance de 1 à 2 millimètres. Les lésions suivantes ont été constatées :

- d. Artère coronaire droite : sténose segmentaire 50-60% due à une athérosclérose principalement le long de la troisième distal
- e. Branche circonflexe gauche : Sténose focale de 50% due à une athérosclérose le long du segment proximal
- f. Branche antérieure descendante gauche : rétrécissant critique de 70-80% de la sténose jusqu'à due à l'athérosclérose accompagnée d'hémorragie focale dans la plaque.

La circulation sanguine est dominante au niveau du cœur droit. La surface endocardique est lisse sans thrombus ou inflammation. Le myocarde ne présente aucune évidence brute de cicatrices myocardiques. Examen également des principaux vaisseaux incluant la voûte de l'aorte, de l'aorte thoracique et de l'aorte du segment abdominal non précédemment examinés. Ils indiquent tous une légère athérosclérose généralisée avec des plaques ulcérées et calcifiées. Aucun changement anévrysmal n'a été constaté.

B. Poumons : Le poids des poumons ne peut être établi. Les deux poumons semblent sévèrement congestionés, marécageux et oedématisés et à la dissection, des fluides d'œdème sont facilement sécrétés. Il n'y a aucune lésion pulmonique brute ou tumeur identifiée. Présence d'un léger emphysème centrilobulaire. L'arbre tracheobronchial a été précédemment disséqué et le système artériel pulmonaire est normal sans thromboembolie. La surface pleurale est noire avec une anthracose irrégulière.

C. Foie : Le poids du foie ne peut être établi. La surface semble brune et lisse sans nodules. La surface de coupe du foie présente un aspect brun, homogène et congestionné. La vésicule biliaire a été précédemment disséquée et il n'y a pas de cholestérol. Le pancréas est absent.

D. Rein et vessie : Présence d'un rein précédemment disséqué. Son poids ne peut être établi. Les capsules s'ôtent avec une légère difficulté et les surfaces corticales sont granulaires, brunes, brillantes et congestionnées. A la dissection, le cortex présente une épaisseur réduite de 0,3 cm au-dessus de la médullaire. Les colonnes rénales de Bertin se prolongent entre les pyramides bien délimitées et semblent ordinaires. La médullaire présente des pyramides rénales normales avec des papilles ordinaires. Le pelvis est de taille normale et est marqué par une muqueuse brillante grise. Il n'y a aucun calcul. L'artère et la veine rénales sont normales. La vessie ayant été précédemment disséquée ne contient pas d'urine et n'indique aucune lésion pathologique brute. La prostate semble normale.

Système Gastro-intestinal. L'oesophage n'est pas présent. L'estomac a été précédemment disséqué, vidé de son contenu, présentant une muqueuse gastrique autolysée. Il n'y a pas de trace de gastrite ou d'ulcères. Les boucles des petits et gros intestins semblent globalement ordinaires excepté une diverticulose du colon sigmoïde. Présence de matière fécale dans la partie distale du gros intestin.

Système Hématopoïétique: La rate est absente. Existence d'une adénopathie lymphatique hilar avec de légers ganglions anthracosiques réactifs mesurant jusqu'à 1 cm de diamètre. La moelle est rouge et ferme. Le thymus est normal.

G. Système endocrinien : La thyroïde est de taille normale et de forme présentant deux lobes bien définies avec l'isthme se rejoignant et une surface de coupe dure et brune. Il n'y a aucun développement de goitre ou d'oedème. Les glandes surrénales sont absentes. La glande pituitaire repose dans la selle turcique intacte et ne présente aucune lésion pathologique.

H. Système nerveux central : Une dissection du cuir chevelu, une craniotomie et une évacuation du cerveau est effectuée selon les usages. Il y a des zones inégales d'hémorragie sous-galéale dans la zone frontale gauche mesurant 4 x 3 cm, dans la zone frontale droite mesurant 6 x 4 cm et dans la région pariétale droite mesurant 5 x 4 cm. Le crâne est intact sans anomalies ou ruptures osseuses. Il n'y a aucune fracture diastatique.

Le poids du cerveau ne peut pas être établi en raison de l'absence de pèse-organe. Le cerveau présente une congestion sévère des leptoméniges. Le dura sus-jacent est intact et normal. Les hémisphères cérébraux présentent une structure normale avec un oedème global d'intensité modérée. Le tronc cérébral et les cérébelleux présentent des modifications similaires avec une entaille bilatérale légère à modérée de l'uncus et des tonsillaires cérébelleux. Le cercle de Willis est visible et ne présente aucun signe de thrombose ou d'anévrisme de baie. A la dissection du coronaire du cerveau, le système ventriculaire était largement dilaté, l'aile gauche plus importante que l'aile droite et contenait un liquide céphalo-rachidien clair. Il n'y a aucune présence de lésion. Aucune lésion de la moelle épinière n'a été constatée.

VII.EXAMEN HISTOLOGIQUE : J'ai examiné à Lomé treize (13) pièces histologiques que j'ai reçues du Dr. NAPO-KOURA, toutes colorées au H&E (Hématoxyline Eosine) et chaque pièce convenablement marquée par un numéro. Les pièces portent le numéro 0891 et sont marquées de « A » à « K ». J'ai également reçu les treize (13) tranches correspondantes. Celles-ci ont été scellées de nouveau, coupées et recolorées au H&E. J'ai par ailleurs prélevé trois échantillons de vaisseaux sanguins coronaires précédemment non examinés. Ces derniers aussi ont été scellés, coupés et colorés au H&E.

1. Pièce « A » : la pièce « A » est une section du foie indiquant une congestion passive grave avec les veines centrales et sinusoidales dilatées présentant une cholestase à la fois intracytoplasmique et canaliculaire. Les veines portiques semblaient normales avec les plaques intactes. L'architecture hépatique globale a été préservée avec l'absence de nécrose ou de fibrose hépato - cellulaire.
2. Pièce« B » : La pièce « B » est une section de la rate avec une congestion passive. Les couleurs rouge et blanche sont préservées sans centres germinaux.

3. Pièce « C » : La pièce « C » provient du myocarde et indique la zone focale de la myonécrose avec infiltration précoce du neutrophile ainsi qu'un écoulement focalisé de neutrophiles. Ont été également constatées des zones de contractions de bandes de même que des fibres myocardiques hypertrophiées avec la présence de lipofusion dans les zones péri nucléaires.
4. Pièce « D » : La pièce « D » est une section du rein indiquant une légère sclérose bilatérale des artérioles rénales avec des glomérulaires sclérosés dispersés et une artériolosclérose. Les structures tubulaires apparaissaient intactes excepté une autolyse. Il n'y avait aucune fonte dans les tubulures. L'interstitium semblait normal.
5. Pièce « E » : La pièce « E » est une section du poumon avec une congestion prédominante, une atélectasie et une quantité variable d'antracoses. La coupe était trop épaisse pour évaluer la morphologie des bronchioles. Il n'y avait aucune trace de thrombo emboli. Un redécoupage avec des pièces minces indique de nouveau une congestion prédominante, un oedème ainsi qu'une atélectasie. Il n'y a apparemment pas d'inflammation ou de fibrose. On note une anthracose inégalement répartie.
6. Pièce « F » : La pièce « F » est une section de l'estomac. On note une autolyse post mortem, sans lésions pathologiques
7. Pièce « G » : La pièce « G » est une section de la vésicule biliaire. On note une autolyse post mortem sans lésions pathologiques
8. Pièce « H » : La pièce « H » est également une section de poumon qui montre les mêmes modifications présentées ci-dessus.
9. Pièce « J » : La pièce « J » est une section de glande surrénale gauche. On note une autolyse post mortem sans lésions pathologiques
10. Pièce « J » : La pièce « J » est une section de la vessie. On note une autolyse post mortem sans lésions pathologiques
11. Pièce « K » : La pièce « K » est une section du pancréas. On note une autolyse post mortem sans lésions pathologiques.
12. Pièce « L » : Section trop mince pour une identification précise
13. Pièce « M » : La pièce « M » est une section de glande surrénale droite. On note une autolyse post mortem sans lésions pathologiques

Il y avait trois pièces additionnelles comprenant de tissus collectés pendant la deuxième autopsie. Ce sont des sections de branches épicaudiales des vaisseaux sanguins coronaires qui indiquent une occlusion modérée à grave des coronaires athérosclérosés.

VIII. RADIOGRAPHIE : Les radiographies ont été rendues disponibles. Chacune était correctement identifiée par le nom du défunt.

1. Tête : Les vues antéropostérieures et latérales (deux radiographies) indiquaient l'absence de fractures faciales ou de la voûte du crâne. Les sinus étaient intacts avec une aération normale. Il n'y avait aucun signe de tumeur intracrânienne ou de corps étrangers. Le visage indiquait une dentition supérieure partielle avec une prothèse dentaire.

2. Poitrine : Une radiographie de la poitrine indiquait un indice cardiaque normal avec un volume d'air variable dans les poumons ainsi qu'une atélectasie. Il n'y avait aucune fracture des côtes, des clavicules ou du sternum. Le diaphragme est apparu en position avec une position normale de l'air gastrique.

IX. Preuves rassemblées

1. Tissus en formol
2. Diverses photos d'autopsie

Date d'examen : 8 septembre, 2008
Dactylographié : 9 septembre, 2008
Finalisation : 3 novembre, 2008
NSP : np

Supplément III

Rapport de toxicologie

Un examen toxicologique post mortem complet a été effectué par le laboratoire de toxicologie du bureau médical du comté de Tarrant sur les prélèvements post mortem collectés pendant la première autopsie comprenant :

1. Sang provenant du coeur
2. Urine
3. Contenu gastrique

Antérieurement au présent examen toxicologique post mortem, un test d'ADN a été également réalisé par le laboratoire d'autopsie du bureau du médecin examinateur du comté de Tarrant sur le sang post mortem de coeur pour s'assurer que l'échantillon appartenait au défunt, le ministre AGBOBLI.

Des plaquettes de sang ont été préparées à partir de deux fioles de sang reçues comprenant des échantillons marqués « AGBOBLI, défunt » et AGBOBLI, Ayaoui » (le fils du défunt). L'ADN humain a été récupéré et mesuré à partir de chacune des plaquettes de sang. L'ADN récupéré a été amplifié en employant la méthode du PCR (Polymerase Chain Reaction) ainsi que le kit d'identification d'AMPISTR pour quinze séquences courtes répétées en tandem.

Résultat du test d'ADN : La prise de sang post mortem du défunt a indiqué un profil d'ADN masculin avec quinze séquences courtes répétée en tandem (STR) conformes à ceux de l'échantillon connu reçu du fils, AGBOBLI, Ayaoui

Il a été dit que le ministre AGBOBLI a fait une intoxication au médicaments suivant:

1. **Noliprel** ou Perindopril ou inhibiteur de l'Enzyme de Convection de l'Angiotensine (ECA) (commercialisé aux Etats-Unis sous le nom ACEON) est essentiellement indiqué pour le traitement de l'hypertension. Il permet aux patients hypertendus, à partir d'une dose journalière, de maintenir une pression sanguine stable pendant 24h. Les inhibiteurs ECA sont recommandés comme premier palier de traitement de l'hypertension pour certains types de patients, en raison de leur protection et efficacité. L'effet secondaire le plus souvent rapporté est la toux. Chez les animaux, les doses de perindopril jusqu'à 2.500 mg/kg chez les souris, 3.000 mg/kg chez les rats et 1.600 mg/kg chez les chiens ne sont pas mortelles. Les expériences antérieures étaient limitées mais indiquaient que le surdosage avec d'autres inhibiteurs ECA était assez bien toléré par les humains. Les effets secondaires les plus probables sont l'hypotension, et les manifestations devraient être symptomatiques et supportables. La thérapie à l'inhibiteur ECA devrait être discontinuée et le patient devrait être sous surveillance. La déshydratation, le déséquilibre électrolyte et l'hypotension devraient être traités par des procédures établies.

2. **Dolipran** ou Acétaminophène (commercialisé aux Etats-Unis sous la dénomination de Tyelnol) appartient à une classe de médicaments appelés analgésiques (soulageant de douleur) et antipyrétiques (réducteurs de fièvre). Le mécanisme d'action exact de l'acétaminophène n'est pas connu. L'Acétaminophène soulage la douleur en élevant le seuil de douleur, c'est-à-dire en exigeant qu'une plus grande quantité de douleur se développe avant que la personne ne la sente. Il réduit la fièvre par son action sur le centre de régulation de la chaleur du cerveau. Spécifiquement, il demande au cerveau d'abaisser la température corporelle lorsque celle-ci est élevée. L'acétaminophène a été approuvé par le Food and Drug Administration (FDA) en 1951. Une dose orale simple de 1000 mg produit une concentration en plasmique de 9 ug/mL en 1 heure.

Le T-1/2 est de 1 à 3 heures avec un volume de distribution de 0.8 à 1.0 L/Kg. Utilisés convenablement, les effets secondaires de l'acétaminophène sont rares. L'effet secondaire le plus sérieux est l'endommagement du foie dû à un dosage important, une utilisation chronique ou une utilisation concomitante avec de l'alcool ou d'autres médicaments qui endommagent également le foie. L'abus d'alcool peut également augmenter le risque de saignement d'estomac. La concentration léthale s'échelonne de 160 à 387 ug/mL.

3. **Ditropan** ou Oxybutynine est un médicament anticholinergique utilisé pour soulager les problèmes urinaires et de vessie, y compris l'émission fréquente d'urine et l'incapacité fréquente de contrôler l'émission d'urine (incontinence), par des spasmes décroissants du muscle de la vessie. Une dose orale simple de 5 mg chez des personnes âgées en bonne santé produit une concentration maximale en plasma de 17 ug/mL à 0,7 heure. T-1/2 est 2 à 5 heures et le volume de distribution est de 1.3 à 2.8 L/Kg. Les effets secondaires fréquents associés à l'oxybutynine et autres anticholinergiques incluent : sécheresse buccale, difficulté de miction, constipation, vision floue, somnolence et vertige. Les Anticholinergiques sont également connus pour provoquer des déliriums. Ils sont liés à la dose et peuvent parfois être graves ; Dans une population test, après six mois, plus de la moitié des patients avaient cessé de prendre le médicament à cause des effets secondaires. Selon PDR, l'ingestion de 100 mg par un adulte cause torpeur, désorientation, agitation, arythmie cardiaque, mydriases et rétention urinaire.

4. **Diamicron** ou Acétohexamide est un médicament de première génération de sulfonyleurea employé pour traiter les diabètes mellitus de type 2, en particulier chez les personnes dont le diabète ne peut être contrôlé uniquement par un régime. Il abaisse le sucre dans le sang en stimulant le pancréas à sécréter de l'insuline et en aidant le corps à utiliser l'insuline efficacement. Le pancréas doit produire l'insuline pour que ce médicament fonctionne. Pour cette raison, l'acétohexamide n'est pas employé pour traiter le diabète mellitus de type 1. La plupart des médicaments hypoglycémiques oraux, y compris l'acétohexamide, ont été associés à un accroissement de la mortalité cardiovasculaire. Une dose unique de 750 mg entraîne une concentration plasmique de 30 mg/l 4 heures après l'administration. T-1/2 est 0.3 à 1.3 heure et le volume de distribution est 0.2 L/Kg. Des niveaux de sang léthales ne sont généralement pas identifiés.

5. **Nivaquine** ou Chloroquine a été longtemps employé dans le traitement ou la prévention de la malaria. Comme elle supprime également modérément le système immunitaire, elle est employée dans quelques cas de désordres auto-immunitaires, tels que les arthrites rhumatoïdes et les lupus érythémateux.

La chloroquine a un très grand volume de distribution, car elle se répand dans le tissu adipeux du corps. La chloroquine et les dérivés de quinine ont été associées à des cas de toxicité rétinienne, en particulier lorsque délivrées à des doses très élevées sur de longues périodes. L'accumulation du médicament peut avoir comme conséquence des dépôts pouvant entraîner une vision floue et la cécité. Avec des doses à long terme, des visites courantes chez un ophtalmologue sont recommandées. La chloroquine est également un agent lysosomotropique, signifiant qu'il s'accumule préférentiellement dans les lysosomes des cellules du corps.

T-1/2 est 3 à 14 jours (selon la dose) et le volume de distribution est 116 à 285 L/Kg. Les patients recevant une dose orale unique hebdomadaire de 500 mg atteignent une concentration plasmatique de 0.094 ug/mL en 6 heures.

Un examen toxicologique post mortem complet avec une confirmation GC/masse à la spectrométrie a révélé :

1. Éthanol dans le sang : Négatif
2. Éthanol dans l'urine : Négatif
3. Excès de médicament dans l'urine : Négatif
4. Examen d'urine : Négatif
5. Examen de prélèvement gastrique : Négatif

La liste inclue également de la **Lessive**. La Lessive est un détergent de blanchisserie et pas un médicament.

Fin de rapport