

RAPPORT AU PREMIER MINISTRE
SUR LA MÉDECINE LÉGALE

Olivier JARDÉ
Député de la Somme

SOMMAIRE

N° de pages

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL.....	3
LISTE DES AUDITIONS.....	4

INTRODUCTION

Objet de la mission.....	6
Le contexte européen.....	7
Champ concerné par le rapport	
Le champ disciplinaire.....	7
Le champ géographique.....	8

HISTORIQUE

Le groupe interministériel de médecine légale.....	9
Le conseil supérieur de médecine légale.....	9
Les circulaires des 27 mai 1997, 27 février 1998 et 16 novembre 2001.....	10

ETAT DES LIEUX

Introduction – Méthodologie.....	11
Résultats.....	11
Les structures hospitalières.....	12
L'activité thanatologique	
Les autopsies.....	13
Les levées de corps.....	13
La médecine légale clinique.....	14
Les consultations.....	14
La prise en charge des victimes d'agressions sexuelles	
et des enfants victimes de violences.....	14
Les examens psychiatriques.....	15
L'enseignement et la recherche.....	15
Conclusions.....	16

UN BILAN CONTRASTE

Des progrès indéniables.....	17
Des dysfonctionnements persistants.....	17
La convergence des solutions proposées.....	18
Les raisons de l'échec relatif des précédents projets.....	18

PROPOSITIONS

Principes.....	20
La reconnaissance d'un service public.....	20
Une organisation à deux niveaux.....	21
Une organisation régionale coordonnée.....	22
Des réseaux de recherche interrégionaux.....	22
Des conventions types.....	22
Une contrepartie judiciaire.....	23
Le financement.....	23
Une mise en place progressive.....	23
Des mesures d'adaptation pour l'Ile de France et les DOM-TOM.....	24
Proposition de textes.....	24

REMERCIEMENTS

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Monsieur Jean-Marie DARDE, procureur général près la cour d'appel d'Amiens

Monsieur Marc DESERT, procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Angers

Professeur Bertrand LUDES, professeur de médecine légale, doyen de la faculté de médecine de Strasbourg

Monsieur François MOLINS, adjoint au directeur des affaires criminelles et des grâces

Professeur Michel PENNEAU, président de la sous-section médecine légale et droit de la santé du C.N.U., président de la société de médecine légale et de criminologie de France

LISTES DES AUDITIONS

Professeur Eric BACCINO, C.H.U. Montpellier

Professeur Luc BARRET, C.H.U. Grenoble

Professeur Mary-Hélène BERNARD, C.H.U. Reims

Madame Marièle BOYER-SCHAEFFER, directrice de l'agence régionale de l'hospitalisation de Picardie

Professeur Jean-Luc CHOPARD, C.H.U. Besançon

Monsieur Jean-Yves COQUILLAT, vice-procureur près le tribunal de grande instance de Lyon

Professeur Henry COUDANE, C.H.U. Nancy

Professeur Michel DEBOUT, C.H.U. Saint-Etienne

Professeur Michel DESNOS, conseiller technique du ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche

Docteur Thierry FAICT, C.H.U. Clermont-Ferrand

Docteur Irène FRANCOIS, C.H.U. Dijon

Monsieur Luc FREMIOT, procureur de la République près le tribunal de grande instance de Douai

Docteur Stanislas de GAIL, membre du conseil national de l'ordre des médecins

Professeur Didier GOSSET, C.H.U. Lille

Professeur Sophie GROMB, C.H.U. Bordeaux

Monsieur Jean-Amédée LATHOUD, procureur général près la cour d'appel de Douai

Monsieur Jean-Yves LE BIDEAU, juge des enfants au tribunal de grande instance de Chambéry

Professeur Mariannick LE GUEUT, C.H.U. Rennes

Professeur Georges LEONETTI, C.H.U. Marseille

Monsieur Jean-François LORANS, procureur général près la cour d'appel de Pau

Professeur Daniel MALICIER, C.H.U. Lyon

Docteur Frédérique PAPIN, C.H.U. Caen

Professeur Claude PIVA, C.H.U. Limoges

Professeur Bernard PROUST, C.H.U. Rouen

Professeur Gérald QUATREHOMME, C.H.U. Nancy

Docteur Patrick Ö BYRNE, C.H.U. Tours

Monsieur Marc ROBERT, procureur général près la cour d'appel de Riom

Docteur Michel SAPANET, C.H.U. Poitiers

Docteur Marc TACCOEN, médecin légiste

Docteur Norbert TELMON, C.H.U. Toulouse

Docteur Walter VORHAUER, médecin légiste, membre du conseil national de l'ordre des médecins

INTRODUCTION

On trouverait difficilement meilleure introduction à ce rapport que ces quelques phrases extraites d'un document rédigé par le procureur général Marc ROBERT, et remis par lui au groupe de travail : « *La médecine légale -ce pont lancé entre le droit et la médecine- participe à la sûreté de nos concitoyens et à l'indemnisation des victimes, tant pénales que civiles. Par son apport scientifique et indépendant, elle contribue de manière essentielle au progrès judiciaire et aux garanties qui le caractérisent. Médecine des morts mais combien davantage médecine des vivants, la Médecine Légale n'a cessé, ces dernières décennies, de s'ouvrir à de nouvelles disciplines, tout en constituant un ferment d'évolution pour la recherche scientifique* ».

Objet de la mission

C'est pourtant le constat de l'hétérogénéité des pratiques médico-légales qui a conduit à la mise en place de cette mission de réflexion et de proposition sur les aspects techniques et scientifiques de la médecine légale ainsi que sur les règles procédurales applicables, en la matière, aux auteurs présumés d'infractions pénales et aux victimes, dont le présent rapport constitue les conclusions.

Les missions de médecine légale ont considérablement évolué au cours des dernières années. Aux missions traditionnelles, qui faisaient du médecin légiste le « médecin des morts », se sont ajoutées, et sont devenues numériquement prépondérantes dans la pratique, celles qui ont pour objet toutes les constatations médicales utiles au procès judiciaire concernant aussi bien les auteurs d'infractions que les victimes de ces infractions. Cette évolution du champ disciplinaire va de pair avec l'importance croissante de la preuve scientifique, mais aussi avec une meilleure prise en compte de la victime dans le procès pénal.

Cependant, l'exercice de cette discipline médicale auxiliaire de la justice n'est encadré par aucun texte législatif ou réglementaire, si ce n'est par ceux qui traitent de l'expertise d'une manière générale et qui ne peuvent répondre aux besoins spécifiques qui s'expriment ici.

L'expertise médico-légale est, en effet, marquée de traits singuliers. En premier lieu, son champ d'examen concerne des personnes, et souvent parmi les plus vulnérables, enfants, personnes âgées, femmes victimes de violences. Il en résulte des obligations particulières dans l'accueil et la qualité de la prise en charge, tant au plan humain qu'au plan des garanties scientifiques offertes. Concernant celles-ci, il est sans doute superflu d'insister sur les formidables mutations de la médecine moderne et sur la technicité des investigations qui peuvent être mises en œuvre aujourd'hui. L'expertise médico-légale est, par ailleurs, au centre de la plupart des procédures criminelles dans la recherche des preuves. Or, c'est le plus souvent dès le début des procédures, dans les premières heures ou dans les premiers jours de l'enquête, que ces éléments de preuve peuvent être rassemblés. Ils ne le pourront plus ensuite, car ces preuves sont le plus souvent périssables. Ceci impose une très grande « réactivité ». Cette permanence de la réponse médico-légale, qui est un gage d'efficacité, permet par ailleurs, s'agissant de victimes, une meilleure qualité de prise en charge, et s'agissant d'auteurs d'infractions de répondre aux impératifs procéduraux, lors des gardes à vue notamment.

Pourtant, actuellement, ni les conditions d'accueil des personnes, ni la disponibilité d'une permanence médico-légale, ni même la qualité scientifique des constatations, ne sont uniformément garanties sur le territoire national. Lorsque ces éléments sont réunis cela résulte d'initiatives locales, difficilement reproductibles et dont la pérennité n'est pas garantie. On ne peut se satisfaire d'une telle disparité.

Le contexte européen

S'il en était besoin, il faudrait en outre pour se convaincre de la nécessité d'encadrer l'exercice de cette discipline, prendre en compte la recommandation adoptée le 2 février 1999 par le Comité des Ministres en vertu de l'article 15.b du Statut du Conseil de l'Europe, invitant les Etats membres à adopter dans leur droit interne certains principes et règles relatifs aux procédures d'autopsie médico-légale. Il est clair que ces principes ne peuvent être mis en œuvre que dans un cadre qui déborde de très loin ce que les initiatives individuelles et locales peuvent permettre en France.

Des enseignements sont certainement à prendre chez certains de nos partenaires au plan organisationnel. C'est ainsi que depuis fort longtemps des pays tels que l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Portugal se sont dotés de structures médico-légales régionalisées, situées le plus souvent dans un contexte universitaire. Les modalités pratiques de l'exercice diffèrent notablement d'un pays à l'autre. Ce n'est que depuis peu que la médecine légale allemande ne s'intéresse plus exclusivement à la thanatologie. Tout au contraire, en Italie, et dans un registre différent en Espagne, les médecins légistes sont très impliqués dans les autres domaines touchant à la discipline, réparation du dommage corporel notamment, et même médecine de contrôle de l'assurance maladie. Au Royaume Uni, à l'exception notable de l'Ecosse, l'application de la Common Law a conduit à des systèmes très différents, impliquant l'institution du coroner, mais surtout d'un corps de médecins, les police surgeons, totalement intégrés aux services de police. Force est de constater la très grande disparité des organisations. Un point reste cependant : dans tous ces pays, et dans la plupart des autres pays européens, la médecine légale bénéficie d'un cadre institutionnel pour son exercice. Ce n'est pas le cas pour la France où le médecin légiste n'est pris qu'en qualité d'individu désigné pour accomplir ponctuellement une mission.

Cependant deux remarques peuvent être formulées. D'une part, au sein de l'Europe c'est probablement en France, comme en Italie et en Espagne, que s'est manifesté le plus tôt l'intérêt de la discipline pour ses aspects cliniques, notamment dans la prise en charge des victimes, celles-ci étant ailleurs, jusqu'à présent, souvent orientées vers des praticiens non spécialisés pour les constatations utiles à faire valoir leurs droits. D'autre part, comme l'ont démontré les travaux d'un colloque européen, organisé à Bordeaux du 28 au 30 avril 2003, sous l'égide de la Commission européenne par le ministère de l'intérieur, c'est certainement dans notre pays que le médecin légiste est le plus systématiquement associé aux premières constatations sur les lieux lors d'un décès qui pourrait être dû à une cause non naturelle, comme le préconise la recommandation ci-dessus citée. Ainsi, dans une perspective d'harmonisation des pratiques au sein de la Communauté européenne, nous disposons d'atouts certains qu'il conviendrait de conforter.

Champ concerné par le rapport

Le champ disciplinaire

Compte tenu de l'objet de la mission, tel que défini par la lettre du Premier Ministre du 23 juillet 2003, le présent rapport ne prend en compte que l'exercice de la médecine légale dans le cadre de l'expertise pénale, à laquelle sont assimilés les actes accomplis sur réquisition lors d'enquêtes préliminaires ou de flagrance. Sont ainsi laissées de côté, car relevant d'une autre problématique les autres missions de médecine légale qui peuvent être ordonnées soit dans un cadre judiciaire soit dans un cadre administratif.

Par ailleurs, ce rapport n'aborde pas les questions relatives à la toxicologie et à la biologie médico-légale, vues sous leurs aspects scientifiques et technologiques. Il est sans doute inutile de souligner l'importance de ces composantes de la discipline. Le dosage de toxiques est souvent au premier plan d'une enquête, que ce soit chez le vivant ou chez une personne décédée. La détermination des empreintes génétiques constitue une révolution dans l'enquête pénale. Mais ces aspects de la discipline, à l'étape du laboratoire, par les compétences et les moyens mis en œuvre, ont semblé excéder le cadre de la mission.

Ces limites étant définies, il convient de recenser les types d'actes relevant du champ disciplinaire médico-légal, et de motiver la nécessité de l'intervention d'un praticien spécialisé pour chacun d'entre eux.

Une telle motivation n'offre guère de discussion en matière d'autopsie, acte phare de la discipline, même si numériquement il est très loin de représenter l'essentiel de l'activité du médecin légiste.

La levée de corps sur les lieux de la découverte d'un cadavre offre déjà plus à discuter. Son but est de fournir aux enquêteurs les éléments médicaux qui, joints aux constatations matérielles opérées sur les lieux et au contexte, permettront au procureur de la République de prendre la décision de clore ou de poursuivre les investigations, parmi lesquelles l'autopsie trouve sa place. C'est donc un temps et un acte capital. Il l'est d'autant plus que la cause de la mort n'est pas évidente. Paradoxalement, en présence d'une mort criminelle à l'évidence, le déplacement du médecin légiste sur les lieux est certes utile, mais l'économie pourrait en être faite habituellement sans inconvénient majeur. C'est, au contraire, en présence d'une mort apparemment accidentelle, suicidaire, ou de cause naturelle indéterminée que ce déplacement revêt toute son importance. Mais il n'est véritablement utile que si le praticien a les compétences requises, compétences qui ne peuvent s'acquérir que par une formation spécialisée et un minimum d'expérience.

De même, on pourrait douter que les constatations chez des victimes de violences nécessitent le recours à un spécialiste. Or, à plusieurs niveaux, l'expérience tend à démontrer qu'en son absence surgissent des difficultés. La méthodologie de la description précise des blessures n'est guère familière au non spécialiste, qui souvent, de plus, ne lui consacre pas suffisamment de temps, le traitement des blessures étant naturellement sa priorité. La relation thérapeutique entre le médecin et son patient peut parfois faire craindre, à tort ou à raison, que l'objectivité des constatations soit imparfaite. Les conditions précises dans lesquelles des prélèvements doivent être effectués, au plan technique comme au plan procédural, sont d'autres écueils. La détermination de la durée de l'incapacité totale de travail, notion essentielle au plan judiciaire, souffre d'imprécisions dont les magistrats se plaignent constamment. Il résulte de tout cela des difficultés procédurales préjudiciables aux victimes mais aussi au fonctionnement de la justice qui s'en trouve ralentie, notamment lorsqu'elle n'a d'autre ressource que de faire réaliser un nouvel examen par un spécialiste. Bien évidemment, le médecin légiste n'est pas omniscient et si sa présence paraît indispensable dans l'accueil des victimes, la présence d'autres spécialistes l'est tout autant. Elle est indispensable naturellement pour les soins nécessités par l'état des victimes, mais aussi, bien souvent, pour garantir la qualité technique des constatations effectuées. Les victimes ne peuvent que bénéficier d'une collaboration entre pédiatres, gynécologues obstétriciens, notamment, et médecins légistes.

Les mêmes observations peuvent être faites s'agissant des examens réalisés chez des personnes gardées à vue pour déterminer si cette mesure est compatible avec leur état de santé. Ces examens engagent lourdement la responsabilité du praticien qui les effectue dans des conditions difficiles, chez des personnes souvent peu coopérantes, souvent alcoolisées ou sous l'empire de drogues. Le risque est ici de deux cotés : soit méconnaître une pathologie masquée par les conditions de l'examen, soit conclure à l'excès à l'incompatibilité de l'état avec la mesure de garde à vue. Ici encore, une formation et une certaine expérience sont de nature à minimiser ces risques.

Le champ géographique

Malgré le poids démographique que la région Ile de France représente, il est proposé de n'envisager les solutions adaptées à cette région que secondairement, comme des mesures d'adaptation des principes généraux que ce rapport tente de dégager. En effet, les spécificités des structures, tant sur le plan hospitalier, que sur le plan des services chargés des enquêtes judiciaires, imposent de telles mesures d'adaptation. Il sera plus aisé de les définir à partir d'une trame générale préalablement déterminée. La démarche inverse ne pourrait que conduire à un schéma flou qui ne pourrait pas être opérationnel.

Il a été considéré, pour des raisons identiques, que le même recul devait être pris pour ce qui concerne les départements et territoires d'outre mer.

HISTORIQUE

Le besoin de doter la médecine légale de structures permettant d'améliorer son exercice est ressenti depuis bientôt 30 ans. C'est en effet en 1974 qu'était instituée à l'initiative du Garde des Sceaux une commission, composée de magistrats, de représentants du ministère de la santé et de médecins légistes, intitulée groupe interministériel de médecine légale (GIML). Seconde étape, le conseil supérieur de médecine légale était institué par un décret du 30 décembre 1994. Il convient ici de rappeler les travaux et conclusions de ces instances. S'y ajoutent quatre circulaires, des 27 mai 1997, 27 février 1998, 13 juillet 2000 et 22 octobre 2001, dont l'importance dans la pratique médico-légale mérite d'être soulignée.

Le groupe interministériel de médecine légale (GIML)

Les travaux du GIML avaient abouti à un premier rapport en mars 1975 (publié dans la collection de médecine légale et de toxicologie médicale aux éditions Masson). Ce rapport était établi, notamment, à partir d'une enquête réalisée en 1969 par le service d'études pénales et criminologiques et à partir des réponses à un questionnaire adressé aux parquets généraux en 1974. Un bilan était établi, envisageant la thanatologie, la psychiatrie médico-légale et l'activité bio-toxicologique, mais aussi l'enseignement de la discipline. Des propositions étaient formulées en se plaçant dans une perspective non seulement d'expertise pénale mais aussi d'expertise civile et administrative. Ces propositions tendaient à la création d'emplois hospitalo-universitaires de médecine légale, à la création de départements hospitalo-universitaires de médecine légale dans les centres hospitaliers universitaires, coordonnés à des antennes de médecine légale dans les autres villes sièges de tribunaux. Des modes de financement très diversifiés (se référant à toutes les catégories d'expertises) étaient envisagés. Des mesures visant à améliorer l'enseignement de la discipline étaient proposées.

En 1988, à la demande du GIML, une nouvelle enquête auprès des parquets généraux était réalisée par la direction des affaires criminelles et des grâces, complétée en 1990 par celle du ministère de la santé. A la suite de ces enquêtes, le GIML arrivait de nouveau à la conclusion que seule une implantation hospitalière serait de nature à permettre à la médecine légale d'atteindre un niveau technique et scientifique satisfaisant tout en garantissant la qualité de l'enseignement et de la recherche. Ces conclusions, adoptées par le ministère de la santé et celui de la justice, conduisaient à l'adoption d'un schéma directeur rendu public par une note du Garde des Sceaux du 26 août 1992 relative au « projet interministériel de mise en place des services de médecine légale hospitalière ». Ce schéma prévoyait la création de 26 services hospitaliers de médecine légale dans les centres hospitaliers universitaires de province, la situation de Paris étant réservée. Chacun de ces services devait comprendre une structure thanatologique et une unité clinique. Il était prévu que le personnel médical comporte non seulement des praticiens hospitaliers mais aussi des praticiens libéraux liés par convention à l'établissement hospitalier. Chaque service devait assurer une permanence 24 heures sur 24. Les honoraires d'expertise seraient perçus par l'établissement, charge à lui d'assurer le fonctionnement du service. Plusieurs mesures d'accompagnement étaient prévues : création de postes médicaux, revalorisation des frais de justice, réforme de la structure de concertation interministérielle de médecine légale. C'est cette dernière proposition qui allait aboutir à la création du conseil supérieur de médecine légale.

Le conseil supérieur de médecine légale (CSML)

Dès son installation le CSML souhaitait qu'une nouvelle enquête soit réalisée. Les parquets généraux furent donc à nouveau destinataires d'un questionnaire. Les réponses conduisaient à un triple constat : insuffisance de la structuration de la thanatologie médico-légale, faible degré d'organisation des consultations médico-judiciaires d'urgence, émergence de projets locaux. Partant de ce constat, le conseil, dans son rapport diffusé le 1^{er} février 1999, préconisait un certain nombre de mesures. Reprenant à son compte la recommandation du GIML, il souhaitait la création de pôle de thanatologie, principalement dans les centres hospitaliers universitaires, et d'antennes avancées de thanatologie dans certains centres hospitaliers en fonction des besoins locaux. Il indiquait la nécessité d'une rationalisation des frais de justice, avec versement d'une enveloppe globale aux établissements, calculée en fonction du volume d'activité. Il proposait qu'une disposition du code de procédure pénale subordonne l'inscription sur la liste des experts, pour la rubrique médecine légale, à la possession de l'un des diplômes donnant accès à l'exercice de cette discipline. En ce qui concerne le schéma d'organisation des consultations médico-judiciaires d'urgence, des divergences de vue apparaissaient au sein du conseil, la direction des hôpitaux estimant que l'opportunité de la création d'une telle structure devait être appréciée au cas par cas, les autorités judiciaires pouvant faire appel à des experts en dehors d'une structure hospitalière lorsque celle-ci n'existe pas à proximité. Le conseil préconisait que soient conduites des expérimentations conformes à ses recommandations dans quatre régions sanitaires correspondant aux ressorts de quatre cours d'appel : Douai, Colmar, Limoges, Rouen. Enfin, le conseil abordait les questions relatives à l'enseignement et à la recherche. Sur ce plan, il recommandait, notamment, la création d'une capacité de pratiques médico-judiciaires destinée à palier l'insuffisance numérique de la formation par la voie du diplôme d'études spécialisées complémentaires accessible aux seuls internes.

Les circulaires des 27 mai 1997, 27 février 1998, 13 juillet 2000 et 16 novembre 2001

La première de ces circulaires (DGS/DH n° 97-380) est relative aux « dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles ». Elle définit la triple finalité de cette prise en charge : soins, actes nécessaires à la constitution du dossier médico-légal, prise en charge médico-psychologique. Elle indique que toute victime de violences sexuelles doit pouvoir être accueillie dans un établissement public de santé, soit dans un service d'accueil d'urgence, soit dans un service de gynécologie-obstétrique, soit dans un service de pédiatrie. Elle précise que cet accueil se fera en liaison avec le service de médecine légale lorsqu'il en existe un dans l'établissement. Elle définit les missions de pôles de référence régionaux à constituer. Ce dispositif a été étendu à la prise en charge des enfants victimes de toutes formes de maltraitance par la circulaire du 13 juillet 2000 (DGS/DH n°2000-399).

La circulaire du 22 octobre 2001 (DHOS/E1/2001/503) est relative à « l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique ». Elle concerne donc, plus globalement que les précédentes, toutes personnes victimes de violences ou d'événements susceptibles d'entraîner une détresse psychologique. Elle souligne, notamment, « l'importance de la réalisation des constatations, voire des actes de prélèvements nécessaires à la constitution d'un dossier médico-légal ». Elle indique que les victimes de violences seront reçues dans le service d'urgence, en liaison avec l'unité médico-judiciaire lorsque celle-ci existe dans l'établissement. Elle précise les conditions de réalisation des constatations et des actes de prélèvements médico-légaux. Elle prévoit qu'une convention type, santé-justice, sera réalisée et mise à disposition des établissements de santé.

La circulaire du 27 février 1998 (DH/AF1/98/n°137) est relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence. Se référant aux travaux du Conseil supérieur de médecine légale, elle invite les procureurs généraux et les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation à communiquer aux administrations centrales les projets argumentés et motivés visant à la création de telles structures.

ETAT DES LIEUX

Introduction -Méthodologie

Le groupe de travail bénéficiait des résultats des différentes enquêtes effectuées à la demande du GIML et du CSML. Il a eu également communication d'une nouvelle enquête réalisée en 2002 par la direction des affaires criminelles et des grâces auprès de tous les parquets généraux. Il lui a donc paru opportun de croiser ces données, concordantes et très récentes pour certaines d'entre elles, avec celles qui résulteraient d'auditions permettant de recueillir des précisions et des éléments concrets qu'aucun questionnaire écrit ne peut obtenir.

Dans une première étape tous les responsables de l'exercice de la médecine légale dans les centres hospitaliers universitaires (hors Paris et DOM-TOM) ont été conviés. Tous, sauf un, ont accepté d'être entendus, soit de vive voix, soit au cours de conférences téléphoniques. Ont également été entendus deux médecins légistes libéraux et deux représentants du conseil national de l'ordre des médecins.

La deuxième série d'auditions a concerné des magistrats choisis par leurs collègues membres du groupe de travail, à partir d'une liste proposée par la Chancellerie, en fonction de l'intérêt qu'ils portent au sujet. Le but était de recueillir leurs témoignages sur l'exercice de la médecine légale dans les différents ressorts dans lesquels ils avaient exercé, et les solutions qu'ils préconisaient pour remédier aux difficultés rencontrées.

Le groupe a souhaité entendre également un directeur d'agence régionale de l'hospitalisation, dans le but d'avoir l'opinion d'un membre de ce corps sur la place de la discipline dans notre système de santé.

Enfin, le conseiller technique pour les affaires médicales du ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche a été entendu sur les aspects touchant à l'enseignement et à la recherche.

La liste des personnes entendues figure en tête du rapport.

Au cours des auditions des médecins légistes on a essentiellement cherché à obtenir des précisions sur les conditions de l'exercice de la médecine légale dans les ressorts et régions considérés, et à faire l'inventaire des solutions proposées pour parvenir à une amélioration et à une harmonisation de cet exercice envisagé sous tous ses aspects. L'idée sous-jacente était celle d'une cartographie de l'existant et du souhaitable, en référence à la dualité des découpages judiciaire et sanitaire du territoire. La trame des points abordés était la suivante :

- organisation de l'activité thanatologique (levées et examens de corps, autopsies) pour chaque tribunal de grande instance relevant de la zone de compétence de la personne interrogée
- organisation de la médecine légale clinique (consultations, examens de victimes notamment de violences sexuelles et mineurs, examens psychiatriques)
- modalités de financement de l'activité
- situation de l'enseignement et de la recherche

Résultats

Le constat qui se dégage à l'issue de ces travaux ne diffère guère de ceux qui ont pu être faits depuis bientôt trente ans malgré certaines évolutions qui ne font qu'accentuer la très grande hétérogénéité de la situation, très satisfaisante ici, très insatisfaisante ailleurs.

Une première remarque doit être mise en exergue. En l'état, toute tentative d'obtenir une mesure exacte de l'activité médico-légale française est vouée à l'échec. Aucun des intervenants n'est en mesure de fournir les indicateurs qui le permettraient. Les autorités judiciaires, que ce soit au niveau central ou dans les juridictions, ne disposent pas d'outils statistiques qui seraient adaptés à la comptabilisation des actes de médecine légale par nature. Les médecins légistes en disposent pour leur propre activité, mais la dispersion de l'exercice interdit toute totalisation fiable. Les seules indications dont on peut disposer reposent sur les déclarations à l'occasion d'enquêtes ponctuelles, dont la fiabilité peut être sujette à caution et qui ne donnent qu'une vue partielle de l'activité à partir de laquelle il est difficile d'extrapoler.

Une deuxième remarque s'impose relative à l'absence de coordination de l'activité, que ce soit en référence aux ressorts des cours d'appel ou aux régions sanitaires, que ce soit pour l'activité thanatologique ou pour la médecine légale clinique, y compris, concernant celle-ci, pour les constatations chez des enfants victimes ou chez des victimes de violences sexuelles malgré les dispositifs prévus par les circulaires citées supra. Même dans les régions ou ressorts où un effort de coordination a été fait, il apparaît que, dans la réalité, nombreux sont les actes qui échappent au cadre prévu. Tout se passe comme si chacun des quelques 170 tribunaux de grande instance concernés par l'étude mettait en œuvre ses propres stratégies, faisant appel aux experts ou aux structures de son choix lorsque ce choix existe, ou, très souvent, palliant l'absence de structure ad hoc par des moyens de fortune. Au même titre, on ne peut qu'être frappé par l'absence fréquente de collaboration entre des médecins légistes qui exercent dans une même région, sans aucune communication entre eux ou avec les structures hospitalières ou hospitalo-universitaires proches. Certains exercent comme ils le feraient dans une zone désertique privée de moyens de communication.

La situation est à ce point confuse que personne n'est aujourd'hui en état de dire quel est le nombre de médecins légistes qui exercent effectivement cette discipline dans notre pays. Les chiffres qui peuvent être fournis soit par le conseil national de l'ordre des médecins, soit à partir des listes d'experts judiciaires ne sont en pratique d'aucune utilité. D'une part, de très nombreux médecins qui se sont vus reconnaître la qualification dans cette discipline par les instances ordinales ne l'ont, en pratique, jamais exercé et ne l'exerceront jamais. D'autre part, beaucoup des experts qui sont inscrits en cette qualité sur les listes judiciaires dans la rubrique médecine légale n'ont plus aucune pratique de la discipline sous son aspect pénal, refusent les missions qui en relèvent, et ne conservent qu'une activité expertale civile, voire même privée pour le compte d'entreprises d'assurances. A l'opposé, beaucoup des médecins légistes qui permettent le fonctionnement des équipes existantes n'ont pas obtenu leur inscription sur les listes d'experts judiciaires. Et il n'est pas exceptionnel que des praticiens qui quotidiennement exercent la médecine légale n'aient jamais pu obtenir la reconnaissance de cette qualification. Néanmoins, en partant des différentes enquêtes effectuées, on peut estimer que le nombre des médecins qui exercent effectivement dans la discipline, experts inscrits ou non, ayant ou non la qualification ordinale, est de l'ordre de 250. Tendre vers une adéquation entre les listes d'experts judiciaires spécialisés en médecine légale et la réalité des pratiques apparaît comme hautement souhaitable.

Les structures hospitalières

Le bilan exact des structures hospitalières est très difficile à réaliser. En effet, il est souvent impossible de faire le partage entre les structures de fait et les structures ayant une réelle existence institutionnelle. La difficulté est accrue par une grande confusion dans la terminologie. Ainsi, le terme « Institut Médico-Légal » parfois utilisé recouvre des réalités très diverses. Il s'agit dans un cas, celui de Strasbourg, d'un institut universitaire, fondé en 1932, dont les racines appartiennent au statut de la région Alsace entre 1870 et 1918. Ailleurs il s'agit soit de structures associatives de droit purement privé, soit de structures créées par convention entre un établissement hospitalier public, les autorités judiciaires et les collectivités locales. De même, l'emploi des vocables « service », « unité », « consultation », etc., ne préjuge en rien de la réalité au plan juridique.

En fait, il semble que n'existent actuellement que 8 structures hospitalières de médecine légale véritablement et officiellement autonomes, constituées sous forme de services, toutes situées en C.H.U. (Bordeaux, Lille, Marseille, Montpellier, Nice, Strasbourg, Toulouse, Rennes). Ailleurs les structures de médecine légale, quelles que soient leurs dénominations, ont un statut le plus souvent mal défini, créées de facto au sein d'un autre service ou département. Toutes les hypothèses peuvent être rencontrées, même les plus surprenantes, dans ce « parasitisme » : gériatrie, orthopédie, stomatologie, etc., ou plus cohérentes telles qu'un service d'urgences. Il résulte de cette situation que ces « structures » sont le plus souvent privées de tout moyen propre et n'ont qu'une existence fantomatique. Leur mention s'apparente souvent tout au plus à un effet d'annonce. Il peut d'ailleurs en aller de même lorsqu'une structure a été officialisée, mais qu'aucun moyen ne lui a été attribué faute d'une convention avec la justice. L'exemple de Rennes est illustratif à cet égard.

En outre, le vocable « consultation médico-judiciaire d'urgence » est venu récemment aggraver cette confusion. L'enquête récente de la direction des affaires criminelles et des grâces a permis de recenser 51 de ces structures. Or, lorsqu'on examine ce qu'elles recouvrent, on s'aperçoit que pour beaucoup d'entre elles, sans doute une majorité, elles ne sont qu'une étiquette supplémentaire accolée à un service d'urgence, de pédiatrie ou de gynécologie, identifiant une activité organisée par convention avec la justice, sans aucune participation de médecins légistes, et sans modification significative de l'activité par rapport à ce qui existait avant leur création.

L'activité thanatologique

Les autopsies

Sous les réserves exprimées ci-dessus sur l'extrême difficulté, voire l'impossibilité, d'une mesure fiable de l'activité, on peut estimer, à partir des données recueillies au cours des auditions, à environ 5000 le nombre d'autopsies réalisées (hors Paris et DOM-TOM) chaque année, dont 4000 dans des centres hospitaliers universitaires. Ces chiffres sont en cohérence avec ceux pris en compte dans le rapport du CSML qui comptabilisait les données de Paris. Notamment, le rapport de 4 à 1 entre les autopsies réalisées dans des CHU ou hors CHU est retrouvé.

Ce chiffre global recouvre de très grandes disparités. C'est ainsi que, par exemple, dans le ressort d'une cour d'appel, également siège de CHU, n'étaient réalisées sur place, jusqu'à cette année que 10 à 20 autopsies, les autres l'étant à Paris à 150 km de là. Néanmoins, hormis ce cas particulier, la plupart des CHU concernés par l'enquête réalisent plus de 100 autopsies par an, à l'exception de 5 d'entre eux qui en comptabilisent entre 50 et 100, la discipline étant pour 4 de ces CHU en voie d'installation en leur sein.

Le millier d'autopsies réalisé en dehors des CHU connaît une très grande dispersion. Il n'est pas rare que le nombre d'autopsies réalisées annuellement dans un tel centre, hospitalier ou non, soit de 20 ou 30, et même parfois inférieur à 10. Cette dispersion peut parfois s'expliquer par l'éloignement de tout centre hospitalier universitaire. Ce n'est cependant pas toujours le cas. On peut citer l'exemple du ressort d'une cour d'appel, dans lequel existe un CHU, comportant 6 TGI et autant de lieux où sont réalisées des autopsies, dont, à part égale, environ 130 au CHU et 130 pour l'ensemble des 5 autres centres. Majoritairement les lieux d'autopsie sont dans des établissements hospitaliers. Il n'est toutefois pas exceptionnel qu'ils soient dans des funérariums privés. Au total, 82 centres réalisant des autopsies ont été identifiés sans que l'on puisse affirmer que ce recensement soit exhaustif. Sur ces 82 centres, 36 effectueraient moins de 30 autopsies par an, dont 15 moins de 20 et 14 moins de 10. Ces chiffres suggèrent d'ailleurs que, très vraisemblablement, la majeure partie de ces centres ne répond pas aux impératifs de sécurité sanitaire en matière de traitement des déchets et des effluents, dans le contexte créé ces dernières années par les infections virales et les maladies à prions.

Les levées de corps

La disparité est également très grande pour ce qui concerne la pratique des levées de corps sur les lieux de découverte. Mais surtout la réalité des situations est encore plus difficile à cerner. En effet, la plupart des médecins légistes responsables entendus, à de très rares exceptions près, font état d'une pratique de levées de corps et d'une astreinte, plus ou moins formalisée, organisée dans ce but. Cependant il n'apparaît pas que cette pratique soit systématique pour toute découverte de cadavre dont la mort pourrait avoir une cause non naturelle, tel que préconisé par la recommandation du Conseil de l'Europe. Seuls peut-être 4 ou 5 centres sont en conformité avec cette recommandation, du moins pour la zone géographique effectivement couverte. Pour les autres, la description des pratiques, et les chiffres avancés, montrent que ce n'est que pour des morts criminelles évidentes qu'une véritable levée de corps, impliquant la présence d'un médecin légiste, est effectuée. Les autres examens de corps sont réalisés soit par des structures du type SOS-médecin soit par des médecins généralistes proches du lieu de découverte.

La médecine légale clinique

Parmi les responsables des CHU auditionnés, 19 font état d'une activité plus ou moins structurée de médecine légale clinique, auxquelles s'ajouteraient une quinzaine d'autres structures dans les établissements environnants. Ces chiffres ne concordent pas avec ceux de la direction des affaires criminelles et des grâces qui recense 51 structures. Mais, ces chiffres doivent être pris avec d'extrêmes précautions. En effet, comme cela a déjà été souligné, aucune coordination régionale n'existant, l'information circule mal, et les personnes auditionnées peuvent ignorer l'existence de structures même si celles-ci ne sont éloignées d'eux que de quelques dizaines de kilomètres, surtout lorsqu'elles ne sont qu'un « étiquetage » plaqué sur l'existant. D'autre part, il a été fait état à plusieurs reprises de structures créées qui ont disparu ou qui, en pratique, n'ont jamais véritablement fonctionné.

Là où elles existent, ces structures de médecine légale clinique sont, ou non, accompagnées d'une astreinte médico-légale assurant une permanence plus ou moins continue. Lorsque cela est le cas cette astreinte est également en charge des levées de corps déjà mentionnées. Il semblerait qu'existe une douzaine d'astreintes de ce type pour les C.H.U. concernés.

Pour ce qui est de la nature des actes réalisés, la diversité des situations est très grande. Quelques rares centres (6) assurent tout à la fois la constatation chez les personnes victimes d'infractions et les examens médicaux chez les personnes gardées à vue, parfois même pour les certificats de non hospitalisation dans le cadre de la répression de l'ivresse publique. Le plus souvent, et en dehors des zones parfois couvertes, les examens des personnes gardées à vue sont faits par des médecins généralistes ou relevant de structures du type SOS-médecin. On cite même le cas d'un médecin dont le cabinet est localisé dans l'hôtel de police d'une grande métropole.

Les consultations

Lorsqu'une consultation existe, sa situation, sa structure, son niveau d'activité et ses modalités de fonctionnement sont très divers. Tantôt, il s'agit d'une entité bien individualisée, unité fonctionnelle relevant d'un autre service, d'urgence ou de médecine légale. Tantôt, il s'agit d'une entité informelle qui fonctionne soit de manière autonome soit au sein d'un service d'urgence. Toutes les hypothèses, même les plus improbables, peuvent être vérifiées. De même, et de manière corollaire, s'il est vrai que les conventions hôpitaux-justice sont, dans ce domaine, en nombre croissant, leur contenu (champ d'application, modalités de fonctionnement et de financement) échappe à toute tentative de description systématisée.

Concernant le financement, et donc le fonctionnement, certaines consultations ne réalisent que des actes sur réquisition, les honoraires sur frais de justice étant perçus le plus souvent par l'établissement (quand existe une convention), ou par les praticiens qui en reversent une quote-part à l'établissement. D'autres consultations accueillent également des victimes en dehors de toute réquisition. Le plus souvent l'établissement perçoit alors le tarif d'une consultation et l'acte fait l'objet de la délivrance d'une feuille de soins en vue d'une prise en charge par l'assurance maladie, totalement indue dans le contexte des constatations médico-légales.

La prise en charge des personnes victimes d'agressions sexuelles et des enfants victimes de violences

Pour ce qui concerne l'examen en vue de constatation des victimes d'agressions sexuelles d'une part, et des enfants victimes de violences d'autre part, dans 9 cas seulement, pour les 23 responsables auditionnés, il a été fait état d'une collaboration régulière, coordonnée, avec les services de gynécologie-obstétrique et ceux de pédiatrie. Il a été indiqué 8 fois que ces examens n'impliquaient jamais le médecin légiste, et 6 fois qu'ils impliquaient seulement le médecin légiste. Il semble que, à de rares exceptions près, les dispositions précises prévues pour la prise en charge de ces victimes par les circulaires mentionnées supra, qui prévoient les rôles respectifs de chacun des intervenants, n'aient pas été, de manière générale, mises en œuvre comme elles auraient dû l'être, et que cette prise en charge continue à se faire, comme par le passé, selon des modalités mal définies qui dépendent essentiellement de l'histoire locale des disciplines concernées.

Les examens psychiatriques

La psychiatrie médico-légale traverse une crise profonde. Tous les interlocuteurs du groupe de travail confirment ce fait. Tous les magistrats se plaignent de la difficulté qu'ils éprouvent à trouver des médecins psychiatres qui acceptent d'accomplir les missions qu'ils veulent leur confier. Trop peu parmi les jeunes praticiens de cette discipline acceptent de s'orienter, même partiellement vers cet exercice. Et cette crise du recrutement est accentuée par les récentes dispositions du code de procédure pénale qui imposent dans certains cas de faire réaliser des examens psychiatriques dès les premières phases de la procédure pénale. Ce sont pour les examens qui doivent être réalisés au cours de la phase d'enquête que les difficultés sont les plus grandes. Elles paralysent parfois la mise en œuvre de certaines procédures rapides.

L'enseignement et la recherche

L'état de l'enseignement et de la recherche dans la discipline est sans nul doute la donnée qui a connu la plus grande évolution depuis les premières enquêtes du GIML.

Tous les CHU (hors Paris et DOM-TOM), à l'exception de l'un d'entre eux, comptent à leurs effectifs au moins un enseignant statutaire de la discipline. Trois de ces CHU sont dépourvus d'enseignant de rang magistral, mais ils font état de projets visant à combler cette lacune. Quant au C.H.U. dépourvu de tout enseignant de médecine légale, les instances locales semblent déterminées à opérer à court terme un recrutement au niveau magistral.

Les volumes et le contenu des enseignements dispensés ont connu, de manière corollaire, une importante évolution. L'introduction d'un enseignement de droit médical et de médecine légale dans les programmes des deux premiers cycles du tronc commun des études médicales est une réalité commune à toutes les facultés de médecine. L'enseignement de la spécialité s'est structuré. Il est dispensé actuellement, dans tous les cas, dans le cadre de collaborations inter-régionales, que ce soit pour le diplôme d'études spécialisé complémentaire ou pour la capacité de pratiques médico-judiciaires.

La recherche dans la discipline n'a sans doute pas encore atteint un niveau qui pourrait être considéré comme satisfaisant. Le déficit constaté dans ce domaine peut d'ailleurs aisément s'expliquer. D'une part, la faiblesse des effectifs d'enseignants chercheurs, qui n'a connu un début de rattrapage que dans un passé récent, ne pouvait permettre que se développe une recherche significative. D'autre part, l'absence quasi-générale d'intégration hospitalière de la discipline, pour la même époque, était également dommageable de ce point de vue, du fait de l'absence du support logistique que cette intégration offre habituellement dans le domaine de la recherche clinique, et du fait de l'éparpillement des observations recueillies, matériel habituel de recherche, en l'absence de structures coordonnées, tant pour la clinique que pour la thanatologie.

Néanmoins, le retard pris dans ce domaine semble actuellement se combler progressivement. Les progrès de l'intégration hospitalière de la discipline, même si elle est le fruit d'initiatives locales sans coordination d'ensemble, ont eu un effet favorable. Les enseignants recrutés dans la période récente ont une claire conscience de l'importance de la recherche, ont été formés dans cet esprit, et en ont acquis les méthodes. Ainsi, se constituent progressivement des équipes dont l'activité dans ce domaine commence à porter ses fruits. Quelques-unes des thématiques représentatives de ce progrès peuvent être citées telles que l'application des techniques de la biologie moléculaire à la problématique de l'identification, la toxicologie analytique dans ses applications non seulement à la thanatologie mais aussi dans le domaine des addictions, du dopage ou de la soumission chimique, l'entomologie dans le domaine de la datation de la mort, l'anthropologie appliquée à l'identification, etc. Toutes ces thématiques, et la liste n'est pas limitative, font actuellement l'objet de publications régulières dans des revues de niveau international. De même, les travaux de certains des enseignants de la discipline, qui ont choisi pour thématique le droit médical, sont accueillis dans les colonnes des revues juridiques de référence. On peut enfin noter, comme un témoignage de la reconnaissance par la communauté scientifique internationale de la qualité retrouvée de la médecine légale française, la tenue en France, à Montpellier, en 2002, du 16^{ème} Congrès de l'International Association of Forensic Sciences. Ce congrès rassemble tous les trois ans plusieurs milliers de médecins légistes du monde entier, et notamment tous ceux dont l'autorité scientifique est reconnue internationalement. La ville élue pour sa tenue est choisie à l'issue d'un processus de sélection rigoureux qui tient le plus grand compte du niveau scientifique des équipes du pays d'accueil. Dans le même registre, on peut signaler que Toulouse sera la ville d'accueil du prochain Congrès International de Droit Médical.

Conclusions

Ainsi, à l'issue de cet état des lieux, force est de constater que le bilan qui peut être dressé est contrasté, fait d'indéniables progrès, mais aussi de dysfonctionnements persistants. On doit également constater la convergence des solutions qui sont proposées depuis trente ans pour remédier à ces dysfonctionnements, ce qui conduit à s'interroger sur l'échec relatif des précédents projets.

UN BILAN CONTRASTE

Des progrès indéniables

Les progrès enregistrés sont indéniables. Ils tiennent essentiellement à l'augmentation des effectifs hospitalo-universitaires de la discipline. Tous les C.H.U. (hors Paris et DOM-TOM), à une exception près, comptent un enseignant de médecine légale à leurs effectifs.

Ceci a des conséquences notables pour l'exercice de la discipline. Si l'on se réfère au constat fait, il y a 30 ans, par le GIML, à l'époque 15 des ressorts des 29 cours d'appel étaient dépourvus d'unités médico-légales, et ces unités, quand elles existaient, n'avaient souvent qu'un caractère embryonnaire. Aujourd'hui, ce chiffre est ramené à 7 et ne concerne que des cours d'appel dont le siège n'est pas également siège d'un C.H.U. Or, dans chacun de ces C.H.U. fonctionne, de facto ou de jure, une structure de médecine légale, reconnue comme telle ou non, dotée de moyens propres ou non, assurant un éventail plus ou moins complet de prestations, ce qui était très loin d'être le cas dans le passé. L'intégration hospitalière de la discipline a donc enregistré de considérables progrès, aussi bien pour ses activités de thanatologie que pour celles concernant la médecine légale clinique.

De manière corollaire, l'activité d'enseignement et celle de recherche ont évolué dans un sens très positif, ce qui rétroagit automatiquement sur la qualité des prestations fournies.

Des dysfonctionnements persistants

Un trait caractérise l'ensemble des dysfonctionnements persistants repérés : l'hétérogénéité des situations.

Dans quelques rares villes, qui sont en général à la fois siège d'une cour d'appel et d'un C.H.U., tout l'éventail des prestations est offert aux autorités judiciaires : une permanence qui fonctionne 24 heures sur 24, qui assure une présence effective pour toutes les levées de corps lors des morts qui peuvent ne pas être de cause naturelle, qui effectue des autopsies dans des lieux adaptés disposant de moyens techniques, notamment radiologiques, qui assure les examens des victimes de violences mais aussi ceux des personnes gardées à vue. Même dans ces cas privilégiés, l'ensemble de ces prestations ne peut être généralement assuré que pour la zone urbaine et sa périphérie proche. Dans les autres zones du ressort de ces villes les autorités judiciaires n'ont d'autre ressource que de confier à des médecins généralistes, qui n'en ont pas la formation, le soin des levées de corps et des examens cliniques. Beaucoup plus nombreuses sont les situations (même dans des villes qui sont à la fois siège d'une cour d'appel et d'un C.H.U.) dans lesquelles ne sont assurées qu'une partie de ces prestations, faute d'effectif suffisant.

Or il paraît difficilement acceptable, par exemple, que la cause criminelle d'une mort soit ou non découverte selon le lieu du décès faute de la disponibilité d'une compétence médico-légale. Tout aussi inacceptable, paraît être la disparité de traitement des victimes d'agressions et de sévices en terme de constatations et donc de rassemblement des preuves nécessaires à faire valoir leurs droits. De même, s'agissant de la pratique des autopsies, on peut douter de la qualité de la prestation offerte pour des centres qui ne réalisent ce type d'acte que 20 ou 30 fois dans l'année, avec des moyens rudimentaires, dans une situation d'isolement, sans aucune communication avec la communauté scientifique, sans garantie de formation continue.

Cette hétérogénéité d'exercice a son pendant dans l'hétérogénéité des structures. Tel centre hospitalier s'est doté d'une entité médico-légale, souvent clinique, parfois thanatologique, officialisée, sur la base d'une convention avec les autorités judiciaires. Tel autre en possède une, mais officieuse, quasiment clandestine. Tel autre en est totalement dépourvu. Et lorsque des conventions existent, force est de constater qu'il n'en est pas deux de semblables. Ni les champs concernés, ni les modalités de fonctionnement, ni les modalités de financement, ni même les partenaires conventionnels, qui parfois incluent les collectivités locales et des structures associatives, ne sont identiques d'un endroit à l'autre.

Mais surtout, les situations sont extrêmement variables dans le temps, historiquement labiles. Tel centre qui connaissait une situation favorable à un instant donné peut se trouver en difficulté et périliter quelques années plus tard. On peut citer, à cet égard, l'exemple d'un C.H.U. qui offrait jusqu'à ces dernières années tout l'éventail des prestations possibles, et qui du fait d'un changement de politique du parquet a dû renoncer à assurer une permanence, revenant vingt ans en arrière. En effet, faute de cadre institutionnel précis, la situation des structures médico-légales est étroitement dépendante des initiatives et des politiques qui sont menées localement. Celles-ci peuvent agir favorablement -c'est aujourd'hui majoritairement le cas- mais elles peuvent aussi du jour au lendemain remettre en cause des acquis, au hasard des mutations des responsables hospitaliers ou judiciaires. Aucune autre discipline médicale ne se trouve dans ce cas de dépendance, non pour son développement mais pour son existence même, non seulement de décideurs hospitaliers mais aussi de décideurs judiciaires. Cela résulte certes de la nature même de cette discipline, de son essence, à l'interface du monde de la santé et de celui de la justice, mais aussi de ce qu'elle n'est pas actuellement l'une des activités médicales que les hôpitaux ont pour mission, de par la loi, d'assumer.

La convergence des solutions proposées

Un troisième constat peut être fait : celui de la convergence d'ensemble des solutions préconisées depuis trente ans par les différentes instances qui se sont penchées sur la question, du GIML au conseil supérieur de médecine légale. Toutes sont arrivées à la conclusion de la nécessité d'intégrer dans le fonctionnement hospitalier l'exercice de la médecine légale. Toutes ont proposé que cette intégration se fasse sur deux niveaux : un niveau de centres de référence aptes à accomplir les missions qui réclament le plus de technicité et de moyens ; un niveau de proximité, coordonné au précédent, apte à réaliser des actes pour lesquels il ne serait pas acceptable, ni humainement ni techniquement ni financièrement, d'imposer d'importants déplacements.

Cette unanimité ne peut qu'être soulignée, et faire contraste avec l'échec relatif des projets élaborés jusqu'à présent.

Les raisons de l'échec relatif des précédents projets

Il convient tout d'abord de remarquer que l'échec des précédents projets n'est, heureusement, que tout relatif, car le bilan que l'on peut faire aujourd'hui montre bien que des progrès notables ont été enregistrés, et que le constat assez catastrophique, à tous points de vue, dressé en 1974 par le GIML n'est plus de mise aujourd'hui.

L'explication centrale de cet échec relatif est probablement donnée par le caractère purement incitatif, par voie de circulaires, des tentatives de mise en œuvre des précédents projets. Cette technique qui avait le mérite de laisser se développer des initiatives locales, comportait l'inconvénient et le risque de l'absence ou de l'hétérogénéité de ces initiatives, ce risque étant d'ailleurs majoré par la nécessité de rassembler, et d'harmoniser, pour chaque action locale, à la fois une volonté judiciaire et une volonté hospitalière. Il conviendrait donc, pour qu'un nouveau projet ne connaisse pas le même sort, de tirer des enseignements de cela et que les pouvoirs publics interviennent cette fois par voie législative et/ou réglementaire.

Une autre raison peut être avancée à cet échec relatif. Les recommandations formulées par le GIML et le conseil supérieur de médecine légale étaient probablement assorties de trop de conditions, qui pouvaient apparaître comme suspensives, pour la mise en place du schéma proposé. Toutes ces conditions apparaissaient d'ailleurs comme parfaitement légitimes. C'était notamment le cas pour la nécessité de conforter les effectifs d'enseignants de la discipline, pour la mise en place d'un enseignement renouvelé de celle-ci, pour la revalorisation des actes de médecine légale, pour une réforme des règles d'inscription sur les listes d'experts, etc. Ces mesures d'accompagnement ont depuis, pour certaines d'entre elles, connu une évolution positive. Mais même si, probablement, beaucoup reste à faire dans certains de ces domaines, il ne faut pas que cela fasse perdre de vue l'objectif principal, celui qui consiste à donner un véritable cadre d'exercice à la médecine légale, lui permettant de répondre, du mieux possible aux missions que lui confie le service public de la justice. La définition de ce cadre, et sa mise en œuvre progressive, permettront ensuite de mieux cerner les mesures de nature à améliorer le fonctionnement du dispositif, surtout lorsque ces mesures réclament des moyens, et en fonction des possibilités qui s'offriront pour dégager ces moyens.

Enfin, et peut être surtout, il faut souligner que, jusqu'à présent, aucune tentative n'a été faite pour traiter le problème dans sa globalité. Les incitations des pouvoirs publics, adressées aux décideurs locaux, ont eu pour seul objet la médecine légale clinique, et un seul aspect de celle-ci, la prise en charge des victimes de violences, victimes de violences sexuelles, victimes enfants en premier lieu. Cette priorité paraît tout à fait légitime, et il y avait urgence. Mais cette démarche a également eu des effets pervers en ce qu'elle a accru l'hétérogénéité des situations et la confusion, alors que seule une réponse globale aux difficultés de la médecine légale aurait probablement été de nature à apporter tout en même temps une réponse à ces situations particulièrement préoccupantes. On ne peut qu'être conforté dans cette idée lorsqu'on constate le peu de collaboration qui semble s'être institué entre pédiatres, gynécologues-obstétriciens et médecins légistes dans l'accueil des victimes qui relèvent de leurs compétences. Les responsables de pôles de référence régionaux institués par les circulaires semblent, généralement, ne pas avoir été en mesure d'assumer la mission de coordination qui leur a été confiée. On ne peut que le déplorer car c'est bien grâce à une collaboration étroite entre les diverses disciplines concernées, dont des exemples heureux existent, que les victimes pourraient bénéficier de la prise en charge la plus adaptée, tant sur le plan des soins et de l'aide psychologique que sur celui des aspects médico-légaux. Sans doute n'a-t-on pas suffisamment attiré l'attention sur la nécessité de cette collaboration et sur l'importance et la spécificité de ces aspects médico-légaux. Le remède à cette situation serait apporté par une réelle intégration de la médecine légale, sous tous ces aspects, dans les missions des hôpitaux publics. Il paraît vain en effet, l'expérience le démontre au travers des dérives constatées (notamment de « consultations médico-judiciaires » sans médecins légistes), de ne vouloir l'intégrer que sous l'un des aspects de sa pratique clinique. Cette discipline, au travers d'une apparente diversité, comporte une réelle unité, un corpus de connaissances médicales et juridiques qui ne peut se diluer dans celui des autres disciplines médicales. C'est ce corpus qui est mis en œuvre lorsqu'il s'agit de faire des constatations chez la victime d'une agression sexuelle, qu'elle soit vivante ou décédée, ou chez un enfant victime de violences, qu'il soit vivant ou décédé. Les soins nécessaires à la victime et sa prise en charge psychologique sont nécessaires et prioritaires dans l'une de ces hypothèses, nécessitant les compétences d'autres spécialistes, mais demeure à l'identique la méthodologie de la constatation médicale dans un cadre judiciaire. En bref, la mission de prise en charge médico-légale des victimes vivantes ne peut pas être dissociée de celle des victimes décédées. Dans une recherche de cohérence, assumer l'une oblige à assumer l'autre.

PROPOSITIONS

C'est en tenant compte des réflexions qui précèdent que le groupe de travail propose qu'un cadre législatif et réglementaire soit donné à l'exercice de la médecine légale, partant des principes qui semblent se dégager de ses travaux.

Principes

La reconnaissance d'un service public

Un premier principe doit être placé en exergue. Il se résume en une formule : la médecine légale est une mission de service public auxiliaire de la mission de service public de la justice. Considérée sous cet aspect, qui coexiste avec ses missions universitaires d'enseignement et de recherche, et s'agissant par ailleurs d'une discipline médicale, elle trouve naturellement sa place au sein du service public hospitalier.

Discipline médicale auxiliaire de la justice, la médecine légale pourrait par ailleurs, si le cadre de son exercice le permettait, constituer un observatoire privilégié des violences en lien avec l'observatoire de la maltraitance récemment mis en place. Elle est en effet susceptible de constituer un point de convergence naturel pour les victimes de ces violences, qu'elles soient hétéro ou auto-infligées. A l'heure où notre société prend la mesure de ces phénomènes, concernant notamment les enfants et les femmes victimes de mauvais traitements mais aussi l'ampleur du suicide, elle peine à en mesurer l'exacte incidence et les données épidémiologiques qui permettraient de lutter contre eux. Les retombées en terme de santé publique d'une structuration de la discipline sont à prendre en compte, de ce point de vue, au même titre que celles qui en résulteraient au plan judiciaire.

Ces considérations sont confortées par des aspects pratiques et humains déterminants. Les établissements hospitaliers ont pour vocation d'accueillir, pour les soigner, toutes les victimes de violences. Il est de l'intérêt de ces victimes que dans ces établissements elles puissent également trouver les compétences nécessaires en matière de constatations médico-légales. De même, concernant l'examen médical des personnes gardées à vue, destiné à déterminer la compatibilité de la mesure prise à leur rencontre avec leur état de santé, c'est grâce à une coordination avec le tissu hospitalier public que peuvent être offertes, en liaison avec les services de soins, les meilleures garanties pour cet examen, qui peut conduire à la réalisation d'investigations complémentaires, à la mise en route d'un traitement, voire à une hospitalisation. Quant à la thanatologie -l'autopsie, et sa prémisse la levée de corps- on conçoit difficilement, compte tenu notamment des impératifs de sécurité sanitaire, de la nécessité de la disponibilité d'un équipement radiologique, et de l'intérêt de la proximité du plateau technique apte à traiter les prélèvements effectués, qu'elle puisse trouver un lieu d'exercice mieux adapté que l'hôpital public.

Cette nécessaire intégration de la médecine légale dans sa globalité au sein du service public hospitalier doit se faire sans pour autant grever les budgets des établissements. Ceux-ci doivent trouver dans les frais de justice, versés pour chaque mission accomplie, la compensation indispensable à la charge supplémentaire qu'ils assument. Cet équilibre peut être atteint, comme le démontrent certains exemples concrets (Bordeaux, Marseille, etc.) si l'ensemble des missions décrites ci-dessus est effectivement confié aux établissements concernés. En effet, ce sont essentiellement les missions de médecine légale clinique, examens de victimes et examens de personnes gardées à vue, qui, en raison de leur nombre, peuvent permettre d'atteindre l'équilibre financier. Les frais de justice versés à ce titre connaissent actuellement un considérable éparpillement, leur regroupement destiné au financement des structures médico-légales hospitalières permettrait, de ce point de vue, une meilleure utilisation de la ressource publique.

Ce schéma général n'est pas pour autant incompatible avec l'association de médecins libéraux au service public, comme c'est le cas dans toutes les autres disciplines hospitalières. Cette association est au contraire vivement souhaitée pour que toutes les compétences actuellement disponibles puissent être utilisées. Elle est également souhaitable dans une perspective de formation continue. Cependant, compte tenu de la nature des actes effectués et de la charge de travail que certains de ces actes représentent, l'effectivité de cette association suppose un dispositif particulier plus attractif que de simples vacations. Il peut être proposé d'avoir recours à une contractualisation de ces associations, sur la base d'un contrat type, élaboré par les administrations centrales, qui, à l'instar de ce qui existe pour le secteur privé statutaire des praticiens hospitaliers, prévoirait une rémunération à l'acte de ces praticiens libéraux, déduction faite d'une quote-part restant à l'établissement hospitalier.

Une organisation à deux niveaux

L'idée d'une organisation à deux niveaux, souvent émise, doit être conservée.

Certains actes, les autopsies, ne peuvent se concevoir que réalisés dans un nombre limité de centres, et non plus dans les quelques 80 centres actuels. Plusieurs raisons militent en ce sens. En premier lieu, les impératifs de sécurité sanitaire, notamment en termes d'évacuation des déchets et surtout des effluents, y obligeront tôt ou tard, car, devenant de plus en plus prégnants, ils seront incompatibles avec le maintien de structures dont l'activité ne justifiera pas d'engager les dépenses d'équipements nécessaires. En second lieu, la compétence d'un centre, et de l'équipe qui y exerce, est étroitement dépendante du nombre d'actes effectués annuellement. Il serait aventureux de fixer une limite précise pour ce nombre d'actes. En revanche, on peut affirmer qu'un centre qui n'effectue que 20 ou 30 autopsies par an ne remplit pas ce critère. Enfin, l'autopsie n'est pas un acte que l'on peut impunément extraire de son environnement technique. Le recours à des examens radiographiques, préalables ou en cours de réalisation de l'acte, se révèle souvent indispensable. La réalisation de prélèvements au cours de cet acte est quasi-systématique, et devrait même l'être sans restriction. La présence d'un plateau technique à proximité, toxicologique et anatomopathologique notamment, est extrêmement précieuse lorsqu'il s'agit de discuter les conditions dans lesquels ces prélèvements devront être traités.

C'est pourquoi il est proposé que les centres habilités à pratiquer des autopsies soient les centres hospitaliers universitaires, étant entendu que ce principe doit connaître des exceptions prenant en compte l'inégale répartition sur le territoire de ces C.H.U. et l'existence de ressorts de cours d'appel qui en sont dépourvus. Les dispositions prises devront à cet égard faire preuve d'une certaine souplesse, tenant également compte des situations existantes dès lors qu'elles donneraient satisfaction et que certaines garanties de qualité seraient acquises. Quoiqu'il en soit, et au surplus, la diminution souhaitée du nombre de centres réalisant des autopsies devrait être de nature à générer des économies d'échelle.

A l'opposé, d'autres actes supposent qu'on puisse avoir recours à une structure de proximité. Il ne peut être demandé à une victime un trop grand déplacement pour faire effectuer des constatations. L'examen d'une personne gardée à vue suppose que le praticien requis se trouve proche du lieu de la garde à vue. Pour ce qui concerne les levées de corps, il est nécessaire que le médecin légiste puisse être rapidement sur les lieux de découverte, de même que pour la constatation des sévices. Il est donc nécessaire que des structures de médecine légale, aptes à accomplir ces missions de proximité, soient implantées en un maillage serré sur tout le territoire. Ce maillage devrait, au minimum recouvrir celui des tribunaux de grande instance, et au-delà. Sa définition précise ne peut être déterminée qu'en fonction d'une appréciation locale des besoins. On peut cependant, en première approche, estimer qu'elle ne devrait guère différer de celle des structures hospitalières d'urgence. Un tel maillage serré suppose une grande diversité des structures en terme de taille, de nature juridique et d'effectifs de praticiens à temps plein ou à temps partiel. Ici également, le recours à des praticiens libéraux liés par contrat au service public hospitalier sera très souvent indispensable. Il permettrait notamment d'assurer une plus grande proximité pour les examens de victimes et les examens de personnes gardées à vue dans les zones rurales.

Enfin, la situation des mineurs victimes de sévices doit faire l'objet de mesures spécifiques. Des lieux d'accueil clairement individualisés sont à prévoir, permettant leur prise en charge spécialisée par les équipes pédiatriques et médico-légales et l'enregistrement audiovisuel des auditions dans les conditions prévues par l'article 706-52 du code procédure pénale et la circulaire du 20 avril 1999. Les conditions de cet accueil doivent être présentes dans un ou plusieurs des établissements de soins constituant chacune des fédérations interhospitalières dont le schéma est décrit au chapitre suivant.

Une organisation régionale coordonnée

Ce schéma est conçu pour trouver sa cohérence dans un cadre régional. Le centre hospitalier habilité à pratiquer des autopsies devrait se voir confier un rôle de centre de référence et de coordination de l'ensemble des activités médico-légales pour la zone géographique pour laquelle il est compétent. Cette coordination devrait se concrétiser en terme de collaboration. Pour prendre un seul exemple précis, les praticiens d'un centre qui ont réalisé une levée de corps doivent pouvoir participer dans le centre de référence à l'autopsie qui aura été éventuellement décidée, bénéficiant ainsi de la comparaison des données notées au premier examen et de celles issues de l'autopsie. Le bénéfice attendu de cette coordination/collaboration est une harmonisation des pratiques et une formation permanente efficiente.

Par ailleurs, cette coordination dans le cadre de ce maillage devrait permettre une meilleure utilisation des compétences à un niveau régional. Cela permettrait notamment d'organiser, de manière beaucoup plus efficiente qu'aujourd'hui, les collaborations interdisciplinaires, notamment avec les disciplines les plus sollicitées par la médecine légale, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, mais aussi psychiatrie. On peut attendre, de ce point de vue, d'une telle organisation régionale qu'elle ait un effet d'entraînement.

Le mode d'organisation structurel permettant un tel fonctionnement pourrait être la création de fédérations interhospitalières, telles que prévues par le code de la santé publique, rassemblant un centre de référence et plusieurs centres de proximité.

La répartition de ces fédérations interhospitalières n'offre pas de difficultés particulières pour de nombreuses régions dans lesquelles elle peut être calquée sur les circonscriptions sanitaires des centres hospitaliers universitaires.

La difficulté apparaît pour les ressorts de cours d'appel dépourvus d'un C.H.U., au nombre de 5. Il conviendrait pour ces ressorts d'habiliter en qualité de centre de référence l'un des établissements hospitaliers proche du siège de la cour. Une convention de collaboration entre la fédération qu'il coordonne et une fédération proche comportant un C.H.U. pourrait être, en outre conclue, afin d'inclure dans les objectifs de cette fédération des missions d'enseignement et de recherche.

Des réseaux de recherche interrégionaux

On peut d'ailleurs souhaiter que, partant de ces réseaux, et profitant du matériel qui grâce à eux serait disponible, se constitue une mutualisation interrégionale de la recherche réalisée dans la discipline. Une telle démarche interrégionale en matière de recherche, dont la discipline offre déjà des exemples, même s'ils restent informels, ne pourrait qu'accroître les potentialités dans ce domaine et permettre d'atteindre la taille optimale pour des habilitations en tant qu'équipes de recherche.

De plus, cette coordination, et cette mutualisation des données scientifiques recueillies, permettraient de colliger des informations de nature épidémiologique dont la transmission aux autorités sanitaires serait certainement très précieuse dans une perspective de santé publique. La médecine légale pourrait dans une telle perspective constituer un utile observatoire des phénomènes de violence, contre autrui ou contre soi-même, et de l'accidentologie.

Des conventions types

Il est indispensable pour le bon fonctionnement des structures hospitalières de médecine légale que des conventions, conclues entre les autorités judiciaires et sanitaires, organisent leur fonctionnement. Ces conventions devraient être conformes à un modèle établi par les administrations centrales, garantissant l'harmonie du système et sa conformité aux règles générales applicables en la matière, notamment en matière de finances publiques.

Une contrepartie judiciaire

Le fait que l'exercice de la médecine légale soit inscrit au rang des missions des établissements publics hospitaliers ne peut qu'avoir une contrepartie judiciaire : l'engagement des autorités judiciaires à recourir prioritairement aux structures créées pour toutes les missions qu'elles sont en mesure d'accomplir. Faute de cet engagement le projet perdrait tout son sens et, en outre, son équilibre financier ne pourrait plus être assuré. C'est pourquoi il est proposé que les textes du code de procédure pénale relatifs à la réquisition comporte une disposition en ce sens, assortie d'une réserve en cas de circonstance particulière spécialement motivée. La plupart des missions de médecine légale étant accomplies sur réquisition, il semble que l'économie peut être faite de l'introduction de dispositions semblables pour l'expertise pénale proprement dite, ordonnée par un magistrat ou une juridiction du siège.

En revanche, il n'apparaît pas utile que la réquisition effectuée dans ce cadre soit adressée à une personne morale. Celle-ci ne pourrait être que l'établissement de rattachement du praticien appelé à intervenir, les structures médico-légales composantes des fédérations interhospitalières n'ayant pas la personnalité morale. D'autre part et surtout, la réquisition à personne nommée laisse intacte pour le magistrat la liberté, en présence d'un cas particulier le justifiant, d'échapper à un tableau de service s'il estime plus opportun de requérir un praticien autre que celui qui figure sur ce tableau.

Le financement

La mise en place des structures décrites ne devrait pas soulever de difficultés en terme de financement. Les dépenses d'investissement paraissent négligeables. Elles se limitent à des locaux et à un matériel de consultation standard en ce qui concerne la médecine légale clinique. Elles trouveraient d'ailleurs une compensation -et au delà- du fait de la diminution du nombre des centres d'autopsie, qui sont les seules structures de médecine légale coûteuses en investissement dans le champ concerné qui ne prend pas en compte les laboratoires de biologie et de toxicologie, et qui le seront de plus en plus compte tenu des exigences de sécurité sanitaire.

Quant aux dépenses de fonctionnement, elles découlent quasi-uniquement des frais de personnel, médical et non médical. Le but est d'atteindre, en ce qui les concerne, l'équilibre avec les recettes générées par les frais de justice versés aux établissements hospitaliers. Ce but peut être atteint si, comme préconisé, les structures médico- légales hospitalières sont requises en priorité pour toutes les missions de constatation, non seulement thanatologiques mais aussi, et surtout, cliniques. La masse financière ainsi disponible est importante. Elle est actuellement masquée par le fait de son considérable éparpillement. C'est son redéploiement qui doit être utilisé. Ce redéploiement serait insensible pour les praticiens qui actuellement ne sont requis que peu de fois dans une année et pour lesquels ces honoraires sont une source négligeable de revenus. Il serait par contre source de recettes subsidiaires importantes pour les hôpitaux, permettant de gager les moyens nécessaires au fonctionnement des structures médico-légales.

Une mise en place progressive

Le cadre d'exercice ainsi envisagé ne pourrait, à l'évidence, se mettre en place que progressivement dès lors que les dispositions législatives et réglementaires indispensables à sa mise en œuvre seraient publiées.

C'est en effet dans le cadre d'une mise en place progressive des moyens que pourrait être vérifiée la possibilité de les financer dans le cadre existant, et jusqu'à quelle hauteur. Une réflexion pourrait ainsi parallèlement être conduite, en tant que de besoin, sur les aménagements nécessaires du dispositif financier.

Cette progressivité serait d'ailleurs indispensable pour former et recruter les praticiens nécessaires à faire fonctionner le dispositif. Partant de l'estimation qui peut être faite à ce jour d'un effectif d'environ 250 praticiens exerçant effectivement la médecine légale, toutes catégories statutaires confondues et libéraux, et consacrant à cette discipline une part très variable de leur exercice professionnel, on peut, par extrapolation, estimer à un chiffre de l'ordre de 750 le nombre de praticiens nécessaire pour la mise en œuvre complète du dispositif proposé, ces estimations ne prenant en compte ni l'Ile de France ni les DOM-TOM.

Ce chiffre de praticiens à former et à recruter, pour important qu'il soit, ne doit cependant pas détourner de la solution proposée. En effet, la principale difficulté de recrutement à laquelle se heurte la discipline actuellement est son incapacité à offrir des perspectives concrètes d'exercice à ceux qui viennent à elle. Dès lors qu'un dispositif serait mis en place, offrant de telles perspectives, le problème du recrutement ne se poserait plus. Concrètement, les 25 U.F.R. concernées¹ (hors Paris et DOM-TOM) auraient à former en moyenne chacune 2 à 4 étudiants par an, diplôme d'études spécialisées complémentaires et capacité de pratiques médico-judiciaires confondus, selon qu'on se place dans une perspective à 5 ou à 10 ans. L'objectif ne paraît pas irréaliste. Il l'est encore moins quand on prend en compte le fait que progressivement, au fur et à mesure de la constitution des fédérations hospitalières, le nombre de terrains de stage augmenterait multipliant les possibilités de formation pratique. Il doit également être examiné en ayant présent à l'esprit qu'un grand nombre de médecins à former aurait ensuite pour vocation d'exercer soit à temps partiel soit en qualité de praticiens contractuels, et auraient par ailleurs un exercice dans une autre discipline, médecine d'urgence et médecine générale notamment. De la même manière, il est certain que majoritairement ce recrutement s'opérerait par la voie de la capacité médico-judiciaire et parmi des praticiens déjà en exercice dans ces mêmes disciplines, et qu'ainsi il n'obérerait pas le propre recrutement de ces disciplines en crise.

Quoiqu'il en soit, on peut prévoir que le délai nécessaire à la montée en charge du dispositif prendrait plusieurs années, sans doute au moins 5, dès lors que les textes seraient publiés. Cette incontournable latence incite, compte tenu de l'importance des dysfonctionnements actuels, à recommander que les textes nécessaires soit mis sans délai à l'étude pour que leur adoption et leur publication puissent intervenir à court terme, et en tout état de cause avant la fin de l'actuelle législature.

Des mesures d'adaptation pour l'Ile de France et les DOM-TOM

Les raisons pour lesquelles la situation de l'Ile de France et des DOM-TOM n'a pas été examinée ont déjà été exposées. Si le dispositif proposé était adopté, il conviendrait de mettre en œuvre à brève échéance, pour ces situations particulières, des mesures d'adaptation qui se fonderaient sur les principes généraux retenus.

¹ On comptabilise ici, pour simplifier, une U.F.R. par ville siège de C.H.U.

Proposition de textes

Les textes nécessaires pour la mise en œuvre du dispositif décrit devraient être d'une part de nature législative, d'autre part de nature réglementaire.

En ce qui concerne le texte législatif, il modifierait deux articles du code de la santé publique, inscrivant les missions de médecine légale parmi celles confiées au service public hospitalier et organisant dans un cadre régional ces missions par le moyen de la création de fédérations interhospitalières. Il modifierait également deux articles du code de procédure pénale, relatifs aux réquisitions à « personnes qualifiées », pour que ces réquisitions visent prioritairement en matière médicale les structures hospitalières de médecine légale. Il comporterait également un article prévoyant des mesures d'adaptation pour l'Ile de France et les DOM-TOM.

Ce texte pourrait être ainsi rédigé :

Loi relative à l'accueil et à l'orientation des victimes d'infractions pénales dans les établissements publics de santé, et aux constatations et examens techniques ou scientifiques réalisés dans ces établissements en application des dispositions du code de procédure pénale.

article 1- Il est ajouté à l'article L.6112-1 du code de la santé publique un 8° ainsi rédigé :

« Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, et en concertation avec les autorités judiciaires, à l'accueil et à l'orientation des victimes d'infractions pénales ainsi que, en matière médicale, aux constatations et examens techniques ou scientifiques prévus par le code de procédure pénale ».

article 2- Il est ajouté à l'article L.6141-4 du code de la santé publique l'alinéa suivant :

« Les centres hospitaliers régionaux définis à l'article L.6141-2 peuvent comporter une unité chargée de coordonner l'exécution des missions définies au 8° de l'article L.6112-1. Cette coordination se fait dans le cadre de la constitution de fédérations interhospitalières telles que prévues à l'article L.6135-1, intitulées « fédérations interhospitalières de médecine légale ». En tant que de besoin, à titre exceptionnel, cette mission de coordination peut être confiée à un centre hospitalier. Les centres hospitaliers régionaux qui n'ont pas passé une convention avec une université, au sens de l'article L.6141-2, et les centres hospitaliers investis d'une mission de coordination, doivent être liés par convention à un centre hospitalier universitaire dans le cadre de l'exécution des missions ci-dessus mentionnées.

article 3- Il est inséré entre le 1^{er} et le 2^{ème} alinéa des articles 60 et 77-1 du code de procédure pénale un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les constatations ou les examens techniques ou scientifiques auxquels il y a lieu de procéder sont de nature médicale les personnes qualifiées mentionnées à l'alinéa précédent seront choisies, sauf circonstance spécialement motivée, parmi celles exerçant dans les structures prévues au 4^{ème} alinéa de l'article L.6141-4 du code de la santé publique ».

article 4- Pour la région Ile de France et les Départements et Territoires d'outre-mer les présentes dispositions sont suspendues jusqu'à la promulgation de mesures d'adaptation.

En ce qui concerne le texte réglementaire, il consisterait en un décret ayant vocation à être incorporé dans le code de la santé publique. Il pourrait constituer la section 4 du chapitre relatif aux « missions et obligations des établissements de santé ».

Il devrait être complété par des arrêtés déterminant notamment les conventions types qu'il prévoit. Il pourrait être ainsi rédigé :

article R.711-21- Pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L.6141-4, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation désigne, pour le ressort de chaque tribunal de grande instance de la région, les établissements publics de santé chargés des missions prévues au 8° de l'article L.6112-1 et le centre hospitalier régional, ou à titre exceptionnel le centre hospitalier, chargé de la coordination de ces missions, avec lequel ces établissements devront constituer une fédération interhospitalière. Lorsque la fédération interhospitalière ne comporte pas en son sein un centre hospitalier universitaire, elle devra passer convention avec un tel centre désigné comme ci-dessus. Lorsque pour des raisons de proximité ces désignations impliquent plusieurs régions, les désignations sont effectuées conjointement par les directeurs des agences régionales concernées. Ces désignations interviennent après avis des préfets des régions et des départements concernés, après avis des procureurs généraux et des procureurs de la République dont les ressorts sont concernés et après avis des conseils d'administration des établissements publics de santé.

article R.711-22- La fédération interhospitalière constituée conformément aux dispositions de l'article précédent accomplit les missions prévues au 8° de l'article L.6112-1 selon des modalités pratiques fixées pour chaque ressort de tribunal de grande instance par un protocole signé par le procureur de la République, le ou les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation et le directeur de chaque établissement constitutif de la fédération, après avis des conseils d'administration de ces établissements.

article R.711-23- Pour l'accomplissement des missions prévues au 8° de l'article L.6112-1 les établissements publics de santé font appel à des praticiens hospitalo-universitaires, à des praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel, à des praticiens adjoints contractuels, à des attachés. Ils peuvent en outre faire appel à des praticiens libéraux selon des modalités fixées par un contrat établi par référence à un modèle déterminé par le ministre de la santé. La rémunération de ces praticiens est assurée dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'activité libérale des praticiens temps plein par l'article L.6154-3.

article R.711-24- Les établissements publics de santé désignés en application de l'article R.711-21 sont tenus d'intégrer dans leurs projets d'établissement, tels que définis à l'article L.6143-2, les modalités de leurs interventions au titre de cet article.

article R.711-25- Les établissements publics de santé désignés en application de l'article R.711-21 organisent, en collaboration avec les autorités judiciaires, l'accueil et l'orientation des victimes d'infractions pénales et mettent en place une permanence destinée à répondre aux réquisitions de l'autorité judiciaire pour les constatations, examens techniques ou scientifiques prévus par le code de procédure pénale. Ils pourvoient à l'équipement médical et non médical des locaux destinés à cette activité et en assurent l'entretien.

Des locaux spécialisés et l'équipement destiné à la réalisation des autopsies ordonnées par l'autorité judiciaire sont mis à la disposition de la fédération interhospitalière constituée en application de l'article R.711-21 au minimum dans le centre hospitalier chargé de la coordination de la fédération, et éventuellement en tant que de besoin, dans d'autres établissements membres de cette fédération.

Des locaux adaptés à l'accueil des mineurs victimes et équipés de moyens d'enregistrement audiovisuel des auditions sont mis à la disposition de la fédération interhospitalière au minimum dans le centre hospitalier chargé de la coordination de la fédération et, en tant que de besoin, dans d'autres établissements membres de cette fédération.

article R.711-26- L'Etat assure la sécurité des personnels concourant aux missions définies au 8° de l'article L.6112-1.

Les honoraires prévus aux articles R.116-1 et suivants du code de procédure pénale sont versés par l'Etat à l'établissement public de santé dans lequel exerce le praticien requis pour chacun des actes effectués dans le cadre des missions définies au 8° de l'article L.6112-1.

Les frais de transport des praticiens requis pour effectuer des actes en dehors de l'établissement dans lequel ils sont affectés sont pris en charge par l'Etat sur les bases définies par le décret n°90-437 du 28 mai 1990. Ils sont versés à l'établissement de santé qui en assure, le cas échéant, le remboursement au praticien.

Article R.711-27- Les protocoles mentionnés à l'article R.711-22 définissent notamment, dans le respect de la réglementation à laquelle sont soumis les établissements de santé :

1° Les conditions dans lesquelles sont organisées l'accueil et l'orientation des victimes d'infractions pénales, en liaison avec les services de soins de l'établissement et les autorités judiciaires

2° Les conditions dans lesquelles est organisée la permanence destinée à répondre aux réquisitions de l'autorité judiciaire

3° L'organisation et le fonctionnement de la fédération interhospitalière et de ses composantes

4° La composition de l'équipe hospitalière de chacune des composantes de la fédération interhospitalière

5° L'aménagement et l'équipement des locaux mentionnés à l'article R.711-25

6° Les conditions dans lesquelles sont archivés les documents résultant de l'accomplissement des missions définies à l'article L.6112-1 dans le respect des articles R.710-2-1 à R.710-2-8 et de l'article 11 du code de procédure pénale

7° Le système d'information permettant l'analyse de l'activité de la fédération interhospitalière et de chacune de ses composantes

8° Les modalités de versement par l'Etat des honoraires et de remboursement des frais de transport prévus à l'article R.711-26

9° Les modalités de concertation périodique entre les autorités judiciaires et les établissements de santé concernés

10° Les conditions dans lesquelles l'Etat assure la sécurité des personnes et des biens dans les locaux mis à disposition de la fédération interhospitalière

Un état prévisionnel des dépenses et recettes afférent aux activités de la fédération interhospitalière et de chacune de ses composantes est annexé au protocole.

article R.711-27- Les protocoles mentionnés à l'article R.711-22 sont établis par référence aux modèles de protocoles déterminés conjointement par le ministre de la justice et le ministre chargé de la santé.

article R.711-28- Les dépenses et recettes afférentes aux missions prévues au 8° de l'article 6112-1 sont retracées dans chacun des groupes fonctionnels de dépenses et de recettes d'exploitation du budget général des établissements de santé désignés en application de l'article R.711-21.

A la clôture de l'exercice, un état retraçant ces dépenses et ces recettes est transmis par l'établissement de santé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier Monsieur le Premier Ministre, qui m'a proposé de rédiger ce rapport.

Je remercie également Monsieur le Garde de Sceaux et Monsieur le Ministre de la Santé, qui ont été très attentifs à mes propositions.

Je tiens à remercier les membres de cette mission, et plus particulièrement le Professeur Michel PENNEAU, qui, par sa connaissance du problème, a largement contribué à la réussite de cette mission.

Je remercie enfin tous mes confrères, qui ont bien eu l'obligeance de se déplacer afin d'être auditionnés et qui, par cette démarche, ont contribué à mettre en exergue la disparité territoriale en la matière.