

Note de synthèse du rapport JARDE Sur la médecine légale.

Objet de la mission et contexte.

Traditionnellement la médecine légale est la « médecine de la mort ». Mais ses missions se sont considérablement élargies et complexifiées, du fait notamment du développement de la preuve scientifique dans le procès et d'une meilleure prise en compte de la victime. Cette discipline, devenue très hétérogène, doit être encadrée par un texte.

L'expertise médico-légale qui concerne les publics souvent les plus vulnérables doit présenter une qualité d'accueil et de prise en charge. Elle doit intervenir dès le début de l'enquête pour garantir la conservation des preuves. Elle doit être enfin de grande qualité.

Ces impératifs ne sont pas actuellement remplis uniformément sur le territoire français.

Un certain nombre d'états d'Europe se sont dotés de structures médico-légales régionalisées dont le fonctionnement reste toutefois très disparate (orientation thanatologique en Allemagne, pluridisciplinaire en Espagne et Italie, policière en Grande Bretagne) ; tous ont cependant donné un cadre institutionnel à la matière suivant ce faisant la recommandation du Conseil de l'Europe du 2 février 1999.

La France reste toutefois avec l'Italie et l'Espagne l'un des états d'Europe qui associe le plus tôt le médecin légiste à l'enquête.

Champ de l'étude

L'étude ne prend en compte que l'exercice de la médecine légale dans le cadre de l'expertise pénale et laisse de côté la toxicologie et la biologie qui, par les compétences et les moyens qu'elles impliquent, semble excéder le cadre de la mission.

Les types d'actes relevant du champ de la discipline médico-légale sont :

- la classique autopsie ;
- la levée de corps sur les lieux de découverte qui consiste en un recueil d'éléments médicaux qui ajoutés aux constatations matérielles permettent au procureur de décider des suites à donner (accident, suicide, crime Constatations et prélèvements chez les victimes de violences en collaboration avec d'autres spécialités (pédiatres, gynécologues, obstétriciens..)
- les actes de médecine légale clinique auprès des victimes d'infractions
- les examens réalisés sur les personnes en garde à vue.

Ces interventions requièrent compétence et expérience.

L'étude exclut la région Ile de France et les DOM-TOM qui présentent des particularités tant au plan des structures hospitalières que de la police judiciaire.

Historique

1974, le Garde des sceaux crée un groupe interministériel (justice-santé) de médecine légale (GIML) qui propose la création dans les CHU de départements hospitalo-universitaires de médecine légale, avec spécialités rattachées, coordonnés, dans les villes sièges de TGI, à des antennes locales. Les modes de financement sont diversifiés et la formation à cette discipline est encouragée.

1988 et 1990, nouvelle enquête qui conduit à l'adoption d'un schéma directeur rendu public par le GDS le 26.8.92, prévoyant la création de 26 services de médecine légale dans les CHU de province, comptant chacun une unité de thanatologie et une unité clinique, avec des médecins hospitaliers ou privés sous convention et fonctionnant 24h/24.

Le GIML va alors prendre le nom de CSML (Conseil supérieur de médecine légale). L'organisation générale et le fonctionnement de ces structures ne donnant pas satisfaction, le Conseil préconise la création d'unités expérimentales à Douai, Colmar, Limoges, Rouen et recommande la création d'un diplôme d'études spécialisées dans le cadre de l'internat ;

Trois circulaires sont venues depuis compléter le dispositif :

La circulaire du 27. 5.1997 : relative aux « dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles » prévoit soins, constitution d'un dossier médico-légal et prise en charge médico-psychologique des victimes en lien avec le service de médecine légale. Une circulaire du 13 juillet 2000 a étendu le dispositif aux enfants maltraités

La circulaire du 22.10.2001 : relative à « l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que toute personne en situation de détresse psychologique » accueil, dans les services d'urgence, en lien avec l'unité médico-judiciaire. Selon une convention type santé-justice.

La circulaire du 27.2.1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence sur initiatives des procureurs et des directeurs d'agences locales.

Méthodologie

Le groupe de travail a exploité les travaux du GIML et du CSML ainsi qu'une enquête réalisée auprès des parquets par la DACG. Il a auditionné les responsables de la médecine légale dans les CHU, des médecins légistes libéraux, le Conseil de l'Ordre, des magistrats, un directeur d'agence régionale de l'hospitalisation, le conseiller technique pour les affaires médicales du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et la recherche.

L'étude a porté sur les points suivants :

- organisation de l'activité thanatologique par TGI
- organisation de la médecine légale
- modalités de financement
- situation de l'enseignement et de la recherche.

Des difficultés sont apparues :

- absence d'indicateurs de mesure de l'activité médico légale.
- absence de coordination de l'activité au plan national ; autant de TGI, autant de stratégies.
- absence de comptabilisation du nombre de médecins-légistes.
- absence de comptabilisation des structures de médecine légale qui par ailleurs n'ont pas de statut juridique homogène (CHU, associations, unités annexes conventionnées de services autres : gériatrie, orthopédie, pédiatrie, gynécologie, parfois simples consultations...).

Résultats de l'étude

Activité thanatologique.

Les autopsies

Chaque année, environ 5000 autopsies sont réalisées dont 4000 par les CHU, la majorité d'entre eux en réalisent plus de 100/an. Le millier restant est réalisé par tous types de structures (CHU, funérariums etc....) à la charge, en la matière, très inégale et qui souvent ne répondent pas aux impératifs de sécurité sanitaire.

La levée des corps

Cette pratique n'est pas systématique, contrairement aux préconisations du Conseil de l'Europe. Il faut le déplorer, notamment lorsque les causes de la mort ne sont pas évidentes. Les autres examens du corps sont réalisés soit par des structures du type SOS médecins soit par des généralistes.

La médecine légale clinique.

Les responsables de CHU recensent 19 unités de médecine légale clinique. La DACG en compte 51. La grande disparité des pratiques peut expliquer cet écart ; elles vont de la simple astreinte à l'unité structurée. Quelques rares centres(6) assurent la totalité de l'activité de médecine légale qu'il s'agisse de victimes d'infractions, de personnes en garde à vue ou d'ivresse publique. Les services SOS médecins et les médecins libéraux prêtent leur concours en l'absence de structure hospitalière.

Les consultations.

Là encore règne la plus grande disparité. Les consultations sont réalisées soit au sein d'unités structurées relevant d'un service d'urgence ou de médecine légale ; soit de façon informelle. Il existe, certes, des conventions hopitaux-justice mais elles échappent à toute appréhension statistique.

Certaines consultations interviennent sur réquisition ; les honoraires portés en frais de justice sont perçus soit par l'établissement soit par le médecin qui lui reverse une quote part. Ils peuvent aussi être supportés de façon indue par l'assurance maladie quand l'examen est fait à la demande du patient.

La prise en charge des victimes d'agression sexuelle et des mineurs victimes de violences.

Il n'y a aucun systématisme dans l'intervention d'un médecin légiste dans ces hypothèses (9 cas sur 23) et aucune coordination de principe entre les services de médecine légale, de gynécologie - obstétrique et de pédiatrie. Les circulaires évoquées plus haut ne sont donc pas appliquées.

Les examens psychiatriques.

La psychiatrie médico-légale traverse de l'avis de tous une crise profonde du fait notamment de l'absence de vocations. Cette pénurie paralyse la mise en œuvre d'examens dès la phase d'enquête et retarde les procédures.

L'enseignement et la recherche.

C'est dans ce domaine que les efforts sont les plus significatifs. Tous les CHU (sauf un) compte un enseignement de la discipline ; les effectifs d'enseignants chercheurs s'étoffent peu à peu. Toutefois, l'intégration hospitalière de la discipline n'est pas encore coordonnée et reste le fruit d'initiatives locales.

Quelques exemples attestent des progrès réalisés qui sont rapportés dans nombre de publications y compris des revues juridiques de référence : application des techniques de la biologie moléculaire à la problématique de l'identification ; apport de la toxicologie analytique appliquée à la thanatologie et au domaine de l'addiction, du dopage, de la soumission chimique ; apport de l'entomologie pour la datation de la mort etc...

La qualité actuelle de la médecine légale française a trouvé une reconnaissance internationale lors de la tenue à Montpellier, en 2002, du 16^{ème} congrès de l'International Association of forensic Sciences qui a réuni les plus hautes autorités de la médecine légale internationale. Toulouse devrait accueillir prochainement le congrès international de droit médical.

Un bilan contrasté.

Des progrès indéniables.

Augmentation des effectifs hospitalo-universitaires de médecine légale clinique et thanatologique. A une exception près tous les CHU compte un enseignement de la discipline. Dans les années 70, 15 des ressorts des 29 cours d'appel étaient pourvus d'unités médico-légales, nous sommes aujourd'hui à 7 et il s'agit de ressorts dépourvus de CHU

Des dysfonctionnements persistants.

Les situations sont très disparates. Ni les champs concernés, ni les modalités de fonctionnement, ni les financements, ni les partenaires ne sont clairement structurés. De surcroît, les situations se modifient dans le temps. Les ressorts comptant une cour d'appel et un CHU peuvent offrir tout le panel de prestations, pour qui que ce soit et dans toute situation et ce 24h sur 24h. Dans les zones plus périphériques, la médecine médico-légale est laissée

aux mains de généralistes peu formés à la matière et qui ne peuvent assurer tous les examens. Entre ces deux extrêmes tous types d'organisation se rencontrent.

Cet état de fait préjudicie à l'égalité de traitement des victimes et des auteurs et rend impossible la réalisation d'enquêtes d'une égale qualité. Aucune autre discipline médicale ne se trouve dans un tel état de dépendance. Cela résulte, sans doute, de sa nature puisqu'elle est l'interface du monde de la santé et du monde de la justice, mais aussi de ce que la loi n'en fait pas une mission hospitalière obligatoire.

Des convergences quant aux solutions

Toutes les instances qui ont travaillé sur ce domaine de la médecine depuis trente ans, convergent sur un point : il faut intégrer la médecine légale à l'activité de l'hôpital et ce, à deux niveaux. Les examens les plus techniques requérant des moyens seraient réalisés dans des centres de référence. Une structure de proximité se chargerait des actes moins délicats ou interviendrait lorsqu'il est ni techniquement, ni humainement, ni financièrement possible d'envisager un déplacement important.

Les causes des précédents échecs.

Elles peuvent être trouvées dans le caractère non contraignant de programmes envisagés par voie de circulaires et par la mise en partenariat de deux corps très différents : celui des médecins et celui des juges. Certes, la formule rendait possible les initiatives locales mais elle présentait le risque d'une construction hétérogène ; ce risque est devenu réalité.

L'autre raison se trouve sans doute dans le nombre de conditions ayant assorti les recommandations des instances (enseignement, revalorisation des actes, réforme de la liste des experts...) dont certaines sont aujourd'hui remplies.

Propositions

Les principes :

Reconnaissance d'un service public de médecine légale, auxiliaire du service public de la justice.

Ce service pourrait être un observatoire des violences de toute nature travaillant en lien avec l'observatoire de la maltraitance récemment mis en place. Il serait un outil épidémiologique précieux. Il prendrait en charges les constatations médico-légales sur victimes, les examens médicaux dans le cadre de la GAV, les autopsies, les levées de corps, en offrant toute garantie de sécurité sanitaire et les plateaux techniques.

L'activité médico-légale serait financée sur le poste frais de justice et permettrait par son importance que les établissements atteignent à l'équilibre budgétaire. Centralisée, la ressource publique serait optimisée.

Cette centralisation serait aussi souhaitable en matière de formation continue.

Elle n'exclurait pas enfin que des médecins privés soient associés à l'activité par voie de conventionnement avec rétrocession d'une partie des honoraires à l'hôpital.

une organisation à deux niveaux

Rattachement, avec une certaine souplesse toutefois pour tenir compte des spécificités locales, des 80 centres d'autopsie existants aux CHU, ce qui garantirait compétence, sécurité sanitaire et équipement technique.

Maintien de structures de proximité, calées sur les TGI, pour certains actes ou dans certaines situations (victimes, GAV).

Une organisation régionale coordonnée

Le CHU sera le centre de référence et de coordination de toute l'activité médico légale. Il devrait en résulter une harmonisation des pratiques et une formation permanente efficiente grâce à une collaboration interdisciplinaire. Des fédérations inter hospitalières pourraient voir le jour, elles rassembleraient un centre de référence et plusieurs centres de proximité. Pour les CA dénuées de CHU (5) Il faudrait habiliter un CHU voisin comme centre de référence et passer une convention de collaboration entre leurs fédérations respectives.

Des réseaux de recherche interrégionaux.

Ceux ci permettraient une mutualisation des moyens et faciliteraient les habilitations d'équipes de recherche. Ils favoriseraient le recueil d'informations et l'approche épidémiologique des phénomènes tel un observatoire des violences contre autrui et soi-même et de l'accidentologie.

Des conventions types.

Elles sont conclues entre les autorités sanitaires et judiciaires et sont conformes à un modèle type établi par les administrations centrales dans le respect des réglementations.

Une contrepartie judiciaire.

Engagement des autorités judiciaires à recourir prioritairement, mais pas nécessairement, aux structures créées, inscrit dans le code de procédure pénale dans sa partie relative aux réquisitions. La réquisition pourrait continuer d'être à personne nommée, celle ci étant rattachée à un établissement.

Le financement.

Ces structures ne nécessiteraient que peu d'investissement : des locaux, du matériel de consultation pour la médecine légale clinique, la thanatologie, activité la plus coûteuse étant rattachée aux CHU. La concentration au sein des CHU du maximum d'activités médico-légales permettrait par les ressources dégagées sur frais de justice d'entretenir la qualité et la pérennité de la prestation.

Une mise en place progressive.

Cette progressivité est imposée par les modifications législatives et réglementaires à envisager ; celles ci doivent intervenir dès que possible en tous cas avant la fin de la législature. Elle permettra en outre d'analyser la possibilité de financement et sa hauteur. Des praticiens de l'ordre de 750 (outre les 250 existants), devront dans ce laps de temps, se former. Les 25 UFR s'en chargeront à raison de 2 à 4 étudiants/an sur 5 à 10 ans. Des mesures d'adaptation seraient enfin à prévoir pour l'Ile de France et les DOM-TOM exclus de la présente étude.

Les textes

Les projets de textes sont annexés au rapport.