Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Justice
01/06

Inspection générale
des services judiciaires

Ministère de la Santé et des solidarités
2006-001

Inspection générale
des affaires sociales

MISSION INTERMINISTÉRIELLE EN VUE D'UNE RÉFORME DE LA MÉDECINE LÉGALE

Rapport établi par

Frédéric DESPORTES
Inspecteur des services judiciaires

Fernand LORRANG
Inspecteur général des affaires sociales

Rémi CROSSON DU CORMIER
Inspecteur des services judiciaires

Sylvain PICARD
Inspecteur général des affaires sociales

Pascale REITZEL
Inspectrice des services judiciaires

- JANVIER 2006 -

SOMMAIRE

RESUME 11

INTRODUCTION 16

1. UNE ACTIVITE DE MASSE AUX ENJEUX FONDAMENTAUX 19

1.1 UNE MULTITUDE D'ACTES IMPLIQUANT UNE DEPENSE IMPORTANTE 19

1.2 UNE ACTIVITE A LAQUELLE SONT ATTACHES DES ENJEUX MULTIPLES ET FONDAMENTAUX 23

1.3 UNE ACTIVITE DEVANT S'INTEGRER DANS UN ENSEMBLE INTERNATIONAL EN VOIE DE STRUCTURATION 29

2. UNE ACTIVITE MAL IDENTIFIEE, FAIBLEMENT STRUCTUREE ET PEU EVALUEE 34

2.1 UNE ACTIVITE MAL IDENTIFIEE 34

2.2 UNE ACTIVITE PEU STRUCTUREE, ESSENTIELLEMENT TRAITEE COMME UN ELEMENT DE LA POLITIQUE D'AIDE AUX VICTIMES 38

2.3 UNE ACTIVITE PEU CONTROLEE ET MAL EVALUEE 45

3. UNE ACTIVITE A L'ORGANISATION ET AU FINANCEMENT DISPARATES ET FRAGILES 50

3.1 UNE ORGANISATION FRAGILE ET DISPARATE 50

3.2 UN FINANCEMENT FRAGILE METTANT EN ŒUVRE DES PROCEDURES INADAPTEES 66

3.3 LE CAS DE LA REGION PARISIENNE 72

4. LES VOIES D'UNE REFORME 79

4.1 LES PRINCIPES GENERAUX DEVANT INSPIRER TOUTE REFORME 79

4.2 CREER UNE ORGANISATION FONDEE SUR DES STRUCTURES DIVERSIFIEES, CONSTITUEES EN RESEAUX ET INTEGREE DANS LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER 82

4.3 REGLER LES QUESTIONS RECURRENTES RELATIVES AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF 89

4.4 ASSURER UN FINANCEMENT JUSTE, TRANSPARENT ET PERENNE 93

4.5 ASSURER L'HOMOGENEITE DES PRATIQUES AU NIVEAU NATIONAL ET AMELIORER LE SUIVI DE L'ACTIVITE 104

CONCLUSION 106

LISTE DES PRECONISATIONS. 108

TABLE DES MATIERES

RESUME 11

INTRODUCTION..... 16

1. UNE ACTIVITE DE MASSE AUX ENJEUX FONDAMENTAUX..... 19

1.1 UNE MULTITUDE D'ACTES IMPLIQUANT UNE DEPENSE IMPORTANTE..... 19

1.1.1 L'activité médico-légale..... 19

1.1.2 La dépense de médecine légale au titre des frais de justice..... 20

1.1.2.1 Une imputation budgétaire dispersée et confuse..... 20

1.1.2.2 Une évaluation difficile..... 21

1.1.2.3 Une dépense émiettée 22

1.1.3 Une tendance à l'accroissement liée à des facteurs faiblement maîtrisables.... 22

1.1.3.1 L'augmentation de l'activité médico-légale et de la dépense y afférente... 22

1.1.3.2 Des facteurs d'accroissement faiblement maîtrisables par les acteurs judiciaires. 22

1.2 UNE ACTIVITE A LAQUELLE SONT ATTACHES DES ENJEUX MULTIPLES ET FONDAMENTAUX..... 23

1.2.1 Les enjeux judiciaires..... 23

1.2.1.1 La place de la médecine légale dans la conduite des procédures judiciaires.. 23

1.2.1.2 Les attentes des autorités judiciaires et des unités et services de police judiciaire..... 26

1.2.1.3 Les « risques » judiciaires attachés à la mauvaise exécution des actes médico-légaux 26

1.2.2 Les enjeux médico-sociaux et sanitaires 27

1.2.2.1 Les liens étroits entre médecine légale et aide aux victimes..... 27

1.2.2.2 Les liens étroits entre médecine légale et soins 27

1.2.2.3 La place de la médecine légale dans l'exercice quotidien de la médecine . 28

1.2.3 Les enjeux en matière d'enseignement et de recherche 29

1.3 UNE ACTIVITE DEVANT S'INTEGRER DANS UN ENSEMBLE INTERNATIONAL EN VOIE DE STRUCTURATION 29

1.3.1 Les deux conceptions de l'organisation de la médecine légale 29

1.3.2 Les traits dominants des organisations adoptées dans les Etats considérés 30

1.3.2.1 Une organisation structurée dans de nombreux pays 30

1.3.2.2 Un financement assuré dans la grande majorité des cas par le budget de la justice selon des modalités variables. 31

2. UNE ACTIVITE MAL IDENTIFIEE, FAIBLEMENT STRUCTUREE ET PEU EVALUEE 34

2.1 UNE ACTIVITE MAL IDENTIFIEE 34

2.1.1 La médecine légale, discipline universitaire 34

2.1.2 La médecine légale, médecine sur mandat judiciaire 35

2.1.2.1 Le cadre juridique de la désignation des médecins par l'autorité judiciaire et les services de police judiciaire 35

2.1.2.2 Les médecins pouvant être désignés pour effectuer des actes médico-légaux 36

2.1.3 L'incidence de la superposition des définitions universitaire et judiciaire : une dénomination de « médecin légiste » imprécise et source de confusions 37

2.2 UNE ACTIVITE PEU STRUCTUREE, ESSENTIELLEMENT TRAITEE COMME UN ELEMENT DE LA POLITIQUE D'AIDE AUX VICTIMES 38

2.2.1 L'absence de cadre légal ou réglementaire à l'organisation de la médecine légale 38

2.2.1.1 Une législation sanitaire ignorant totalement la médecine légale 38

2.2.1.2 Une législation pénale appréhendant uniquement la médecine légale comme le champ possible de missions d'expertise 38

2.2.2 Des circulaires peu structurantes et sources de confusion 39

2.2.2.1 Un agrégat de circulaires mal articulées entre elles et peu suivies 39

2.2.2.2 Des circulaires ayant pu entraver une structuration cohérente de la médecine légale 41

2.2.3 Un dispositif reposant partiellement sur des conventions conclues localement 42

2.2.3.1 Des conventions nombreuses témoignant d'un besoin d'organisation 42

2.2.3.2 Des conventions ne donnant pas une juste représentation de l'organisation de la médecine légale 43

2.2.3.3 Des conventions très hétérogènes en l'absence de modèle national 44

2.3 UNE ACTIVITE PEU CONTROLEE ET MAL EVALUEE 45

2.3.1 Le faible suivi de l'évolution de l'activité et des coûts 45

2.3.1.1 L'absence d'outil de gestion et d'indicateur permettant aux juridictions un suivi régulier de l'activité et de la dépense 45

2.3.1.2 L'appréhension incomplète et imparfaite de l'activité et de la dépense par les E.P.S. 46

2.3.2 Le faible encadrement des politiques pénales et des pratiques médicales 46

2.3.2.1 Le faible encadrement des politiques pénales 46

2.3.2.2 Le faible encadrement des pratiques médicales 47

2.3.3 Le faible suivi du fonctionnement et de l'organisation des structures 48

2.3.3.1 Un constat général 48

2.3.3.2 Un constat préoccupant s'agissant des contrôles en matière d'hygiène et de sécurité 49

3. UNE ACTIVITE A L'ORGANISATION ET AU FINANCEMENT DISPARATES ET FRAGILES 50

3.1 UNE ORGANISATION FRAGILE ET DISPARATE 50

3.1.1 Les faiblesses du dispositif 50

3.1.1.1 Un dispositif instable dépendant des initiatives et du dynamisme des acteurs locaux 50

3.1.1.2 Un dispositif atomisé, excluant une organisation rationnelle et coordonnée.. 51

3.1.1.3 Un dispositif fragilisé par le devenir incertain du potentiel de formation en médecine légale 52

3.1.1.4 Des faiblesses particulièrement marquées en dehors des grandes agglomérations pour la réalisation des examens en garde à vue et des levées de corps 52

3.1.2 Une répartition territoriale inégale et une disparité de l'activité des structures existantes 54

3.1.2.1 La difficulté d'établir une carte des structures de médecine légale 54

3.1.2.2 Les disparités affectant les structures assurant la médecine légale du vivant et les levées de corps 55

3.1.2.3 Les disparités concernant les centres d'autopsie 55

3.1.3 La disparité dans la dénomination et l'organisation des structures 60

3.1.3.1 La dénomination des structures 60

3.1.3.2 L'organisation des structures 60

3.1.4 L'existence de pratiques ou de modes d'organisation pouvant susciter des interrogations 61

3.1.4.1 L'établissement de liens entre les services de médecine légale et les UCSA. 61

3.1.4.2 L'absence de suivi des prélèvements corporels 64

3.1.4.3 La pratique d'examens médico-légaux sans réquisition préalable 65

3.2 UN FINANCEMENT FRAGILE METTANT EN ŒUVRE DES PROCEDURES INADAPTEES 66

3.2.1 Un financement sur frais de justice imparfait et donnant lieu à des aménagements tarifaires exposant à des contestations 66

3.2.1.1 Des tarifs souvent anciens et insuffisants 66

3.2.1.2 Des aménagements tarifaires en marge de la réglementation 67

3.2.1.3 Des aménagements discutables relatifs à la répartition des sommes dues en application des tarifs 68

3.2.2 Un financement hospitalier sans base légale ou réglementaire progressivement remis en cause 69

3.2.3 Un équilibre budgétaire globalement non assuré 70

3.2.4 Un paiement reposant sur des dispositifs complexes 71

3.3 LE CAS DE LA REGION PARISIENNE 72

3.3.1 Le dynamisme de la médecine légale thanatologique 73

3.3.1.1 L'institut médico-légal de Paris 73

3.3.1.2 L'unité de consultation médico-judiciaire du centre hospitalier sud-francilien d'Evry 75

3.3.1.3 Le service d'anatomie et cytologie pathologiques et de médecine légale de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches 75

3.3.2 Une médecine légale du vivant bien implantée, à l'activité importante, mais présentant, faute d'encadrement, des conditions de fonctionnement hétérogènes 76

3.3.2.1 Une couverture territoriale quasi complète 76

3.3.2.2 Une activité importante 77

3.3.2.3 Des conditions de fonctionnement hétérogènes 78

4. LES VOIES D'UNE REFORME 79

4.1 LES PRINCIPES GENERAUX DEVANT INSPIRER TOUTE REFORME 79

4.1.1 Donner un cadre législatif et réglementaire à la médecine légale 79

4.1.2 Placer le service public hospitalier au cœur du dispositif 80

4.1.3 Associer étroitement les médecins libéraux et les structures non hospitalières 81

4.1.4 Favoriser une meilleure identification et une approche globale de la médecine légale 81

4.2 CREER UNE ORGANISATION FONDEE SUR DES STRUCTURES DIVERSIFIEES, CONSTITUEES EN RESEAUX ET INTEGREE DANS LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER 82

4.2.1 Créer une organisation territoriale sur deux niveaux et en réseaux 82

4.2.1.1 Nécessité d'une organisation à deux niveaux 82

4.2.1.2 La constitution de réseaux animés par des pôles ou des centres, régionaux de référence 84

4.2.1.3 Nécessité de clarifier les dénominations (service de médecine légale et unité médico-judiciaire) 85

4.2.2 Intégrer les réseaux dans des schémas régionaux 85

4.2.3 Associer étroitement les autorités judiciaires à la constitution et au fonctionnement du réseau 87

4.2.3.1 Au cours de la constitution du réseau 87

4.2.3.2 Après constitution du réseau 87

4.2.4 Respecter le principe du libre choix de l'expert 87

4.3 REGLER LES QUESTIONS RECURRENTES RELATIVES AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF 89

4.3.1 La formation des médecins : un potentiel à conforter 89

4.3.2 L'accomplissement de constats médico-légaux sans réquisition préalable : une pratique à cantonner rigoureusement 91

4.3.3 La participation des médecins des UCSA à la médecine légale : une pratique à proscrire en milieu pénitentiaire 92

4.3.4 Le suivi et la destruction des scellés : une situation imposant des mesures rapides et drastiques 92

4.3.5 La prise en charge des soins en garde à vue : une question en marge de la médecine légale ne pouvant demeurer sans réponse 93

4.4 ASSURER UN FINANCEMENT JUSTE, TRANSPARENT ET PERENNE 93

4.4.1 Réaffirmer le principe d'un financement de la médecine légale sur frais de justice en contrepartie d'un « service rendu évaluable » 94

4.4.2 Prévoir un co-financement par le budget de la santé ou de l'assurance maladie des examens médico-légaux de victimes d'infractions 94

4.4.2.1 La justification d'une contribution de la Santé : une démarche médico-judiciaire qui sous-tend un objectif de santé publique 94

4.4.2.2 Les modalités de prise en charge par la Santé : distinction nécessaire selon que l'examen est précédé ou non d'une réquisition 95

4.4.3 Réexaminer les tarifs dus au titre des frais de justice 96

4.4.3.1 Principes généraux devant présider à un réexamen des tarifs 96

4.4.3.2 Une priorité : la revalorisation du tarif des autopsies 97

4.4.3.3 La nécessité de tarifer certaines prestations annexes 97

4.4.3.4 L'opportunité d'engager une réflexion sur les autres tarifs 98

4.4.4 Rationaliser et simplifier les procédures de paiement 99

4.4.4.1 Versement aux E.P.S., sous forme de dotation globale, de la totalité des honoraires et indemnités dus au titre des actes effectués au sein du réseau 99

4.4.4.2 Reversements par les E.P.S. aux médecins libéraux et aux structures autres qu'hospitalières, membres du réseau 101

4.4.4.3 Centralisation du paiement des prestations effectuées par les médecins et autres professionnels extérieurs au réseau 103

4.4.4.4 Des mesures de simplification susceptibles de procurer des gains substantiels 103

4.5 ASSURER L'HOMOGENEITE DES PRATIQUES AU NIVEAU NATIONAL ET AMELIORER LE SUIVI DE L'ACTIVITE 104

4.5.1 Restaurer le Conseil supérieur de médecine légale 104

4.5.2 Harmoniser les politiques pénales et homogénéiser les pratiques médicales . 104

4.5.3 Améliorer les contrôles sanitaires..... 105

4.5.4 Créer les instruments permettant d'assurer un suivi et une évaluation de l'activité..... 105

4.5.5 Développer une démarche qualité dans le domaine de la thanatologie 105

CONCLUSION 106

LISTE DES PRECONISATIONS. 108

RESUME

Par lettre en date du 28 décembre 2004, le Garde des Sceaux, Ministre de la justice et le Ministre des solidarités, de la santé et de la famille ont confié conjointement à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) la mission de procéder à l'étude de la situation de la médecine légale sur l'ensemble du territoire national afin de déterminer les principes et les éléments concrets de mise en œuvre d'une réforme.

Afin de dresser un état de la situation aussi précis que possible, la mission a adressé à l'ensemble des tribunaux de grande instance et de première instance un questionnaire concernant l'organisation et le financement de la médecine légale dans leur ressort. Un questionnaire portant sur les mêmes thèmes a été adressé aux agences régionales de l'hospitalisation (A.R.H.).

La mission a eu de nombreux entretiens avec les représentants des administrations centrales des ministères concernés, ainsi qu'avec des personnalités du monde judiciaire et du monde médical. Elle a effectué plusieurs déplacements en province et en région parisienne à l'occasion desquels elle a rencontré des magistrats, des représentants des services de police et de gendarmerie, des responsables de centres hospitaliers et des médecins en charge de l'activité médico-légale, des représentants de l'administration pénitentiaire, des avocats et des membres d'associations d'aide aux victimes. La mission a souhaité disposer, par ailleurs, d'éléments de comparaison internationaux qu'elle a recueillis pour un certain nombre de pays européens et le Canada.

La médecine légale : une activité de masse aux enjeux importants

L'activité de médecine légale est quantitativement importante, puisqu'en 2004, selon les réponses apportées aux enquêtes de la mission, ont été effectués entre 8.000 et 8.500 autopsies, plus de 11.000 levées de corps et près de 400.000 actes de médecine légale du vivant.

Sous l'angle financier, en agrégeant les montants déclarés par les juridictions, la dépense globale de médecine légale peut être évaluée à 80 M€ pour 2004, soit à plus de 25% du montant total des frais de justice en matière pénale. La part de la dépense correspondant aux frais d'autopsie, de levée de corps et d'examens médico-légaux d'auteurs présumés ou de victimes d'infraction, y compris les frais d'expertises psychiatriques, psychologiques ou médico-psychologiques pourrait s'élever à environ 53 M€, dont 8 à 11 M€ correspondant aux examens des personnes gardées à vue et 6 à 8 M€ correspondant aux examens de victimes.

La tendance à l'accroissement de ces dépenses est liée à des facteurs faiblement maîtrisables : augmentation du nombre d'affaires traitées par les tribunaux en matière de délinquance, judiciarisation de la société avec une attention accrue portée aux victimes de violences ou encore développement des moyens de preuve scientifique.

Principalement judiciaires, les enjeux attachés à la médecine légale sont également sanitaires et médico-sociaux.

D'un point de vue judiciaire, les constats médico-légaux sont, en premier lieu, souvent déterminants pour établir le déroulement et la qualification des faits. En deuxième lieu, la contribution de la médecine légale est fondamentale pour apprécier le degré de responsabilité de l'auteur, sa personnalité ou celle de la victime. En troisième lieu, la législation permet ou impose de plus en plus fréquemment l'intervention d'un médecin pour apprécier la compatibilité de l'état physique ou psychique d'une personne avec une mesure restrictive ou privative de liberté, voire l'opportunité de la mise en place d'un traitement.

Les enjeux sanitaires et médico-sociaux sont en relation avec la dimension de soin de l'acte médico-légal. Celui-ci doit, non seulement s'articuler avec le soin, mais s'y intégrer. De nombreux médecins légistes ont ainsi insisté auprès de la mission sur la dimension soignante intrinsèquement liée à l'acte médico-légal. Par ailleurs, la violence étant un problème de santé publique, l'activité médico-légale peut permettre une meilleure connaissance épidémiologique et, en conséquence, une amélioration des politiques de prévention.

La médecine légale a vocation à s'intégrer dans un ensemble international en voie de structuration. Deux conceptions prévalent en matière d'organisation de la médecine légale : une première conception « institutionnelle » est basée sur son intégration dans des structures publiques spécifiques ; la deuxième conception plus « personnelle », proche de celle qui prévaut actuellement en France, voit la médecine légale comme une activité d'expertise confiée à des médecins choisis au cas par cas, rémunérés à l'acte et qui exercent leur art au sein de structures privées ou publiques ou à titre libéral. L'organisation est plus ou moins structurée suivant les pays. Seuls l'Italie et la France et, dans une moindre mesure, le Royaume-Uni, paraissent dotés d'une organisation assez peu structurée.

Le financement est assuré dans la grande majorité des cas par le budget de la justice.

Une activité mal identifiée, faiblement structurée et peu évaluée

L'absence de cadre légal ou réglementaire est une caractéristique majeure de la médecine légale française. La partie législative du code de la santé publique ne mentionne ni l'expression « médecine légale » ni celle de « médecin légiste ». La médecine légale ne figure pas au nombre des missions des établissements de santé ou du service public hospitalier.

Des circulaires peu structurantes et mal articulées entre elles se sont succédé depuis quelques années : circulaire du 27 mai 1997 confiant aux agences régionales de l'hospitalisation le soin de mettre en place un dispositif régional de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles avec désignation d'un pôle de référence et création d'un réseau; circulaire de juillet 2000 étendant ce dispositif à l'ensemble des mineurs, victimes de maltraitance ; circulaire d'octobre 2001 concernant la prise en charge de toutes les personnes victimes de violence et en situation de détresse psychologique. D'autres circulaires traitent d'aspects plus ponctuels, comme la création de consultations médico-judiciaires. Les

investigations de la mission mettent en évidence que les prescriptions de ces circulaires n'ont guère été mises en œuvre. Ainsi, la circulaire de base de mai 1997 n'a été suivie d'effet que dans trois régions.

De surcroît, ces circulaires ont probablement favorisé à la fois le morcellement de la médecine légale, en traitant de la « victimologie » indépendamment des autres aspects de la discipline et, une confusion dans la délimitation du champ de la médecine légale, en concourant à la dissolution de celle-ci dans la politique globale de prise en charge des victimes.

En l'absence de politique nationale claire de structuration de la médecine légale, les acteurs locaux – responsables de centres hospitaliers et de juridictions - ont parfois pris l'initiative de coordonner leurs interventions et de formaliser cette démarche par des conventions dont le contenu est très hétérogène. Il s'en suit que les pratiques de la médecine légale sont très disparates. Ce constat préoccupant vaut même pour le respect des normes d'hygiène, liées notamment au traitement des déchets et effluents et auxquelles seulement 44 établissements de santé déclarent être conformes.

Une activité à l'organisation et au financement disparates et fragiles

Le faible effet structurant des conventions liant les juridictions et les établissements se trouve aggravé par d'autres phénomènes qui concourent à donner au dispositif un caractère instable et atomisé : le potentiel de formation en médecine légale est menacé par le triplement en deux ans du nombre de C.H.R.U. ne comportant plus à leur effectif hospitalo-universitaire de praticien de médecine légale. Par ailleurs, l'inégalité de l'implantation des structures assurant la médecine légale du vivant et les levées de corps place les parquets et les services de police et de gendarmerie dans une situation difficile en dehors des grandes agglomérations.

Le financement des activités de médecine légale sur frais de justice met en œuvre des procédures inadaptées dont le rapport mentionne les inconvénients.

L'insuffisance des tarifs fixés par le code de procédure pénale est manifeste, notamment pour les autopsies. Cette situation est à l'origine de pratiques diverses de contournement des textes qui ne sont pas satisfaisantes et qui, en tout état de cause, ne pourront perdurer compte tenu de l'entrée en vigueur de la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001.

Globalement l'équilibre budgétaire n'est pas assuré et la mission évalue à 12 à 13M€ le montant des frais de justice perçu par les structures de médecine légale en 2004 alors que leurs dépenses de fonctionnement se sont élevées à 16,4 M€ la même année.

Les voies d'une réforme

Les constats effectués par la mission confortent la pertinence des analyses et propositions développées depuis une dizaine d'année par le rapport du Conseil supérieur de la médecine légale de 1998 et par celui du professeur Jardé, député de la Somme, de 2003.

L'entrée en vigueur de la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances et de la tarification à l'activité des établissements de santé renforce l'urgence d'une réforme profonde du système.

Toute réforme doit être inspirée par les principes généraux suivants :

- donner un cadre législatif et réglementaire à la médecine légale,

- placer les établissements publics hospitaliers au cœur du dispositif,

- y associer étroitement les médecins libéraux et les structures non hospitalières, la participation des médecins libéraux restant incontournable - notamment pour les examens de garde à vue - et celle de structures autres qu'hospitalières, comme les instituts médico-légaux, ne devant pas être remise en cause par simple esprit de système,

- favoriser une approche globale de la médecine légale.

La création d'une organisation fondée sur des structures diversifiées, constituées en réseau et intégrées dans le fonctionnement hospitalier est préconisée.

La pratique de la thanatologie doit être concentrée sur de gros établissements de santé à vocation régionale (centres hospitaliers régionaux ou instituts médico-légaux).

En revanche, les actes médico-légaux du vivant doivent être, autant que possible, assurés au plus près des besoins dans la plupart des établissements de santé disposant de gardes de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique et d'un service d'urgence.

Il importe donc de désigner comme centres de référence les établissements de santé en situation d'assurer des prestations couvrant l'ensemble du champ de la médecine légale. Ces établissements comporteraient un « service de médecine légale » et seraient chargés d'animer un réseau d'établissements de proximité comportant chacun une « unité médico-judiciaire » prenant en charge les levées de corps et la médecine légale du vivant. Les médecins libéraux, qui assurent aujourd'hui une large part de l'activité médico-légale, seraient associés à chacun de ces niveaux.

Le rapport préconise que cette organisation (centre de référence et réseau) soit conçue par les A.R.H. en liaison avec les autorités judiciaires locales et prenne la forme d'un Schéma régional d'organisation de la médecine légale sur le modèle des Schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Le réseau régional étant constitué, des conventions seraient signées entre les juridictions et les établissements sur la base d'une convention-type élaborée conjointement par les ministères de la justice et de la santé.

Cette organisation n'aurait pas pour conséquence de limiter le principe de libre choix de l'expert, *lato sensu*, par les magistrats et les officiers de police judiciaire.

D'autres mesures indispensables doivent accompagner la mise en place de ce dispositif :

- une stabilisation du potentiel de formation des médecins à la pratique de la médecine légale par une inscription au nombre des priorités des ministères de la santé et de

l'enseignement supérieur de l'objectif de la présence dans chaque C.H.R.U. d'au moins un praticien de médecine légale de rang universitaire ;

- la mise en place d'un financement juste, transparent et pérenne de la médecine légale passant par un réexamen des tarifs dus au titre des frais de justice (notamment pour les autopsies) et la création d'une contribution de l'assurance maladie pour les examens médico-légaux des victimes (qui comportent une forte dimension de soin et qui, à ce titre, pourraient être inscrits au nombre des missions d'intérêt général des établissements publics de santé).

Le rapport préconise que les sommes dues par la Justice et la Santé pour financer les activités médico-légales effectuées dans le cadre du réseau soient versées aux établissements de santé par les A.R.H. sous forme de dotation globale calculée sur la base de l'activité de l'année antérieure avec ajustement en fin d'exercice. Chaque établissement aurait, notamment, la charge de rémunérer les médecins libéraux participant au réseau. La mission propose, par ailleurs, que le paiement des prestations assurées en dehors du réseau soit centralisé au niveau du ministère de la justice. Il serait ainsi mis fin à la procédure de paiement actuelle, qui est complexe, lente, coûteuse et inadaptée.

Enfin, une restauration du Conseil supérieur de la médecine légale est préconisée. Elle pourrait faciliter une harmonisation des pratiques, tant judiciaires que médicales, par ailleurs nécessaire.

Il s'agit moins, en définitive, de réformer la médecine légale, que d'organiser une activité essentielle au bon fonctionnement de la justice, qui dépend, actuellement des initiatives et du dynamisme des acteurs locaux, en l'absence de tout encadrement national.

INTRODUCTION

Par lettre en date du 28 décembre 2004, le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et le garde des sceaux, ministre de la justice, ont confié conjointement à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) la mission de procéder à l'étude de « la situation de la médecine légale sur l'ensemble du territoire national » afin de déterminer les principes et « les éléments concrets de mise en œuvre » d'une réforme (annexe 1).

Il était demandé aux deux inspections d'apporter une attention particulière à la répartition géographique des activités concernées, à leur mode de financement, aux conventions passées entre les établissements de santé et les juridictions ainsi qu'à un certain nombre de points plus spécifiques : besoins en personnel et conditions techniques de fonctionnement, pratiques en matière de médecine légale thanatologique, prise en charge des scellés, fixation des incapacités totales de travail (ITT), rattachement aux services de médecine légale des unités de consultation et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire (UCSA) et, enfin, situation statutaire des praticiens exerçant la médecine légale dans les établissements de santé.

Comme le rappelle la lettre précitée, cette mission s'inscrit dans le prolongement de nombreux travaux, conduits sur le même thème, mettant en avant les insuffisances du dispositif actuel et la nécessité d'une réforme. Au nombre des plus récents figurent deux rapports majeurs : celui établi en janvier 1998 par le Conseil supérieur de médecine légale (C.S.M.L.)[1] et celui remis au Premier ministre en décembre 2003 par M. Olivier Jardé, député de la Somme et professeur de médecine légale. Les conclusions de ce second rapport ont inspiré un amendement parlementaire proposant d'intégrer les activités de médecine légale dans les missions des établissements publics de santé. Toutefois, adopté par le Sénat en juillet 2004, au cours de l'examen de la loi relative à la politique de santé publique, cet amendement a été, en définitive, supprimé en commission mixte paritaire.

La mission, qui n'a pu débuter ses propres investigations qu'au mois d'avril 2005, s'est bien entendu référée à ces travaux.

Conformément aux termes de sa saisine, elle a limité le champ de son étude à la thanatologie (autopsies et levées de corps[2]) et à la médecine légale du vivant (examens des victimes et des auteurs présumés d'infractions, y compris psychologiques ou psychiatriques). Elle n'a donc pas évoqué, sinon ponctuellement, les activités appartenant, selon l'expression

[1] Diffusé par une circulaire CRIM 99-01 E6/01-02-99 du 1er février 1999 (*BOMJ* n° 73).

[2] Au sens médico-légal, la levée de corps s'entend **de l'examen externe d'un cadavre** effectué par un médecin, à la demande de l'autorité judiciaire ou de la police judiciaire, soit sur les lieux de la découverte du corps, soit, dans une conception extensive de la notion, au sein de locaux spécifiques (morgue, salle d'autopsie…) où le corps aura été transporté.

du rapport précité du C.S.M.L., au « troisième cercle de la médecine légale », que constituent les analyses toxicologiques, anatomopathologiques ou biologiques – notamment génétiques.

Afin de dresser aussi précisément que possible l'état de l'organisation et du financement de la médecine légale, l'IGSJ a adressé à l'ensemble des tribunaux de grande instance (T.G.I.) et des tribunaux de première instance (T.P.I.)[3] un questionnaire comportant quatre parties consacrées respectivement aux frais de justice, aux médecins désignés, aux structures existantes et à l'activité médico-légale (annexe 3-1). Ce questionnaire a été ultérieurement complété par une dépêche demandant aux chefs de cours d'apporter certaines précisions sur la pratique des autopsies en dehors des centres hospitaliers.

Dans le même temps et aux mêmes fins, l'IGAS a soumis à l'ensemble des agences régionales de l'hospitalisation (A.R.H.) un questionnaire portant plus spécialement sur l'organisation et le fonctionnement des structures de médecine légale et abordant les cinq thèmes suivants : organisation générale, organisation financière, personnels en charge de la médecine légale, activité médico-légale et locaux et équipements techniques de réalisation des examens (annexe 4-1).

Au-delà des indications quantitatives ou qualitatives sollicitées sur un grand nombre de points, les deux questionnaires invitaient les tribunaux et établissements concernés à livrer leur appréciation d'ensemble.

Ils ont été renseignés par la quasi totalité d'entre eux[4]. Une synthèse des réponses apportées par les juridictions (annexe 3-2) et par les établissements publics de santé ou les instituts de médecine légale (annexe 4-2), a été établie.

La mission d'inspection a souhaité disposer, par ailleurs, d'éléments de comparaison internationaux afin de mieux appréhender la spécificité de la situation française et éclairer une proposition de réforme. A cet effet, l'IGSJ a demandé au Service des affaires européennes et internationales du ministère de la justice de lui fournir, par le canal des magistrats de liaison à l'étranger, des éléments d'information relatifs à l'organisation de la médecine légale au Canada et dans un certain nombre de pays européens : Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie et Pays-Bas (annexe 6-1). L'IGAS a formulé la même demande auprès des conseillers en ambassade (annexe 6-2).

La mission a eu par ailleurs de nombreux entretiens au sein des administrations centrales. Au ministère de la justice, elle a rencontré le directeur des affaires criminelles et des grâces et ses collaborateurs ainsi que des responsables de la direction des services judiciaires, de la direction de l'administration pénitentiaire, de la direction de l'administration générale et de l'équipement et du service de l'accès au droit et à la justice et de la politique de la ville. Au ministère de la santé, la mission s'est entretenue avec le conseiller médical à la direction de l'hospitalisation et des soins et plusieurs membres de ce service. Au sein des ministères de l'intérieur et de la défense, elle a eu des entretiens avec des chefs de service de la direction centrale de la police judiciaire, de la direction centrale de la sécurité publique et de la

[3] Les tribunaux de première instance sont l'équivalent des tribunaux de grande instance. Il en existe 5, implantés outre-mer : Saint-Pierre (Saint-Pierre-et-Miquelon), Mamoudzou (Mayotte), Nouméa (Nouvelle-Calédonie), Mata-Utu (Wallis-et-Futuna) et Papeete (Polynésie française).

[4] S'agissant des juridictions, seule manque la réponse du T.P.I. de Mata-Utu. S'agissant des établissements hospitaliers, font défaut les réponses du C.H.U. d'Angers et de l'A.R.H. de Martinique. Le taux de réponse est en tout état de cause très supérieur à celui de l'enquête effectuée conjointement en 2002 par la D.A.C.G. et la D.H.O.S. sur la situation de la médecine légale du vivant.

direction générale de la gendarmerie nationale. Dans la ligne de ces entretiens, elle a rencontré également le directeur de l'institut national de la police scientifique (INPS) installé à Lyon et le directeur de l'institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale (IRCGN) installé à Rosny-sous-Bois, où elle s'est rendue.

La mission a en outre entendu à titre individuel, outre M. Jardé, plusieurs personnalités du monde judiciaire et du monde médical, dont le professeur Debout, président de la collégiale des médecins légistes hospitalo-universitaires et le professeur Gosset, président de la société de médecine légale et de criminologie de France. Elle a également eu des entretiens avec des responsables de l'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (I.N.A.V.E.M.) et de l'observatoire national de l'enfance en danger (O.N.E.D.).

Enfin, la mission a effectué plusieurs déplacements en province et en région parisienne,[5] laquelle avait été laissée par M. Jardé en dehors du champ de son étude. A l'occasion de ces déplacements, elle a rencontré les magistrats, dont les chefs de cour d'appel et les chefs de juridiction, les responsables des centres hospitaliers et les médecins en charge de l'activité médico-légale, des membres des services de police et de gendarmerie, des représentants de l'administration pénitentiaire ainsi que des avocats et des membres d'associations d'aide aux victimes œuvrant localement.

La liste des personnes rencontrées est jointe (annexe 2).

Dans une première partie, la mission a souhaité, d'une part, mettre en évidence la masse représentée par l'activité médico-légale, en ce qui concerne tant le nombre d'actes que la dépense, et, d'autre part, rappeler les enjeux fondamentaux très divers y étant attachés[6].

La deuxième partie, fait ressortir le faible encadrement, le peu de suivi et l'insuffisante évaluation dont fait l'objet cette activité.

Dans la troisième partie, sont constatées et analysées la fragilité et la disparité de l'organisation et du financement de la médecine légale qui résultent de ces carences.

Enfin, dans une quatrième partie seront explorées les voies d'une réforme.

[5] Elle s'est rendue dans les 11 départements suivants : Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Cher, Essonne, Gironde, Hauts-de-Seine, Indre, Moselle, Nord, Paris, Yvelines.

[6] La mission a estimé inutile de rappeler l'historique des travaux conduits sur le sujet, exposé très complètement tant par le rapport du C.S.M.L. que, de manière actualisée, par celui de M. Jardé.

1. UNE ACTIVITE DE MASSE AUX ENJEUX FONDAMENTAUX

1.1 Une multitude d'actes impliquant une dépense importante

M. Jardé souligne dans son rapport que toute mesure précise de l'activité médico-légale et de son coût est d'emblée vouée à l'échec, faute d'outil statistique adapté permettant une comptabilisation de ces données par nature d'acte. La mission ne peut que reprendre à son compte cette appréciation. Il conviendra d'ailleurs de revenir dans les développements qui suivent sur cette faiblesse majeure des moyens de suivi et de contrôle (*infra* 2.3). Toutefois, sans lever le voile, les enquêtes auxquelles la mission a procédé auprès des juridictions et des établissements publics de santé (E.P.S.) ont permis de mettre au jour quelques données, même approximatives, relatives au volume d'activité et au coût ou, du moins, de conforter certaines évaluations reposant jusqu'alors sur des projections ou des intuitions. Il est certain en tout cas que l'activité médico-légale est quantitativement significative et représente financièrement un enjeu important pour les frais de justice, même s'il est difficile, pour les raisons qui seront exposées plus loin, d'établir un parfait parallélisme entre les données d'activité déclarées et celles concernant la dépense.

1.1.1 L'activité médico-légale

L'activité médico-légale constatée est différente selon la source d'information (E.P.S. ou juridictions). Le tableau ci-dessous fait apparaître cette distorsion :

	E.P.S.	**T.G.I./T.P.I.**
Autopsies	7.254	9.460
Levées de corps	6.684	11.919
Examens de personnes gardées à vue	101.964	213.271
Examens de victimes (ITT)	79.713	116.425
Prélèvements médicaux	4.092	-
Examens radiologiques	6.108	-
Examens psychiatriques ou médico-psychologiques	10.265	36.285
Examens en vue du dépistage de l'état alcoolique ou de l'usage de stupéfiants	-	23.895
Autres examens	6.814	-
TOTAL	**222.894**	**411.255**

L'importante différence observée s'agissant du nombre d'autopsies déclarées, s'explique pour partie par l'existence d'autopsies pratiquées hors E.P.S. ou I.M.L. (533, pratiquées en funérariums municipaux ou privés) et par le fait que quelques établissements hospitaliers[7] n'ont pas répondu. Mais, pour l'essentiel, elle est vraisemblablement due à une **surévaluation du nombre d'autopsies par certaines juridictions**, qui, faute d'outil de gestion adéquat, ont cherché à déterminer ce nombre par un décompte des mémoires de frais. Ce procédé a permis d'obtenir, non le nombre d'actes effectués, mais celui des médecins y ayant procédé. Or, une part importante des autopsies étant effectuée par deux médecins, le résultat appelait un correctif qui n'a pas toujours été apporté. En outre, il apparaît que certaines juridictions ont fourni, non le nombre d'autopsies prescrites par elles, mais le volume d'activité total du service de médecine légale œuvrant à la fois pour elles et pour d'autres juridictions. **En prenant en compte ces erreurs, la mission estime que le nombre d'autopsies effectuées en 2004 est compris entre 8000 et 8500.**

S'agissant des autres actes médico-légaux, il est logique que l'activité enregistrée par les juridictions soit très supérieure à celle enregistrée par les E.P.S. et les I.M.L., le recours à des praticiens libéraux œuvrant en dehors de toute structure hospitalière ou universitaire étant majoritaire lorsqu'il s'agit de faire examiner une victime ou une personne en garde à vue ou de faire procéder à une levée de corps. Il apparaît plutôt ici que les volumes déclarés par les juridictions sont **sous-évalués**, de nombreux actes n'ayant pu être répertoriés faute, toujours, de moyens permettant des extractions statistiques.

Quoi qu'il en soit, il apparaît que **l'activité de médecine légale du vivant est numériquement prépondérante**, l'activité traditionnelle de thanatologie ne représentant qu'environ 6 % des actes[8].

1.1.2 La dépense de médecine légale au titre des frais de justice

1.1.2.1 Une imputation budgétaire dispersée et confuse

S'agissant des paiements au titre des actes médico-légaux, les principaux paragraphes budgétaires d'imputation du chapitre 37-11 « frais de justice » sont les suivants :

§ 31 : Honoraires et indemnités alloués pour des examens psychiatriques, médico-psychologiques ou psychologiques

§ 33 : Honoraires et indemnités alloués pour des examens toxicologiques, biologiques, radiologiques

§ 34 : Honoraires et indemnités alloués pour des autres examens médicaux.

Toutefois, les juridictions imputent par ailleurs, essentiellement sur le § 29 « autres frais », diverses dépenses directement rattachables à l'activité de médecine légale. Il en est ainsi des frais de conservation des scellés, de certains frais d'expertise, des frais de transport et de dépôt de corps et de divers autres frais annexes à l'autopsie, comme les frais de mise à disposition de la salle et du matériel nécessaire et l'indemnisation des agents d'amphithéâtre.

[7] En l'espèce l'A.R.H. de Martinique et le C.H.U. d'Angers.
[8] 5,2 % selon les chiffres communiqués par les juridictions et 6,25% selon ceux communiqués par les E.P.S.

Pour autant, toutes les dépenses imputées sur ce paragraphe ne concernent pas exclusivement la médecine légale.

Un autre facteur réduit encore la visibilité. Les règles devant présider au choix de l'imputation entre ces paragraphes n'ayant pas été fixées de manière détaillée, les pratiques les plus diverses peuvent être observées. Une fraction très importante des dépenses afférentes à la médecine légale se trouve en conséquence dispersée entre une multitude d'autres paragraphes non spécifiquement dédiés à la matière. Ainsi, quelques juridictions imputent également les dépenses de médecine légale sur les § 26 «frais en matière de scellés », 35 « autres expertises tarifiées »[9] et 36 « expertises non tarifées ». Dans le même ordre d'idée, certains frais d'expertises psychiatriques ne sont pas imputés sur le § 31, mais, lorsqu'ils sont ordonnés par le juge des enfants, sur le § 37 : « frais des procédures suivies en application des lois concernant l'enfance délinquante » pour les examens psychologiques et psychiatriques etc.

1.1.2.2 Une évaluation difficile

Le flou qui entoure ces imputations budgétaires rend bien entendu difficile toute évaluation fine de la dépense de médecine légale. En agrégeant les montants déclarés par les juridictions, la dépense globale peut être évaluée à 80 M€ pour 2004, soit à plus de 25 % des frais de justice en matière pénale. Toutefois, il convient de souligner que cette somme inclut, notamment, les frais d'expertises toxicologiques, biologiques, anatomopathologiques, génétiques etc. imputés sur le § 33.[10] Or, comme cela a été indiqué, ces expertises, qui n'entrent pas dans le champ d'étude de la mission, ne sont pas comptabilisées au titre de l'activité médico-légale retracée plus haut.

Pour connaître la dépense globale correspondant à cette activité, il convient donc d'agréger uniquement les dépenses imputées au § 31, soit 17,2 M€, au § 34, soit 31,9 M€, et celles dispersées entre les § 26, 29, 35 et 37, soit, selon les enseignements pouvant être tirés de l'enquête effectuée auprès des juridictions, 3,5 M€. **La part de la dépense correspondant aux frais d'autopsie, de levée de corps et d'examens médico-légaux d'auteurs présumés ou de victimes d'infraction, y compris les frais d'expertise psychiatriques, psychologiques ou médico-psychologiques, pourrait donc s'élever à environ 53 M€.**

Toute la difficulté est de tenter de segmenter davantage encore la dépense afin d'isoler la part correspondant à chaque grande catégorie d'actes. Ce n'est pas la dispersion des imputations budgétaires qui pose ici un problème, mais plutôt leur caractère excessivement global. En effet dans la masse des honoraires et indemnités alloués pour des autres examens médicaux (§ 34), sont fondues sans possibilité d'identification les dépenses engagées, notamment, pour les examens des personnes en garde à vue, les examens de victimes, les alcoolémies et dépistages de stupéfiants, les levées de corps, les autopsies etc.

Seul un nombre très réduit de juridictions a pu fournir des précisions sur sa dépense annuelle au titre des examens des personnes gardées à vue et des examens de victimes. Toutefois, ces informations, comparées avec les données globales d'activité communiquées par l'ensemble des juridictions dans ces domaines, permettent d'évaluer, pour l'année 2004, à

[9] C'est par exemple le cas de Paris et de Morlaix pour les honoraires des experts en matière d'autopsie.
[10] Ce n'est que depuis 2005, que les expertises génétiques bénéficient d'une imputation budgétaire autonome.

une somme de 8 à 11 M€ la dépense concernant les examens des personnes gardées à vue et à une somme de 6 à 8 M€ celle relative aux examens de victimes.

Par ailleurs, sur la base des déclarations de 88 % des juridictions, la dépense annuelle en matière d'autopsie peut être extrapolée à 3,2 M€ pour 2004, sans qu'il soit toutefois possible de connaître la proportion de cette somme correspondant aux seuls honoraires des médecins légistes. Il est probable en effet que plusieurs juridictions, et sans que ce soit une pratique généralisée, y aient inclus divers frais de structure et/ou de personnel, dont la facturation s'est développée progressivement et de manière totalement disparate au gré des accords locaux passés entre les juridictions et les centres hospitaliers (*infra* 3.2.1). La dépense recensée au titre de ces frais afférents à l'autopsie est de 1,64 M€.

1.1.2.3 Une dépense émiettée

La dépense globale au titre des § 31, 33 et 34 apparaît fortement émiettée, puisqu'elle s'est traduite par le paiement de près de 500.000 mémoires de frais en 2004, de montants unitaires faibles (inférieurs à 160 € en moyenne). Au titre du seul § 34 sur lequel sont imputés les principaux actes médico-légaux intéressant la mission, à l'exception des examens psychiatriques et psychologiques, ce sont **364 499 mémoires qui ont été produits pour un montant unitaire de 74 € en moyenne[11].**

1.1.3 Une tendance à l'accroissement liée à des facteurs faiblement maîtrisables

1.1.3.1 L'augmentation de l'activité médico-légale et de la dépense y afférente

L'augmentation des dépenses de médecine légale est constante. Le nombre de mémoires de frais de justice payés a augmenté de 49 % entre 2002 et 2004 et la dépense de 53 %. Cette tendance se confirme en 2005, puisque la dépense représentait déjà fin octobre 2005, 69,5 M€. La progression est cependant moins rapide que celle des autres frais de justice pénale (cf. graphiques 1 et 2, annexe 3-2).

1.1.3.2 Des facteurs d'accroissement faiblement maîtrisables par les acteurs judiciaires.

Si les pratiques suivies et les politiques pénales peuvent bien entendu infléchir cette évolution, il convient toutefois d'avoir conscience qu'elle est, pour une très large part, la conséquence de facteurs peu maîtrisables par les magistrats. En effet, l'évolution de l'activité médico-légale est étroitement liée à celle des actes de délinquance, objets de poursuites. L'accroissement des violences entraîne un accroissement corrélatif des examens médico-légaux de victimes et l'augmentation de la délinquance, quelle qu'en soit la nature, entraîne nécessairement celle des placements en garde à vue et donc des examens médicaux de personnes placées en garde à vue. Rappelons ici qu'entre 2000 et 2004, les atteintes aux personnes ont progressé de 33,5 % tandis que le nombre de placements en garde à vue augmentait de 29,5% pour s'établir à 472 064.

[11] Ce coût moyen a été calculé sur les seules dépenses déclarées par les juridictions ayant fourni l'indication du nombre de mémoires payés.

Par ailleurs, la judiciarisation de la société et l'attention portée au cours des dernières années aux victimes, mineures ou majeures, de violences sexuelles ou autres[12], constituent un autre facteur de développement, propre à la médecine légale du vivant.

En outre, les exigences de recherche de la vérité ainsi que le principe de précaution évoqué par plusieurs des interlocuteurs de la mission, conduisent les magistrats à privilégier les constatations objectives et la preuve scientifique de nature à prévenir toute contestation. L'état d'esprit dominant est à cet égard parfaitement exprimé par cette formule extraite du fascicule élaboré par l'E.N.M. à destination des élèves magistrats : « *en cette matière [autopsie], nous invitons le magistrat du parquet à douter, à vaincre ses propres réticences, souvent celles de ses interlocuteurs, parfois celles des familles et* ***à mettre en place, si elle n'existe pas, une politique pénale médico-légale qui ait vocation le plus souvent possible à fermer toutes les portes*** »[13].

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que l'activité de médecine légale est fortement suscitée par le législateur. En effet, des dispositions législatives récentes et toujours plus nombreuses, imposent aux autorités judiciaires ou aux officiers de police judiciaire (OPJ) de faire procéder à un examen médical dans certaines circonstances : personnes gardées à vue, personnes poursuivies pour des infractions de nature sexuelle etc. C'est ce que l'étude des enjeux attachés à la médecine légale mettra en évidence.

1.2 Une activité à laquelle sont attachés des enjeux multiples et fondamentaux

La mission a estimé utile de rappeler avec une certaine précision les enjeux attachés à l'activité médico-légale. Plus encore que le volume d'activité ou le montant de la dépense, ils mettent en évidence la nécessité d'assurer à la médecine légale une assise solide. Principalement judiciaires, ces enjeux sont également médico-sociaux et sanitaires. Ils concernent aussi l'enseignement et la recherche.

1.2.1 Les enjeux judiciaires

1.2.1.1 La place de la médecine légale dans la conduite des procédures judiciaires

La raison d'être de la médecine légale est, avant tout, d'apporter aux magistrats et à la police judiciaire, sur leur demande, des éléments d'information de nature médicale déterminants pour la conduite des procédures en matière pénale. Mais au-delà de cette formule générale, il convient de souligner, sans prétendre à l'exhaustivité, à la fois la très grande diversité et l'importance, souvent cruciale, des enjeux attachés à cette discipline.

[12] Cf. circulaires D.G.S./DH n° 97-380 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles, circulaire D.G.S./DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000 étendant ce dispositif aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance et circulaire D.H.O.S./E1/2001/503 du 22 octobre 2001 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.

[13] Fascicule E.N.M. consacré au parquet, 2005.

En premier lieu, bien entendu, les constats médico-légaux sont souvent déterminants pour **établir la qualification et le déroulement des faits**. Il en est ainsi chaque fois qu'a été portée une atteinte à la vie ou à l'intégrité physique d'une personne. C'est dire que sont concernées les affaires pénales les plus graves. Ainsi, en cas de découverte d'un cadavre, lorsque la mort est d'origine inconnue ou suspecte, l'examen externe du corps, l'autopsie et l'analyse des prélèvements corporels effectués permettront de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de l'acte criminel, du suicide, de l'accident ou de la mort naturelle. Ils seront en outre parfois indispensables pour identifier la personne décédée, notamment en cas d'attentat ou de catastrophes collectives.

Au-delà des atteintes à la vie, lorsque se présente une personne se disant victime d'agression, ce sont encore les examens médico-légaux qui permettront de vérifier la réalité des violences, l'existence de certaines circonstances aggravantes (usage d'une arme, torture etc.), l'existence d'une pénétration sexuelle, élément constitutif du viol, ou encore la durée de **l'incapacité totale de travail (ITT)** subie par l'intéressé. Cette durée détermine la qualification des faits et, partant, la peine encourue, voire la procédure applicable pour un très grand nombre d'atteintes volontaires et involontaires à l'intégrité physique (annexe 8). Enfin, au-delà de ces atteintes, c'est encore aux compétences du médecin que la loi impose de faire appel lorsqu'il s'agit, par exemple, de **dépister la consommation de** stupéfiants (art. L. 235-2 et R. 235-3 C. route) ou le **transport de stupéfiants *in corpore,*** mode de trafic particulièrement répandu au sein des grands aéroports internationaux (art. 60 bis du Code des douanes).

En deuxième lieu, la contribution de la médecine légale est encore fondamentale lorsqu'il s'agit **d'apprécier le degré de responsabilité de l'auteur** au regard de l'article 122-1 du Code pénal, ou encore **sa personnalité ou celle de la victime**. Pour l'essentiel, les actes accomplis consistent ici en des examens psychiatriques, médico-psychologiques ou psychologiques, dont certains sont prévus par les textes : examens de personnalité prévus par l'article 81 du Code de procédure pénale, expertise médico-psychologique des mineurs victimes d'infractions de nature sexuelle prévue par l'article 706-48 du même Code. Mais il peut s'agir également d'examens radiologiques, comme ceux effectués pour **déterminer l'âge de l'auteur présumé** lorsqu'il existe un doute sur sa minorité et donc sur la nécessité d'appliquer les règles, de fond et procédurales, plus favorables prévues pour les mineurs.

En troisième lieu, se développe depuis quelques années une médecine légale détachée du contexte classique de la recherche des preuves et de l'appréciation de la responsabilité. De plus en plus fréquemment, le législateur permet ou impose l'intervention d'un médecin aux fins **d'apprécier la compatibilité de l'état physique ou psychique de la personne avec une mesure restrictive ou privative de liberté ou encore, de manière plus ambitieuse, pour apprécier les modalités possibles d'un suivi thérapeutique**. Le médecin est ainsi appelé depuis fort longtemps à apprécier la compatibilité de l'état de santé de la personne placée en **garde à vue** avec la mesure dont il fait l'objet. Facultatif à l'origine, l'examen est devenu **obligatoire** à la demande de la personne concernée et doit même être effectué d'office, lorsque celle-ci est mineure ou encore lorsque la mesure excède une certaine durée (art. 63-3, 77, 154 et 706-88 CPP et art. 4,III, de l'ordonnance du 2 février 1945). En outre, le même examen est aujourd'hui prévu en cas de rétention d'une personne dans l'attente de sa comparution devant un magistrat (art. 133-1, 803-2 et 716-5 CPP).

Par ailleurs, très nombreux sont désormais les cas d'intervention médicale, notamment **en prévision d'une possible condamnation ou en cours d'exécution de peine**, au point que l'on peut évoquer aujourd'hui une sorte de **médecine légale de l'application des peines**. Le tableau ci-dessous présente synthétiquement ces divers cas d'intervention, tous prévus par des lois récentes, la dernière en date étant la loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales[14].

Articles	Nature et objet de l'examen
706-47-1 CPP	Expertise avant jugement des personnes poursuivies pour infractions de nature sexuelle et homicide volontaire d'un mineur accompagné de viol ou de torture aux fins : - d'apprécier l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. - de faciliter le suivi médical et psychologique en détention.
706-47-2 CPP	Examen médical ou prise de sang des personnes poursuivies pour infractions de nature sexuelle aux fins de déterminer l'existence d'une maladie sexuellement transmissible.
717-1 CPP	Avis d'un médecin sur la possibilité de soumettre à un traitement les auteurs, notamment, d'infractions sexuelles (loi du 12 décembre 2005)
723-12 CPP	Examen des personnes placées sous surveillance électronique aux fins de déterminer la compatibilité de la santé du condamné avec le procédé utilisé
763-4 CPP	Expertise médicale des personnes placées sous suivi socio-judiciaire avec injonction de soin aux fins d'être informé de l'état de l'intéressé et d'apprécier le suivi à mettre en place (art. L. 3711-1 CSP)
763-6 CPP	Expertise médicale de la personne sollicitant le relèvement d'une mesure de suivi socio-judiciaire afin d'apprécier les suites à réserver à la demande
720-1-1 CPP	Double expertise médicale des personnes condamnées à une peine privative de liberté et gravement malade afin d'apprécier la nécessité d'une éventuelle suspension de peine
	Expertise médicale de la personne ayant bénéficié d'une suspension de peine pour raison médicale afin d'apprécier la nécessité de maintenir la mesure, obligatoire tous les 6 mois en matière criminelle depuis la loi du 12 décembre 2005
723-31 CPP	Expertise médicale en vue d'apprécier le risque de récidive (loi du 12 décembre 2005)
720-4 CPP	Expertise réalisée par 3 experts médicaux avant octroi éventuel d'une mesure de faveur à une personne condamnée à perpétuité et faisant l'objet d'une période de sûreté pour la durée de la peine afin d'apprécier la dangerosité du condamné
712-21 CPP	Expertise psychiatrique avant octroi de mesures de faveur au profit d'une personne condamnée pour infraction de nature sexuelle ou un homicide volontaire d'un mineur accompagné de viol ou de torture afin d'apprécier l'opportunité d'accorder la mesure
131-36-10 CPén.	Expertise médicale en vue d'évaluer la dangerosité de la personne condamnée rendant possible son placement sous surveillance électronique à titre de mesure de sûreté (loi du 12 décembre 2005)

Enfin, il convient d'évoquer les cas où l'intervention du médecin se justifie par le souci de préserver la dignité de la personne, comme en matière de fouille corporelle (art. 63-5 CPP) ou encore pour prévenir un risque sanitaire, comme c'est le cas lorsqu'il s'agit de déterminer si l'auteur présumé d'une infraction de nature sexuelle est porteur d'une maladie sexuellement transmissible (art. 706-47-2 CPP).

[14] Précédée par les lois suivantes : loi n° 97-1159 du 19 déc. 1997 ; loi n° 98-468 du 17 juin 1998 ; loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 ; loi 2003-239 du 18 mars 2003 ; loi n° 2004-204 du 9 mars 2004.

1.2.1.2 Les attentes des autorités judiciaires et des unités et services de police judiciaire

- ***Une exigence absolue : la qualité de l'acte***. Compte tenu de l'importance des examens médico-légaux, les magistrats et les unités et services de police judiciaire attendent bien entendu des médecins appelés à y procéder, qu'ils soient parfaitement formés et compétents. Cette exigence de qualité s'impose avec une particulière évidence pour les actes nécessitant les plus grandes compétences techniques, qui se trouvent concerner le plus souvent les faits les plus graves : autopsies, levées de corps, examens de victimes d'agressions sexuelles, examens psychiatriques. Mais elle s'impose également pour les autres actes médico-légaux. Ainsi, l'appréciation de l'ITT, dont on a vu qu'elle était essentielle pour déterminer le sort d'un très grand nombre de procédures, suppose de connaître la signification de cette notion très spécifique. S'agissant de la garde à vue, il importe que le médecin ait une bonne connaissance des conditions d'exécution de cette mesure et du travail policier, des idées claires sur la nature de l'examen qui lui est demandé et, surtout, que son objectivité ne puisse être soupçonnée, que ce soit en raison d'une trop grande proximité avec les enquêteurs ou avec la personne gardée à vue.

De manière générale, un examen médico-légal effectué par un médecin dont la rigueur, la compétence et l'objectivité sont reconnues est de nature à prévenir tout contentieux. Cela est particulièrement vrai en matière d'appréciation de l'ITT. Comme cela a été indiqué à plusieurs reprises à la mission au cours de ses déplacements, notamment par les avocats, des pratiques médicales hétérogènes et approximatives au sein d'un même ressort peuvent laisser aux victimes un sentiment d'arbitraire ou d'injustice, qui les incitera à discuter devant le tribunal correctionnel la valeur du certificat établi par le médecin requis.

- ***Une exigence relative : la proximité du médecin et la rapidité de son intervention***. L'exigence de proximité varie selon la nature de l'acte à effectuer. La proximité n'est pas essentielle pour la réalisation des autopsies, même si, à l'évidence, elle est souhaitée pour des raisons de commodité et d'économie. En revanche, pour l'exécution des levées de corps et, en matière de médecine légale du vivant, pour les examens de victimes ou d'auteurs présumés d'infractions, la proximité du médecin apparaît comme une condition de la qualité de sa prestation. Ces examens correspondent souvent à des **urgences judiciaires**. Il en est ainsi, lorsqu'ils doivent être effectués « dans le temps de la garde à vue », ou encore en cas de risque de déperdition de preuve... Même en l'absence d'urgence, un trop grand éloignement du médecin n'apparaît pas concevable pour les actes considérés. On ne peut ainsi exiger d'une victime qu'elle effectue de longs déplacements pour faire constater, par un médecin désigné à cet effet, l'étendue de ses lésions.

1.2.1.3 Les « risques » judiciaires attachés à la mauvaise exécution des actes médico-légaux

En matière de médecine légale, quel que soit l'acte concerné, les omissions ou les erreurs sont souvent irrémédiables et peuvent conduire à de véritables « sinistres judiciaires ». Ainsi, l'absence d'examen ou un examen incomplet ou imparfait peut empêcher la manifestation de la vérité, assurer l'impunité à l'auteur d'un crime ou d'un délit ou déterminer l'octroi à un condamné d'une mesure de faveur inopportune. Ces erreurs ou omissions peuvent également, et à l'inverse, concourir à la mise en cause, et parfois à la mise en détention, de personnes innocentes. De telles erreurs ont des effets désastreux sur la vie des

citoyens et sur l'image de l'institution judiciaire. Elles exposent, de plus, l'Etat à voir sa responsabilité engagée du fait du fonctionnement défectueux du service public de la justice. **L'affaire *Gregory*** - fréquemment évoquée par les différents interlocuteurs la mission - est à cet égard emblématique. A la suite de cette affaire, clôturée par un non-lieu après plus de neuf ans d'instruction, la cour d'appel de Paris a récemment retenu la responsabilité de l'Etat, après avoir estimé, entre autres, que « *les carences de l'autopsie pratiquée* » sur l'enfant avaient mis la justice dans l'impossibilité de « *répondre aux différentes hypothèses émises* » quant à l'origine du décès[15]. Pour évoquer la diversité des « risques », il est encore possible de citer, plus près de nous, **l'affaire *d'Outreau***. Cette affaire, au retentissement considérable, a placé, notamment, sous le feu de la critique les expertises médico-psychologiques ayant donné crédit aux accusations d'agressions sexuelles portées par de jeunes enfants contre de nombreuses personnes, en définitive acquittées de ce chef, après plusieurs mois, voire plusieurs années de détention provisoire. La qualité des expertises n'a certes pas été le seul sujet d'interrogations et de critique. Il reste qu'à la suite des travaux d'un groupe de travail constitué pour tirer les enseignements de ce procès,[16] une circulaire a été diffusée par le ministre de la justice aux fins, notamment, d'«*améliorer l'expertise de l'enfant* »[17].

1.2.2 Les enjeux médico-sociaux et sanitaires

1.2.2.1 Les liens étroits entre médecine légale et aide aux victimes

Les politiques suivies par les ministères de la santé et de la justice au cours de ces dernières années ont favorisé, on l'a dit, la mise en place de dispositifs tendant à assurer la prise en charge globale des victimes. Ces politiques rendent indispensable une articulation correcte entre, d'une part, les constats médico-légaux, qui doivent être effectués avec objectivité pour le compte de la justice et, d'autre part, l'intervention des associations, psychologues et travailleurs sociaux qui doivent apporter aide et soutien à la victime. Toute réflexion sur l'organisation de la médecine légale doit donc prendre en compte à la fois la nécessité de préserver la forte spécificité de cette discipline et celle de l'intégrer dans un environnement pluridisciplinaire.

1.2.2.2 Les liens étroits entre médecine légale et soins

a) La dimension sanitaire de l'acte médico-légal

L'activité médico-légale ne doit pas seulement s'articuler étroitement avec les soins. Elle comporte elle-même une dimension sanitaire. Tout d'abord, le médecin légiste est avant tout un médecin : même s'il ne prodigue pas lui-même de soins, autres que mineurs, il peut orienter la victime à l'issue de l'examen médico-légal vers un confrère ou tel ou tel service de soins. Il est en outre des cas, déjà évoqués, où la mission confiée par l'autorité judiciaire a moins pour but de rechercher la vérité que de déterminer l'existence d'un risque sanitaire pour l'auteur présumé ou la victime, que ce risque soit lié à une mesure de coercition (examen de la

[15] Arrêt de la cour d'appel de Paris du 28 juin 2004 n° 2003/01216.
[16] Rapport du groupe de travail, présidé par M. Viout, procureur général près la cour d'appel de Lyon, chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite « d'Outreau » remis au ministre de la Justice au mois de février 2005 (cf. rapp. p. 20 s.).
[17] Circ. Crim-AP n° 05-10/E1-02-05-2005 du 2 mai 2005.

personne en garde à vue ou expertise de la personne détenue) ou à l'agression elle-même (appréciation de l'existence d'une maladie sexuellement transmissible). Enfin et surtout, au-delà de ces hypothèses, il existe une **dimension soignante intrinsèquement liée à l'acte médico-légal lui-même**.

Cette dimension a été mise en avant par de nombreux médecins légistes et par plusieurs représentants d'associations d'aide aux victimes rencontrés par la mission. Elle est également relevée dans le rapport établi en 2003 par le Conseil national de l'aide aux victimes *sur la prise en charge des victimes en urgence*. Pour reprendre, les termes de celui-ci, la qualité de l'accueil réservé à la victime par le médecin légiste, son écoute attentive, les explications qu'il peut donner, « *permettent d'atténuer les souffrances morales qui, si elles sont négligées, peuvent évoluer vers des pathologies physiques et psychiques, coûteuses pour la santé publique* ». Au demeurant, certains représentants d'associations d'aide aux victimes ont insisté sur le traumatisme – le « sur-traumatisme » pourrait-on dire - causé par des examens médico-légaux, spécialement gynécologiques, lorsqu'ils sont effectués sans souci d'explication, dans de mauvaises conditions matérielles et morales. Il ne s'agit donc pas ici uniquement d'apporter des éléments d'information à la justice, mais bien aussi de prendre en charge une victime en « *mettant des mots sur des maux* » selon l'expression de M. Debout.

b) L'intérêt de la médecine légale pour la connaissance et la prévention de risques sanitaires tenant aux situations de violence.

Pour reprendre les termes de la conclusion du rapport « Violences et santé » du Haut comité de la santé publique de 2004, la violence est un « *problème de santé publique* ». Au demeurant, le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a placé au nombre des plans stratégiques 2004-2008, le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives. Or, la lutte contre la violence suppose d'acquérir une parfaite connaissance des situations à risque par des **études épidémiologiques**. La médecine légale, souvent qualifiée de « médecine des violences », peut y contribuer de manière privilégiée à condition qu'elle s'exerce dans un cadre structuré qui permette la centralisation et le traitement des informations recueillies par les médecins légistes. Ainsi, les violences intrafamiliales, les suicides, les morts suspectes de nourrissons peuvent constituer autant de sujets sur lesquels des indications précieuses peuvent être apportées par les médecins chargés d'effectuer les constats médico-légaux[18].

1.2.2.3 La place de la médecine légale dans l'exercice quotidien de la médecine

L'enquête effectuée par la mission a permis d'établir que les 95 établissements (E.P.S. ou I.M.L.) ayant déclaré une activité médico-légale employaient à cette activité 114,5 praticiens hospitaliers, en équivalent temps plein, et faisaient intervenir 106 médecins libéraux. Mais la médecine légale, nous y reviendrons, n'est pas l'apanage de quelques structures plus ou moins spécialisées. En effet, plus de la moitié des actes médico-légaux sont accomplis en dehors des E.P.S. ou des I.M.L., par des médecins libéraux requis ou désignés à cet effet, soit parce qu'il n'existe pas de structure jugée suffisamment accessible par le tribunal concerné, soit parce que la structure jugée accessible ne couvre pas certains secteurs

[18] Le rapport général sur les travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé établi en mai 2005 par le docteur Anne Tursz rappelle d'ailleurs le rôle tenu par les unités médico-judiciaires (U.M.J.) dans la prise en charge des victimes.

de l'activité médico-légale. Il apparaît à cet égard, que le recours aux structures médico-légales - implantées pour la plupart au sein des centres hospitaliers - varie nettement selon le degré de technicité de l'acte à effectuer. 70% des juridictions font appel à la structure pour l'exécution des autopsies. La proportion est ramenée à environ 50 % pour les examens de victimes (60 % toutefois lorsqu'il s'agit de victimes d'infractions sexuelles) et à moins de 30 % pour les examens de personnes placées en garde à vue (cf. graphique 14, annexe 3-2). Quoi qu'il en soit, il est certain que l'activité médico-légale est prise très largement en charge par les médecins libéraux ou des associations de médecins libéraux,[19] intervenant, ou non, au sein d'une structure.

1.2.3 Les enjeux en matière d'enseignement et de recherche

Comme nous le verrons, tout médecin est susceptible d'être requis pour apporter son concours à la police judiciaire ou aux magistrats. Mais surtout, même en dehors de toute réquisition, des connaissances médico-légales peuvent permettre aux médecins, confrontés à de possibles violences, d'appréhender le contexte judiciaire et, sur un plan médical, d'éviter les erreurs d'appréciation. L'observation n'est pas théorique : pour avoir dénoncé l'existence de mauvais traitements alors qu'une enfant était atteinte d'ostéogenèse imparfaite (maladie dite des « os de verre ») et déterminé ainsi son placement par le juge des enfants dans un centre spécialisé, un établissement hospitalier a été condamné à réparer le préjudice subi par les parents[20]. Des enjeux importants, y compris en terme de responsabilité, s'attachent donc à la formation des médecins.

De manière plus générale, sans qu'il soit besoin d'y insister, il est évident qu'un enseignement de qualité et une recherche dynamique en médecine légale sont la condition de l'amélioration des techniques toujours plus sophistiquées, faisant appel à la biologie moléculaire ou encore à l'imagerie médicale, qui doivent être mises en œuvre, notamment dans le secteur de l'identification. Ils sont également la condition du rayonnement international de la France et de sa capacité d'intervention à l'étranger, comme l'a mis en évidence le déplacement récent de médecins légistes français à la suite de catastrophes collectives dans des pays tiers.

1.3 Une activité devant s'intégrer dans un ensemble international en voie de structuration

1.3.1 Les deux conceptions de l'organisation de la médecine légale

La mission a souhaité mieux connaître l'organisation de la médecine légale dans quelques pays étrangers afin d'éclairer l'appréciation pouvant être portée sur notre propre système et en tirer tous les enseignements utiles dans la perspective d'une réforme de celui-ci. Il résulte de l'étude demandée à cet effet au S.A.E.I.[21], complétée par les travaux d'un colloque européen tenu en 2003[22], que, de manière sommaire, il est possible de distinguer deux grandes conceptions de l'organisation de la médecine légale. Dans une première

[19] Du type SOS Médecins ou ASSUM.
[20] Cour administrative de Lyon, 18 janvier 2005, aff. n° 02LY01374.
[21] Cf. introduction.
[22] Actes du colloque européen tenu du 28 au 30 avril 2003 à Bordeaux sous l'égide de la Commission européenne.

conception, celle-ci apparaît comme une mission particulière du service public de la justice assurée, comme telle, par des structures publiques spécifiques dotées de moyens propres et de personnels permanents ayant le statut de fonctionnaires. Dans une seconde conception, plus proche de celle qui prévaut actuellement en France, la médecine légale se présente comme une activité d'expertise confiée à des médecins choisis au cas par cas et rémunérés à l'acte, qui exercent leur art, soit en dehors de toute structure publique soit au sein de structures - publiques ou privées - non spécifiques. Caricaturalement, pourraient ainsi être mises en parallèle une conception « institutionnelle » et une conception « personnelle » de la médecine légale. En réalité, aucun de ces deux modèles ne se retrouve « à l'état pur » dans les différents pays étudiés, toutes les nuances et combinaisons étant possibles. Il existe toutefois sans conteste une tendance dominante à la structuration de la médecine légale autour d'institutions et de personnels propres. Le financement de l'activité médico-légale, est, quant à lui, assuré dans la quasi-totalité des cas par le budget du ministère de la justice selon des modalités variables.

1.3.2 Les traits dominants des organisations adoptées dans les Etats considérés

1.3.2.1 Une organisation structurée dans de nombreux pays

Parmi les pays étudiés par la mission dont l'organisation se rapproche le plus du modèle « institutionnel » évoqué plus haut, figurent au tout premier plan l'Allemagne, l'Espagne et les Pays-Bas, étant précisé que les structures créées assurent également, au-delà de l'activité de médecine légale *stricto sensu*, les expertises toxicologiques et biologiques qui en sont le prolongement. Ainsi, en Allemagne, la médecine légale thanatologique et du vivant est pratiquée de longue date au sein d'instituts de médecine légale (*Instituten für Rechtsmedizin*), aujourd'hui au nombre de 35. L'Espagne, confrontée à des « carences opérationnelles » dues à l'absence d'organisation de l'activité médico-légale, a adopté un dispositif assez proche. La loi organique du pouvoir judiciaire n° 6/1985 du 1er juillet 1985 a en effet confié l'activité médico-légale à des instituts spécialisés, auxquels les magistrats et policiers sont tenus, en principe, de faire appel. Il en existe actuellement au moins un dans 14 des 17 communautés autonomes. Aux Pays-Bas, c'est un institut unique - le *Nederland Forensich Institut* - qui assure la totalité des prestations de médecine légale, étant toutefois précisé que les médecins qui y sont rattachés peuvent se déplacer pour procéder aux autopsies. A ce premier groupe de pays peuvent être également rattachés la Suède et le Portugal qui disposent l'un et l'autre d'un Institut national de médecine légale, coordonnant des services régionaux ou locaux.

Au Canada, même si elle apparaît moins importante, la place des structures dédiées à la médecine légale demeure essentielle, du moins dans les provinces ayant retenu l'attention du S.A.E.I. La situation y apparaît en réalité contrastée. Ainsi, au Québec, s'agissant de la thanatologie, la recherche des causes des morts violentes ou suspectes est assurée par un officier public – *le coroner* – nommé par le gouvernement provincial. Lorsqu'une autopsie est ordonnée, elle est effectuée par le service médico-légal du laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale de Montréal[23]. Au contraire, la médecine légale du vivant semble s'exercer en dehors de toute structure, les constatations relatives aux atteintes subies par les victimes relevant du médecin traitant. Les victimes peuvent toutefois être orientées vers des

[23] Selon son rapport annuel d'activités, le LSJML a pratiqué 592 autopsies au cours de l'année 2003-2004.

centres hospitaliers spécialisés désignés par le ministère de la santé[24]. En Ontario, le laboratoire central de Toronto dépendant du Centre des sciences judiciaires[25] n'effectue que les autopsies complexes, les autres étant pratiquées dans certains hôpitaux généraux. Il convient toutefois de relever que ces derniers sont désignés par le ministère de la Santé. Le rôle tenu par l'autorité centrale apparaît donc plus important qu'en France.

En définitive, parmi les pays ayant retenu plus spécialement l'attention de la mission, seuls le Royaume-Uni et l'Italie paraissent dotés d'une organisation assez peu structurée, pouvant évoquer le système français. Encore cette observation est-elle à nuancer. Ainsi, au Royaume-Uni, s'agissant du moins de la médecine légale thanatologique, on ne peut ignorer le maillage assuré, comme au Canada, par les *coroners*, souvent assistés par un ou plusieurs substituts[26], et le rôle fédérateur du *Forensic Science Service* placé sous la tutelle du ministère de l'intérieur. En Italie, s'il est vrai que la médecine légale est, comme en France, largement intégrée à la fois dans des instituts universitaires et le service de santé, il convient de préciser que son organisation bénéficie d'un encadrement législatif, qui fait défaut en France. En effet, la loi 883/78, qui a instauré le Service Sanitaire National, réglemente les services de médecine légale publique.

S'agissant de la formation des médecins, les dispositifs mis en place peuvent apparaître d'une grande diversité, mais tendent à converger. Ainsi, en Allemagne, les médecins exerçant au sein des instituts universitaires ont une formation de médecin généraliste complétée par une spécialisation en médecine légale de cinq années. Aux Pays-Bas, une formation est assurée, en interne, par le NFI. Au Royaume-Uni, les médecins légistes (*police surgeons*) sont nommés par le ministère de l'intérieur sur une liste nationale après obtention de leur qualification en médecine légale. Le système canadien est en quelque sorte intermédiaire : sans constituer une véritable spécialité, la médecine légale y est enseignée dans le cadre universitaire. Ainsi, les autopsies sont effectuées par des médecins spécialistes en anatomo-pathologie, ayant reçu une formation dans cette discipline durant quatre ans, à la suite de leur formation de base, de même durée. Certaines universités proposent des formations complémentaires en « sciences judiciaires » (Ontario, Nouvelle-Ecosse et Colombie britannique).

1.3.2.2 Un financement assuré dans la grande majorité des cas par le budget de la justice selon des modalités variables.

Selon les informations fournies à la mission, au Royaume-Uni, les dépenses se rapportant à la médecine légale se sont élevées en 2002 à 71,4 M £ (105 M €). Près de la moitié de cette somme (33,2 M £) correspond à la rémunération des coroners et de leur personnel, le solde recouvrant, notamment, les dépenses en matière de levée de corps, de frais mortuaires et d'autopsies. Aucune information globale n'a été fournie à la mission s'agissant des autres pays concernés par l'étude. Une comparaison complète n'est donc pas possible. En revanche, les réponses apportées au questionnaire international font apparaître que, dans tous

[24] Comme, par exemple, le service médico-légal pour la maltraitance des enfants et des adolescents situé à l'hôpital Sainte Justine de Montréal.

[25] Bien que relevant du ministère de la Sécurité publique de l'Ontario, le centre des sciences judiciaires revendique de travailler, comme le laboratoire de Montréal, en toute indépendance, notamment vis-à-vis des corps policiers et des procureurs, condition essentielle pour que la qualité de leur travail soit reconnue notamment par les tribunaux.

[26] 375 personnes au total en Angleterre et au pays de Galles. Chaque année, environ 190 000 cas de décès sont soumis aux coroners soit 1/3 environ de l'ensemble des décès annuels. Une réforme est toutefois projetée pour assurer une intervention plus homogène.

les pays concernés, les activités médico-légales sont globalement financées par le budget des départements « prescripteurs » ou « bénéficiaires » des actes : budget de la justice ou – au Royaume-Uni – de l'intérieur (*Home office*). Il convient de préciser que, dans les Etats fédéraux ou fortement décentralisés, ce budget peut être pris en charge par les régions (*Länder* en Allemagne ou communautés autonomes en Espagne).

Les modalités du financement par la justice ou l'intérieur et, en pratique, son ampleur varient cependant sensiblement selon le mode d'organisation mis en œuvre pour assurer les activités considérées. A cet égard, deux cas de figure peuvent être distingués.

a) Financement direct de structures dédiées à la médecine légale (Pays-Bas, Espagne)

Dans certains pays, comme les Pays-Bas ou l'Espagne, où il existe des structures dédiées exclusivement à la médecine légale et, comme telles, rattachées au ministère de la justice, le budget de la justice finance directement leur création et leur fonctionnement. Ainsi, en Espagne, 7 736 195 € ont été inscrits au budget pour 2005 au titre de dépenses de personnels afférentes aux structures considérées.[27] Les médecins légistes étant alors salariés de l'administration de la justice, leurs prestations ne donnent pas lieu à un paiement à l'acte sur frais de justice.

b) Paiement à l'acte, sur frais de justice, des prestations de médecine légale (Allemagne, Italie)

Dans d'autres pays, la médecine légale est exercée au sein d'établissements universitaires ou de soins, par des personnels relevant d'un autre département ministériel que la justice. Le mode de financement se rapproche alors de celui qui prévaut en France. Que les médecins légistes soient ou non salariés de ces établissements, leurs examens ou expertises font l'objet d'un **paiement à l'acte au titre des frais de justice** dès lors qu'ils sont effectués sur demande judiciaire. Le paiement à l'acte est donc une manière d'imputer sur le budget de la justice le coût d'une activité pratiquée en dehors de l'administration judiciaire. C'est le système pratiqué en Allemagne et en Italie. Ainsi, les instituts de médecine légale allemands sont financés par la faculté de médecine dont ils dépendent à l'aide de fonds prélevés sur une dotation budgétaire du ministère de l'enseignement et de la recherche – à hauteur de 1 300 000 € pour l'institut de Freiburg[28]. Toutefois, cette dotation n'étant pas censée couvrir les activités de médecine légale accomplies sur mandat judiciaire, celles-ci font l'objet d'un paiement à l'acte par l'autorité requérante sur la base d'une tarification fixée dans la loi fédérale relative aux frais de justice et à la rémunération des experts judiciaires (*Justizvergütungs-und-entschädigungsgesetzt*). Une partie de la somme versée est destinée à couvrir les frais de structures, l'autre allant au médecin. A titre d'exemple, l'institut de Freiburg perçoit 30 % du prix des autopsies au titre de ses frais de fonctionnement (mise à disposition de la salle et des personnels d'exécution).

[27] Il convient toutefois de préciser que ce chiffre ne donne pas la juste mesure du coût global de ces dépenses, qui sont supportées par les communautés autonomes chaque fois que celles-ci se sont vues transférer les compétences correspondantes.

[28] Cet institut compte 7 médecins spécialisés, 2 biologistes, 3 chimistes et une dizaine d'agents administratifs.

La mission ne dispose que d'informations limitées sur les tarifs en vigueur dans les pays concernés. Ils apparaissent toutefois globalement supérieurs à ceux pratiqués en France Ainsi, en Allemagne, à l'institut de Freiburg, les autopsies sont facturées 195 €. Au Royaume-Uni, le tarif pratiqué dans certaines régions est de 144 £ (210 €). En Italie, les tarifs réglementaires pratiqués sont présentés dans le tableau ci-dessous. Le tarif maximum pratiqué pour l'autopsie est ainsi de 70 % plus élevé que celui prévu par notre Code de procédure pénale (*infra* 3.2.1).

Nature de l'acte		**Tarifs appliqués en Italie (en €)**	**Tarifs appliqués en France pour un acte équivalent (en €)**
Visite médico-légale	Suivie d'un compte rendu oral	19,11	néant
	Suivie d'un rapport écrit	48,03 à 145,12	50 à 70
Examen externe de cadavre suivi d'un rapport oral		19,11	néant
Autopsie suivie d'un rapport oral	Tarif de base	67,66	néant
	Tarif après exhumation	96,58	néant
Examen de cadavre ou autopsie suivie d'un rapport écrit		116,20 à 387,86	30 à 230

Source : enquête du S.A.E.I.

Au moins dans certains des pays étudiés, le financement sur frais de justice semble présenter des insuffisances. Ainsi, selon les indications données par le magistrat de liaison, en Allemagne, la tarification prévue ne permet pas – loin s'en faut – de couvrir intégralement les frais exposés. *De facto*, le financement des actes de médecine légale est donc assuré en partie par la dotation budgétaire attribuée aux instituts universitaires pour leurs activités d'enseignement et de recherche. Cette contribution ne paraît pas susciter de débat, la médecine légale étant perçue comme un prolongement nécessaire des activités scientifiques. Les informations dont dispose la mission ne lui permettent toutefois pas de déterminer dans quelles proportions les frais de structures afférents à l'activité médico-légale sont supportés par d'autres budgets que ceux de la justice dans les pays pratiquant un système de rémunération à l'acte sur frais de justice.

2. UNE ACTIVITE MAL IDENTIFIEE, FAIBLEMENT STRUCTUREE ET PEU EVALUEE

Malgré les enjeux qui y sont attachés et son importance quantitative, la médecine légale est mal identifiée. Il est d'ailleurs frappant de constater que les expressions, pourtant très couramment utilisées, comme celles de « médecine légale » ou de « médecin légiste » n'ont que très peu cours en législation. On ne les trouve en effet que dans quelques dispositions éparses et mineures, elles-mêmes disséminées entre plusieurs codes. Mal identifiée, la médecine légale apparaît en outre très faiblement structurée et peu évaluée.

2.1 Une activité mal identifiée

La médecine légale apparaît à la fois comme une discipline universitaire et comme une activité médicale sur mandat judiciaire, ce qui rend presque insaisissable la notion de « médecin légiste ». Encore convient-il de préciser que, dans un souci de simplification, ne sera pas évoquée dans les développements qui suivent la médecine légale « administrative » pratiquée, en amont de toute procédure judiciaire, par tout médecin appelé à constater le décès, auquel obligation est faite de vérifier s'il existe « un problème médico-légal » susceptible de faire obstacle à la fermeture du cercueil (art. R. 2213-17 CGCT).

2.1.1 La médecine légale, discipline universitaire

Une formation de quelques dizaines d'heures de droit médical et de médecine légale est dispensée pendant les deux premiers cycles des études médicales, répartie de façon thématique au sein de différents modules et certificats. Au-delà de cette formation sommaire, les titres universitaires entrant dans le champ de la médecine légale et reconnus au niveau national sont les suivants :

- le Certificat d'Etude Spécialisé (C.E.S.) de médecine légale : il n'est plus délivré depuis 1985. Il permettait de se voir reconnaître par l'Ordre des médecins la qualification de spécialité en médecine légale dans le cadre d'un exercice non exclusif.

- le Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire (D.E.S.C.) de médecine légale et expertise médicale : il a été créé pour prendre la suite du C.E.S. précédemment cité. Comme tous les D.E.S.C., il est délivré, dans le prolongement d'un Diplôme d'études spécialisé (D.E.S.), à des médecins possédant donc déjà un titre de spécialiste. Dans la pratique, toutes les spécialités sont concernées (médecine du travail, santé publique, psychiatrie, anatomo-pathologie, médecine interne, chirurgie etc.). Le D.E.S.C. de médecine légale et expertise médicale se fait donc dans la foulée de l'internat de spécialité en deux ans (la dernière année du D.E.S. constituant la première année du D.E.S.C.). A l'origine, les médecins généralistes n'avaient donc pas accès à ce diplôme, mais avec la réforme des études médicales mise en place en 2004 plaçant la médecine générale dans le même cursus de formation que les spécialités (par la voie de la généralisation de l'internat), ces médecins seront, comme les spécialistes,

titulaires d'un D.E.S. (D.E.S. de médecine générale) et pourront donc préparer le D.E.S.C. de médecine légale et expertise médicale.

- la capacité de pratique médico-judiciaire : créée par arrêté du 10 janvier 2000 à la suite des travaux du C.S.M.L. pour compenser l'insuffisance numérique de la formation par la voie du D.E.S.C., elle permet à des médecins généralistes d'acquérir une compétence en médecine légale. Elle est également accessible aux spécialistes. La formation dure deux années. La plupart des professeurs de médecine légale considèrent que cette capacité, qui ne comporte que l'obligation d'assister à trente autopsies, ne permet pas à ses titulaires de procéder eux-mêmes à une autopsie seuls. Cette formation doit donc être complétée par une pratique d'au moins une centaine d'autopsies avec un professionnel expérimenté (dans le cadre d'une forme de compagnonnage) pour permettre à ses titulaires d'opérer eux mêmes.

- le Diplôme d'Université (D.U.) de réparation du dommage corporel : il est délivré à la suite d'un enseignement qui n'aborde pas l'ensemble des matières entrant dans le champ de la médecine légale. Comme son nom l'indique, il est axé essentiellement sur l'évaluation du dommage corporel.

Un certain nombre d'autres diplômes ont été créés par les universités métropolitaines concernant la médecine légale : masters, diplômes d'université au contenu d'enseignement variable. D'une façon générale, la médecine légale, sauf exception, est une activité médicale que l'Ordre des médecins ne reconnaît pas comme une « spécialité » mais comme une « compétence ». Il s'agit, en outre, d'une activité exercée généralement à titre non exclusif. *La médecine légale a ainsi en France, contrairement à la plupart des autres pays de la C.E., le statut d'une activité médicale qui, tant du point de vue des diplômes que de celui de l'exercice, vient se greffer sur une autre activité exercée à titre principal.*

2.1.2 La médecine légale, médecine sur mandat judiciaire

2.1.2.1 Le cadre juridique de la désignation des médecins par l'autorité judiciaire et les services de police judiciaire

Si l'on s'en tient aux principales dispositions du Code de procédure pénale, la désignation d'un médecin aux fins d'examens médico-légaux peut intervenir dans trois cadres juridiques :

- celui des articles 60 (enquête de flagrance), 74 (enquête pour recherche des causes de la mort) et 77-1 (enquête préliminaire) qui permettent au procureur de la République ou aux officiers de police judiciaire (OPJ), de requérir des **examens techniques et scientifiques** pour les besoins de l'enquête ;
- celui des articles 156 et suivants, qui donnent aux juges d'instruction la possibilité d'ordonner des **expertises**, ces textes étant également applicables aux juridictions de jugement ;
- celui de l'article 712-16 qui confère aux juridictions de l'application des peines le pouvoir de procéder ou faire procéder, sur l'ensemble du territoire national, à tous **examens et expertises** utiles.

Juridiquement, la distinction emporte de nombreuses conséquences.[29] En revanche si l'on considère la nature de la prestation pouvant être accomplie, elle apparaît de peu de portée. En effet, la Chambre criminelle a énoncé récemment - dans un tout autre domaine que la médecine légale - que l'article 77-1 précité conférait « *au procureur de la République, agissant en enquête préliminaire, le pouvoir de charger toutes personnes qualifiées de missions (…) de même nature que celles qui peuvent être confiées aux experts par le juge d'instruction en application de l'article 156* »[30]. La mission a d'ailleurs pu constater que les autopsies, pratiquées il y a encore quelques années essentiellement à la demande des juges d'instruction dans le cadre de l'expertise, étaient désormais réalisées dans leur très grande majorité sur réquisition du parquet, dans le cadre prévu pour les examens techniques et scientifiques[31].

2.1.2.2 Les médecins pouvant être désignés pour effectuer des actes médico-légaux

S'agissant des personnes susceptibles d'être désignées il existe, dans les **listes d'experts** établies par chaque cour d'appel, une rubrique médecine légale, sous laquelle sont inscrits, selon l'enquête de la mission, environ **530 médecins**, ayant bien évidemment vocation à apporter leur concours à la justice sur les questions qui relèvent de leur spécialité (tableau 2, annexe 3-2). Rappelons ici qu'aux termes de l'article 6 du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004, pour être inscrits, ces médecins doivent avoir justifié, notamment, de « *titres et diplômes*». Toutefois, en pratique, la mission a pu constater au cours de ses déplacements que de nombreux médecins inscrits sous la rubrique médecine légale n'étaient pas titulaires d'un diplôme de médecine légale et que les magistrats n'avaient d'ailleurs pas toujours une connaissance très précise des différents titres universitaires délivrés et du niveau de formation correspondant à chacun d'eux.

En tout état de cause, les OPJ et les magistrats du parquet désignant un médecin en application des articles 60 ou 77-1 du Code de procédure pénale, **ne sont jamais tenus de le choisir parmi les experts inscrits sur la liste**, le médecin figurant sur une liste étant seulement dispensé de l'obligation de prêter serment avant de débuter ses opérations. Les textes sont plus contraignants pour les juridictions d'instruction et de jugement qui, en vertu de l'article 157 du même Code, ne peuvent porter leur choix sur un médecin ne figurant pas sur la liste qu'à titre exceptionnel et après avoir motivé spécialement leur décision. Mais il n'existe pas davantage d'obligation absolue en ce qui les concerne.

L'enquête effectuée auprès des juridictions a fait apparaître que, dans leur grande majorité, les médecins appelés à effectuer des actes médico-légaux n'étaient pas inscrits sur la liste des experts. Ce constat global recouvre toutefois d'importantes variations selon le degré de technicité de l'acte demandé. Si, pour l'examen des personnes placées en garde à vue, seulement 14 % des médecins sollicités sont inscrits comme experts, cette proportion est de 80% pour les autopsies (cf. graphique 10, annexe 3-2).

[29] En particulier, comme l'ont fait observer plusieurs avocats entendus par la mission, les droits de la défense étant très réduits au cours de l'enquête, la personne soupçonnée ne dispose que de faibles moyens de contrôle sur les actes – notamment les autopsies - réalisés à ce stade.

[30] Crim. 14 sept. 2005, pourvoi n° 05-84021 (publiée au bulletin).

[31] On peut ajouter que, dans certains cas particuliers, des textes, déjà évoqués (par ex. 706-47-1 CPP) effacent les distinctions traditionnelles en confiant au procureur de la République le droit d'ordonner une « expertise ».

Toujours est-il que, d'un point de vue judiciaire, la médecine légale recouvre l'ensemble des examens de nature médicale effectués sur la demande d'un magistrat ou d'un officier de police judiciaire pour les besoins du procès. Peu importe ici la formation ou les titres du médecin désigné : c'est en quelque sorte la désignation qui fait le légiste. En conséquence, tous les médecins, quelle que soit leur discipline ou leur mode d'exercice, peuvent être conduits à effectuer des constats médico-légaux pour le compte de l'autorité judiciaire. Il résulte de l'enquête de la mission que, dans leur grande majorité, ces derniers ne disposent pas de formation spécifique en médecine légale. Il convient toutefois de relever d'importantes variations, semblables à celles observées pour l'inscription sur la liste des experts, en fonction de la nature de l'acte effectué. Ainsi, selon les indications fournies par les juridictions, la quasi-totalité des médecins pratiquant des autopsies sont titulaires d'un diplôme de médecine légale, tandis que seulement 25% de ceux procédant aux examens de personnes en garde à vue le sont (cf. graphique 11, annexe 3-2).

En définitive, il n'y a guère que pour la pratique des autopsies qu'il existe, de fait, une certaine concordance entre l'inscription sur la liste des experts et la détention d'un diplôme de médecine légale. Il est d'ailleurs révélateur que l'expression médecin légiste n'apparaisse que dans quelques dispositions réglementaires éparses pour désigner le médecin appelé à effectuer une autopsie (art. R. 2213-34 CGCT, R 3354-10 CSP et R. 235-8 CR

2.1.3 L'incidence de la superposition des définitions universitaire et judiciaire : une dénomination de « médecin légiste » imprécise et source de confusions

Les développements qui précèdent font apparaître que, sous réserve de l'observation effectuée à propos de l'autopsie, il n'existe aucune coïncidence entre les définitions judiciaire et universitaire du médecin légiste. Trois institutions délivrent, selon des critères différents, des « titres » en rapport avec la médecine légale : la justice qui établit la liste des experts judiciaires, l'université qui délivre des diplômes de médecine légale, le conseil national de l'Ordre des médecins qui reconnaît les qualifications dans les disciplines (avec deux niveaux différents : les « spécialités » et les « compétences »). En outre, des médecins peuvent être désignés pour effectuer des constats médico-légaux sans disposer d'aucun de ces « titres » ou qualités. En pratique, toutes les combinaisons - elles sont nombreuses - sont possibles : médecins inscrits sous la rubrique « médecine légale » des listes d'experts judiciaires ne s'étant pas vu reconnaître cette compétence par l'Ordre des médecins et, parfois, ne disposant pas de titres universitaires de médecine légale ; médecins non inscrits sur une liste - faute de s'être portés candidats ou d'avoir été retenus - titulaires d'un titre universitaire ; médecins inscrits ou titulaires d'un titre, mais non désignés dans les faits pour effectuer des actes médico-légaux etc.

Cette situation ne permet pas de mettre en concordance les données fournies par la justice et l'Ordre des médecins pour établir la situation démographique des médecins impliqués dans des activités de médecine légale. Elle induit une autre conséquence encore plus dommageable qui réside dans le niveau de technicité variable des praticiens concernés en fonction de la qualité de leur formation initiale.

2.2 Une activité peu structurée, essentiellement traitée comme un élément de la politique d'aide aux victimes

La législation sanitaire ignorant la médecine légale (2.2.1), une tentative de structuration de celle-ci s'est faite autour de circulaires du ministère de la santé ou interministérielles (2.2.2). Mais en définitive, le seul encadrement très incomplet et imparfait offert aujourd'hui à la médecine légale est constitué par une multitude de conventions conclues localement essentiellement entre les responsables hospitaliers et judiciaires (2.2.3)

2.2.1 L'absence de cadre légal ou réglementaire à l'organisation de la médecine légale

2.2.1.1 Une législation sanitaire ignorant totalement la médecine légale

Si la médecine légale constitue une discipline et une activité, sa pratique ne s'inscrit en revanche dans **aucune structure organisée au niveau national**. On chercherait en vain dans la partie législative du Code de la santé publique les expressions « médecine légale » ou « médecin légiste ». La médecine légale ne compte pas en effet aujourd'hui au nombre des missions des établissements de santé ou du service public hospitalier (cf. art. 6111-1 et 6112-1 CSP).

L'objet de l'amendement, déjà évoqué, déposé au cours de la discussion parlementaire de la loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique était précisément de modifier l'état du droit sur ce point. Inspiré par le rapport de M. Jardé, il tendait en effet, par une modification de l'article L. 6112-1 CSP, à créer au sein de l'ensemble des C.H.R.U. et de certains C.H.R. une unité chargée de coordonner les missions de médecine légale dans le cadre de fédérations interhospitalières. Adopté par le Sénat en deuxième lecture, l'amendement, auquel le gouvernement s'était déclaré « très favorable », a été supprimé en commission mixte paritaire, en raison, principalement des incertitudes entourant le financement de ce nouveau dispositif[32]. Depuis lors, M. Jardé a déposé une proposition de loi reprenant en substance la teneur de cet amendement[33].

2.2.1.2 Une législation pénale appréhendant uniquement la médecine légale comme le champ possible de missions d'expertise

Dans le Code de procédure pénale, la médecine légale n'est appréhendée que dans la mesure où elle est susceptible de constituer le champ d'intervention d'un expert *lato sensu* désigné par l'autorité judiciaire ou la police judiciaire. Au demeurant, on ne trouvera l'expression « médecine légale » qu'aux articles R. 116-1 et R. 117 relatifs à la tarification des actes des experts. Celle de « médecin légiste », pourtant très répandue dans les milieux judiciaires et policiers, est totalement absente du Code. Ce n'est donc certainement pas sur les dispositions de celui-ci que pourrait prendre appui une quelconque structuration de l'activité médico-légale.

[32] Cf. Rapport de la Commission mixte paritaire n° 1777 AN et n° 432 Sénat, Titre V, art. 52 A.
[33] Proposition de loi n° 1848 relative à la constitution de fédérations médicales interhospitalières de médecine légale (enregistrée le 13 octobre 2004).

2.2.2 Des circulaires peu structurantes et sources de confusion

Pas moins de huit circulaires se rapportant à la prise en charge des victimes d'infraction ont été diffusées depuis 1997, soit une par an en moyenne. Ces circulaires se sont agrégées sans véritable cohérence, donnant peu de lisibilité à la médecine légale. Elaborées essentiellement par les ministères de la santé et de la justice, elles témoignent certes de préoccupations légitimes mais, ayant un caractère essentiellement incitatif et donc sans grande portée juridique, elles ont eu dans les faits peu d'effets structurants et ont même pu favoriser certaines confusions ayant entravé une structuration satisfaisante de la médecine légale.

2.2.2.1 Un agrégat de circulaires mal articulées entre elles et peu suivies

La circulaire santé **D.G.S./DH n° 97/380 du 27 mai 1997** relative « *aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles* » prévoyait l'identification dans chaque région de pôles de référence répondant à des conditions précises pour assurer la mission de coordination d'un réseau local. La mise en place de ce dispositif avait été confiée conjointement aux directeurs d'A.R.H. pour la désignation des pôles régionaux de référence et aux préfets de région pour la coordination du dispositif. Les directeurs d'A.R.H. devaient également *« organiser le recueil et le traitement des informations relatives à l'activité des services dans ce domaine afin d'établir un bilan annuel d'activité. Celui-ci, établi chaque année* » devait être transmis « *à la Direction des Hôpitaux et à la Direction Générale de la Santé avant le 1er février de l'année suivante* »

La circulaire santé-justice **D.H./AF1/98 n° 137 du 27 février 1998** relative « *à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence* » se référant aux travaux du C.S.M.L. invitait les procureurs généraux et les directeurs des A.R.H. à communiquer aux administrations centrales les projets argumentés et motivés visant à la création de telles structures.

La circulaire santé **D.G.S./DH n° 2000-399 du 13 juillet 2000** relative *« à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire du 27 mai 1997* » étendait donc le dispositif, limité par celle-ci aux violences sexuelles, «à toutes les formes de maltraitance aux mineurs ».

La circulaire interministérielle **n° 2001-52 du 10 janvier 2001** ayant pour objet « *la protection de l'enfance* », a rappelé que pour « favoriser une prise en charge cohérente, continue et adaptée des mineurs en danger », les 36 pôles de référence devaient participer, à côté du secteur de pédopsychiatrie, à la prise en charge psychologique des enfants maltraités dans le cadre d'un travail en réseau. Les modalités d'application de ce dispositif ne sont pas repérables.

La circulaire **D.H.O.S./E1/2001/503 du 22 octobre 2001** 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 » concerne plus globalement toutes les personnes victimes de violence ou d'événements susceptibles d'entraîner une détresse psychologique. Cette circulaire tente de réorganiser et de globaliser la prise en charge des victimes. Elle met l'accent sur l'articulation entre la réalisation des soins pour les personnes victimes et la réalisation des constatations et des actes de prélèvements médico-légaux précisant ainsi que « les soins ne doivent pas compromettre les éléments médico-légaux » et appelant à une « coordination entre les différents acteurs (…) pour maintenir un juste équilibre entre l'acte médical urgent et l'indispensable préservation des éléments de preuve ».

La circulaire **n° 2002/97 du 14 février 2002** relative « aux suites de la campagne de prévention des maltraitances et des violences sexuelles sur mineurs et à la prise en charge des mineurs victimes » prévoit « l'élaboration d'un protocole, en concertation avec les services de l'Etat concernés, le procureur de la République et les magistrats de la jeunesse, pour organiser l'accueil des mineurs victimes d'agression sexuelle et de maltraitance au sein d'un service de l'hôpital ». Il est suggéré d' « associer à ce dispositif le président du Conseil Général ». Si, en effet, des protocoles ont bien été signés, leur repérage au niveau des instances hospitalières est bien difficile.

La circulaire **D.H.O.S./SDO n° 238 du 20 mai 2003** relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences précise que lorsque les enfants justifient d'une consultation médico-judiciaire, celle-ci doit être réalisée dans le service de pédiatrie, en collaboration avec l'unité médico-judiciaire s'il en existe une dans l'établissement.

Enfin, il convient encore de citer la circulaire **CRIM-AP n° 05/10 du 2 mai 2005**, élaborée à la suite des travaux du groupe de travail constitué pour tirer les conséquences de l'affaire dite d'Outreau. Il y est notamment préconisé *« la mise en place de structures spécifiques qui permettent au sein d'un lieu unique de prendre en charge les mineurs victimes tant sur l'aspect médical que celui de l'enregistrement audiovisuel de leur audition doit être valorisé* ».

Mal articulées entre elles, ces circulaires ont en outre été **peu suivies**. Il résulte ainsi de l'enquête de la mission que, pour le moins, l'application de la circulaire du 27 mai 1997 n'a pas constitué une priorité pour les A.R.H. : 3 réseaux seulement ont été déclarés et pas plus de 13 E.P.S. (soit 13,6%) ont indiqué établir le bilan d'activité demandé par la circulaire précitée. Encore convient-il de préciser que, contrairement aux prescriptions de celle-ci, certains bilans n'ont pas été communiqués à l'administration centrale et n'ont été suivis d'aucune exploitation. Dans le même ordre d'idée, la procédure de consultation des administrations centrales (D.H.O.S. et D.A.C.G.) prévue par la circulaire du 27 mai 1998 pour la création des U.M.J. n'a guère été opérante. Moins de cinq dossiers semblent l'avoir suivie. En outre, la mission a pu constater que, nécessité faisant loi pour les acteurs locaux, les avis négatifs émis par les administrations centrales n'étaient pas toujours respectés. Ces carences se retrouvent au niveau régional, les A.R.H. n'étant pas informées des conventions passées entre les E.P.S. et les juridictions.

2.2.2.2 Des circulaires ayant pu entraver une structuration cohérente de la médecine légale

Toutes inspirées par le souci d'assurer une prise en charge optimale des victimes, ces circulaires ont pu avoir, sur la structuration de la médecine légale, **deux effets négatifs** :

a) Risque de morcellement de la médecine légale

En premier lieu, elles ont favorisé un **morcellement de l'organisation**, voire de la conception, de la médecine légale, puisque demeuraient, par construction, en dehors de leur champ la thanatologie et les examens médico-légaux des auteurs d'infraction. Au sein même de la « victimologie », un certain morcellement est également vérifiable, la circulaire précitée du 22 octobre 2001 ayant confié la prise en charge des victimes, « en liaison avec l'U.M.J. », à la fois au service d'urgence, au service de pédiatrie et au service de gynécologie-obstétrique» en fonction de l'âge de l'intéressé et de la nature de l'agression. Or, conçue comme la « médecine de la violence », la discipline présente une unité fondamentale, non seulement par son objet ou les conditions de son exercice - sur mandat judiciaire - mais également par un corpus de règles méthodologiques et déontologiques, ainsi que l'ont souligné plusieurs médecins légistes entendus par la mission. Toute organisation cohérente suppose que soit prise en compte cette unité. En tout état de cause, **seule une vision globale de la médecine légale permet de concevoir une organisation nationale et un financement adapté**. Il importe en effet de faire masse des recettes procurées par tous les secteurs de l'activité médico-légale, inégalement rémunérateurs, si l'on souhaite assurer un financement stable et pérenne.

b) Risque de confusion sur le champ de la médecine légale

En second lieu, s'agissant de la médecine légale du vivant - et plus spécialement des examens médico-légaux des victimes d'infractions - les circulaires précitées ont concouru à une certaine **dissolution de la médecine légale** dans une politique globale de prise en charge des victimes, définies d'ailleurs par la circulaire du 10 janvier 2001, non seulement comme les victimes d'infractions, mais également comme les victimes de tout événement susceptible « d'entraîner une détresse psychologique » (y compris donc, par ex., les victimes de catastrophe naturelle). Certes, la nécessité de distinguer, en dépit de leur étroite imbrication, entre les différents aspects de cette prise en charge a été mise en avant par la circulaire précitée du 22 octobre 2001 qui, tout en soulignant l'importance *« de coordonner étroitement les trois fonctions médicale, psychologique et judiciaire »* insiste sur le fait « *que celles-ci doivent rester séparées de façon à mieux identifier les modes de financement : assurance maladie pour les soins et le soutien psychologique ; frais de justice pour le constat et les suites médico-judiciaires* ». On peut ajouter que la distinction est fondamentale d'un point de vue **déontologique** : le médecin légiste, qui agit sur mandat judiciaire, n'est pas au service de la victime. Il a, avant tout, dans l'exécution de ses constats, un devoir d'objectivité.

Mais il apparaît qu'au-delà de cette affirmation de principe, la circulaire précitée n'a aucunement clarifié la ligne de partage entre l'activité médico-légale *stricto sensu* et l'activité de soin. Certaines instructions ont même plutôt favorisé les confusions. Il y est notamment précisé que « *les certificats médicaux de constatations seront établis par un docteur en médecine et remis à la victime ou à son représentant légal ; dans le cas d'une réquisition judiciaire, à l'autorité requérante*. ». La circulaire du 27 mai 1997 invitait quant à elle le médecin soignant à procéder à des prélèvements «*afin de recueillir des preuves médico-légales* » ou encore à « *effectuer les prélèvements nécessaires à la constitution du dossier médico-légal, si la victime ou son représentant légal souhaite porter plainte*». Ainsi, **les ministères de tutelle ont eux-mêmes envisagé, sans apporter les précisions nécessaires sur le cadre et le financement de telles pratiques, que des examens et prélèvements médico-légaux pussent être effectués sans réquisition, ouvrant la voie à un certain nombre de dérives** (*infra* 3.1.4.3). De manière plus générale, le souci légitime d'assurer une prise en charge interdisciplinaire a abouti à **brouiller l'image des U.M.J.**, souvent présentée à la fois comme une structure médico-légale et une structure d'aide aux victimes. Comme le relève justement l'ONED dans son rapport pour 2005, cette « *insuffisante identification de l'activité médico-légale* », faute d'articulation claire entre les U.M.J. et les dispositifs d'aide aux victimes, est la « *source d'une répartition confuse des financements entre la justice et la santé* ». La mission a pu en effet constater que certains établissements hospitaliers imputaient à l'activité médico-légale des dépenses de personnels se rapportant en réalité à l'accompagnement psychologique des victimes. Il est certain en tout cas que cette activité est fréquemment appréhendée aujourd'hui à travers les travaux portant principalement sur l'aide aux victimes[34].

2.2.3 Un dispositif reposant partiellement sur des conventions conclues localement

2.2.3.1 Des conventions nombreuses témoignant d'un besoin d'organisation

En l'absence d'encadrement législatif et réglementaire ou même d'instructions ministérielles globales et claires, l'organisation de la médecine légale repose essentiellement aujourd'hui sur les initiatives des acteurs locaux. Elle prend souvent la forme de conventions passées entre chefs de juridiction et directeurs de centres hospitaliers. Si certaines de ces conventions s'inscrivent ou s'efforcent de s'inscrire dans le cadre des circulaires précitées, elles lui sont en général largement étrangères dans la mesure où elles tendent également à organiser, non seulement la prise en charge médico-légale des victimes, mais également celle des auteurs présumés d'infractions et l'activité thanatologique. Un état des conventions communiquées à la mission est joint en annexe (annexe 5).

Selon l'enquête effectuée par la mission, 61 juridictions, dont 7 cours d'appel (Agen, Besançon, Bordeaux, Colmar, Douai, Limoges et Riom) sont liées par une ou plusieurs conventions (73 en tout) à un établissement hospitalier, un I.M.L. ou toute autre structure de médecine légale. 7 projets de convention sont en cours d'élaboration[35].

[34] Cf. par ex. Actes de la journée tenue le 6 décembre 2004 à l'Ecole nationale de la magistrature, sur le thème « Améliorer l'aide aux victimes à l'hôpital : organisation et enjeux ».

[35] Le terme convention doit être compris ici dans son acception la plus large, englobant les actes d'adhésion d'un T.G.I. à une convention signée par un autre (ex : T.G.I. de Péronne, Laon et Saint-Quentin).

Ces chiffres révèlent **un besoin d'organisation** qui concerne aussi bien la thanatologie que la médecine légale du vivant. En effet, sur les quelque 70 conventions conclues ou en passe de l'être :

- 23 % portent exclusivement sur la thanatologie : autopsies et, souvent, levées de corps ;

- 32 % portent exclusivement sur la médecine légale du vivant ;

- 10 % portent à la fois sur la médecine légale du vivant et les levées de corps

- 32 % couvrent la totalité du champ de la médecine légale : autopsies et vivant.

Les **chefs de juridictions et les directeurs de centres hospitaliers** apparaissent comme les principaux artisans de ces conventions, dont ils sont souvent également les signataires exclusifs. Il est à noter que, pour les juridictions, **dans plus de la moitié des cas, la seule signature apposée est celle du représentant du parquet**, ce qui peut paraître contestable. Si l'on comprend l'implication particulière des procureurs de la République - principaux « prescripteurs », avec les OPJ, des actes de médecine légale -, la signature du président devrait dans tous les cas être également requise : d'une part, les conventions concernent les magistrats du siège - notamment les juges d'instruction - susceptibles de solliciter la structure ; d'autre part, elles comportent fréquemment des dispositions relatives aux frais de justice qui intéressent l'ensemble de la juridiction et imposent à ce titre une approbation conjointe.

Dans quelques cas, aux côtés de la signature des chefs de juridictions et directeurs de centres hospitaliers, figure la signature d'autres autorités, dont le nombre et la qualité sont extrêmement variables selon les conventions : représentants des services de police et de gendarmerie, trésorier-payeur général, contrôleur financier, préfet, maire, président du conseil général, directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse, directeur de la C.P.A.M., recteur, inspecteur d'académie, président d'université, représentant du barreau, représentant d'association de protection de l'enfance etc.[36]

2.2.3.2 Des conventions ne donnant pas une juste représentation de l'organisation de la médecine légale

On ne saurait acquérir une vision exacte du maillage et de l'organisation de la médecine légale en se référant exclusivement à ces conventions et à leurs dispositions. En premier lieu, de nombreuses structures de médecine légale, et non des moindres, ont été instituées et fonctionnent **en dehors de toute convention formalisée**. Ainsi en est-il des I.M.L. de Paris, Lille, Montpellier, Lyon et Strasbourg et d'un grand nombre d'autres établissements : 59 % des centres hospitaliers ayant une activité médico-légale, parfois très importante (ex : Garches) ont déclaré ne pas avoir signé de convention avec les juridictions. En deuxième lieu, plusieurs conventions, faute de moyens ou de volonté, ne sont que **partiellement ou peu appliquées**, tandis que d'autres au contraire ne reflètent qu'une partie

[36] cf. not. les conventions signées par les T.G.I. de Bobigny, Bordeaux, Châlons-sur-Saône, Douai, Saint-Nazaire, Thonon, Tours…

de l'activité médico-légale pratiquée dans la structure considérée[37], sans compter que des aspects essentiels de l'organisation et du financement sont fréquemment renvoyés à des règlements intérieurs ou à des délibérations du conseil d'administration de l'établissement. Enfin, les conventions ne confèrent **aucune exclusivité aux juridictions** concernées et, à l'inverse, **ne les rattachent pas de manière impérative** à l'établissement « conventionné » : un centre hospitalier lié à une juridiction par une convention peut également fournir ses services à une autre tandis qu'à l'inverse, une juridiction peut s'adresser à un centre hospitalier distinct de celui avec lequel elle-même ou la cour d'appel dont elle dépend a conclu une convention[38]. En réalité, s'agissant de la thanatologie, la proximité du centre et la commodité des communications déterminent plus sûrement les liens que les conventions passées.

2.2.3.3 Des conventions très hétérogènes en l'absence de modèle national

Une convention-type, santé-justice, était annoncée par la circulaire précitée du 22 octobre 2001. Mais le projet élaboré en 2004 par les deux ministères n'a jamais abouti. Il n'est donc pas surprenant que les conventions conclues localement se présentent de manière très hétérogène. Ainsi, certaines dispositions apparaissent par leur généralité comme des déclarations d'intention ou un simple habillage donné à une activité organisée en dehors d'elles. D'autres sont au contraire très précises, notamment dans la description des moyens en personnels et en matériels, mais sont alors exposées à une rapide obsolescence. Nombre d'entre elles règlent, au-delà de l'organisation de l'activité médico-légale, les modalités de l'aide aux victimes, voire même les sujets de toute nature communs à l'hôpital et à la juridiction[39]. Mais c'est sur la question des dispositions financières que la diversité entre les conventions est la plus évidente. Cette question qui se rattache à celle, plus générale, du caractère disparate de l'organisation de la médecine légale sera examinée plus loin (*infra* 3.2.1).

Elaborées sans coordination au niveau national ou même régional, les conventions ne permettent qu'une organisation fragile et sommaire de la médecine légale et ne peuvent donc constituer à elles seules l'instrument permettant la mise en place d'un réseau cohérent et stable, même si, grâce à la détermination et au dynamisme de certains acteurs locaux, des projets régionaux ambitieux ont pu être bâtis, comme c'est le cas en Auvergne.

[37] La convention signée par l'I.M.L. (non public) de Libourne illustre les 2 cas de figure : le forfait autopsie qu'elle prévoit n'est pas appliqué, tandis que la médecine légale du vivant qu'elle n'organise pas, est exercée à l'I.M.L.

[38] Ainsi, malgré la convention conclue par la cour d'appel de Besançon avec le C.H.U. de cette ville, des autopsies sont effectuées également à Lons-le-Saunier ou Dole, certaines juridictions du ressort (T.G.I. de Montbéliard) s'adressant même au CH de Mulhouse dépendant de la cour d'appel de Colmar.

[39] La charte signée en 2005 par le tribunal de Saint-Quentin en complément de la convention relative à l'Unité de consultation médico-légale conclue en 1999 étant sans doute une sorte de modèle du genre.

2.3 Une activité peu contrôlée et mal évaluée

2.3.1 Le faible suivi de l'évolution de l'activité et des coûts

2.3.1.1 L'absence d'outil de gestion et d'indicateur permettant aux juridictions un suivi régulier de l'activité et de la dépense

Les juridictions interrogées ont généralement rencontré les plus grandes difficultés pour répondre aux questions relatives au nombre et au coût de chaque catégorie d'actes, quand elles ne se sont pas trouvées dans l'incapacité absolue de le faire. Ainsi, seules 7 juridictions ont été en situation d'identifier la dépense relative aux examens en garde à vue et 8 celle relative aux examens des victimes. Il n'y a guère que pour les autopsies qu'il a été possible de quantifier, avec une marge d'erreur signalée (*supra*, 1.1.1), le nombre d'actes et la dépense afférentes.

Cette situation s'explique par le fait, déjà évoqué, que, ni les juridictions, ni le ministère de la justice ne disposent d'outil de gestion et d'indicateurs leur permettant de suivre de manière fine l'activité médico-légale, les logiciels utilisés au sein des régies ne permettant pas d'extraction statistique. En l'état, le suivi régulier de la dépense n'est assuré qu'en fonction de l'imputation budgétaire. Or, comme cela a été mis en évidence (*supra*, 1.1.1), les rubriques de la nomenclature budgétaire sont nettement moins précises que celles de la nomenclature des actes tarifés prévue par le Code de procédure pénale. Rappelons simplement que, non seulement, il apparaît impossible, à partir des données budgétaires, d'isoler les dépenses afférentes aux différentes catégories d'examens médico-légaux (examens des personnes en garde à vue, examens de victimes, autopsies, dépistage de stupéfiants, levées de corps etc.), mais qu'au surplus l'évaluation de la dépense globale se révèle elle-même délicate en raison de la dispersion des imputations budgétaires.

De manière quelque peu paradoxale, cette situation paraît devoir s'aggraver avec l'entrée en vigueur de la loi organique relative aux lois de finances (L.O.L.F.) du 1er août 2001. En effet, le plan comptable de l'Etat, applicable à compter du 1er janvier 2006, permet de subdiviser les comptes à l'infini, pour répondre aux besoins de suivi analytique de la dépense. Cependant, pour des contraintes d'ordre technique, liées à l'inadaptation des outils informatiques actuellement disponibles, le nombre de lignes utilisables est limité à 1.100 pour le ministère de la justice. La nomenclature « budgétaro-comptable » applicable à compter de 2006 sera en conséquence encore plus globalisante que la nomenclature actuelle. Ainsi, la médecine légale est désormais fondue dans un compte intitulé « experts médicaux, vétérinaires analyses et centres de radiologie ».

Le suivi détaillé de la dépense de médecine légale ne peut donc se faire qu'en parallèle, à l'aide d'outils de gestion spécialement créés à cet effet, jusqu'à la mise en service de l'application interministérielle Chorus en 2007-2008.

2.3.1.2 L'appréhension incomplète et imparfaite de l'activité et de la dépense par les E.P.S.

Il n'est pas davantage possible d'évaluer la nature, l'ampleur et le coût de l'activité médico-légale prise en charge par les E.P.S., ces derniers n'ayant fourni à la mission que des informations partielles et imparfaites. Ainsi, il est fréquent que les gestionnaires ne disposent d'aucun relevé d'actes. De plus, lorsque ces relevés existent, la confrontation entre les activités déclarées par les responsables hospitaliers et celles répertoriées au niveau des équipes professionnelles mettent en relief des écarts significatifs. La répartition fine des actes par exemple en fonction de l'âge de la victime (mineurs/majeurs) ou de la nature de l'examen (gynécologie/médecine générale) est le plus souvent impossible. S'agissant des recettes, moins de 50 % des établissements ayant déclaré percevoir des fonds de la justice ont pu isoler les recettes correspondantes, sans d'ailleurs être toujours en mesure de les rattacher à une catégorie d'examens déterminée (thanatologie, examens de victimes…).

S'agissant des dépenses, seulement 50 % des E.P.S. assurant une activité médico-légale ont su isoler les dépenses de fonctionnement afférentes à celles-ci - constituées essentiellement de dépenses de personnels. Très souvent, la répartition analytique des charges laisse entrevoir des pratiques peu rigoureuses. A titre d'exemple, comme cela a déjà été indiqué, sont parfois imputées à l'activité médico-légale des dépenses lui étant étrangères, comme l'accompagnement psychologique des victimes. A l'inverse, certains centres de thanatologie ne déclarent aucune dépense pour la rémunération de l'agent d'amphithéâtre tandis que la comptabilité afférente au fonctionnement de tel service de médecine légale ne fait pas apparaître de frais de secrétariat ou de consommables médicaux.

En conclusion, il apparaît clairement que les E.P.S. n'ont aucune idée précise du coût et des activités de médecine légale assurés en leur sein et ce, même lorsqu'ils ont signé une convention avec une juridiction.

2.3.2 Le faible encadrement des politiques pénales et des pratiques médicales

2.3.2.1 Le faible encadrement des politiques pénales

Les instructions nationales relatives au recours aux examens médico-légaux demeurent peu nombreuses et éparses. S'agissant, des levées de corps et des autopsies, des prescriptions générales insérées dans le guide méthodologique de la permanence des parquets, diffusé en février 2003, précisent les cas dans lesquels il doit y être procédé (p. 133 s. ; 217 s.). Ces prescriptions s'inscrivent dans le cadre tracé à la fois par l'article 74 du Code de procédure pénale et la **recommandation R 99-3 du comité des ministres du Conseil de l'Europe du 2 février 1999 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale**. S'agissant de la médecine légale du vivant, le guide précité comporte des indications précisant les conditions d'exécution de l'examen médical en cas de transport de stupéfiants *in corpore*. L'examen médical de la personne placée en garde à vue fait, quant à lui, également l'objet d'instructions contenues dans diverses circulaires prises pour l'application des réformes de la procédure pénale intervenues depuis 1993. En revanche, il n'existe pas d'instructions fixant les cas et conditions dans lesquels il importe de requérir l'examen médical d'une victime. Les

circulaires, déjà évoquées, des ministères de la santé et de la justice, relatives à la prise en charge des victimes de violences ne traitent en effet de l'aspect médico-légal que de manière incidente ou accessoire.

Localement, 53% des parquets déclarent avoir élaboré des instructions définissant les circonstances dans lesquelles un examen du cadavre ou une autopsie est nécessaire ou au contraire inutile.

2.3.2.2 Le faible encadrement des pratiques médicales

Au cours de ses nombreuses réunions, le Conseil supérieur de médecine légale avait exprimé la nécessité de dégager, au sein des activités médico-légales, « des éléments signifiants permettant de repérer la référence à des bonnes pratiques cliniques », soulignant l'importance à cet égard de l'élaboration de protocoles comparables à ceux mis au point dans les différentes disciplines de la médecine hospitalière. Il avait donc entrepris un travail de réflexion en ce sens. Toutefois, l'interruption de son activité n'a pas permis à ce travail d'aboutir.

Néanmoins, lors d'une réunion tenue le 23 février 1996 à l'Ecole nationale de la magistrature (E.N.M.) dans le cadre de l'Association de formation continue en médecine légale, sous l'autorité du procureur général près la Cour de cassation, a été établi un document faisant le point sur les bonnes pratiques d'examen externe, d'examen interne et de prélèvements à réaliser dans le cadre des autopsies, aux fins d'assurer des échantillonnages dans les meilleures conditions, de sauvegarder les indices et de les conserver dans des conditions optimales. Ce document a été communiqué à l'ensemble des médecins légistes.

Par ailleurs, les bonnes pratiques relatives à l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue ont pu être dégagées par la conférence de consensus tenue les **2 et 3 décembre 2004** sous l'égide de la collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires et la Société de médecine légale et de criminologie de France.

Il reste toutefois que de nombreux aspects de la médecine légale n'ont fait l'objet d'aucune réflexion commune pouvant se traduire dans des orientations ou recommandations et que la réflexion engagée sur les autopsies et les levées de corps doit à l'évidence être poursuivie.

Ainsi, la mission a pu constater l'existence de très importantes divergences d'appréciation entre des professeurs de médecine légale de renom sur l'utilité même de **la levée de corps**, les conditions de sa réalisation (sur les lieux ou dans une salle adaptée), les actes qu'elle suppose et leur modalité d'exécution (prélèvements, température intra corporelle etc.). Il n'existe sur tous ces points aucun protocole national et, manifestement, aucun consensus. Dans une moindre mesure, ces divergences d'appréciation se retrouvent au sein des services de police et de gendarmerie, même si, pour ces derniers, l'insuffisante spécialisation des médecins généralement requis est le principal sujet de préoccupation.

S'agissant des examens de victimes, une normalisation nationale des modes d'évaluation de l'ITT paraît s'imposer. Cette normalisation doit s'accompagner d'un effort de formation ou, du moins, d'information en direction de l'ensemble des médecins. Les interlocuteurs de la mission ont fréquemment mis en avant la nécessité de faire en sorte que les médecins connaissent le sens de **la notion d'ITT**, qu'ils aient conscience des exigences

d'objectivité devant présider à l'établissement des constats et qu'ils sachent comment doit se présenter un rapport et ce qui en est attendu par les magistrats (indication d'une durée d'ITT, mais également précisions sur la nature, l'emplacement et l'ancienneté des traces de violences pouvant aider à la compréhension des faits). S'il existe localement des formulaires qui peuvent aider les médecins non spécialistes, leur diffusion est insuffisante et les explications nécessaires défaillantes. En l'état, abusés par une appellation, il faut en convenir, ambiguë, les médecins confondent souvent la notion pénale d'ITT avec celle d'arrêt de travail au sens de la législation sur la protection sociale. Aussi, la détermination de la durée d'ITT par des médecins traitants dans le prolongement d'un acte de soin doit-elle souvent faire l'objet, à la demande des magistrats, d'une deuxième évaluation par un médecin formé en médecine légale.

Là encore, il convient de relever, de manière générale, que c'est essentiellement au niveau local que sont prises des initiatives tendant à harmoniser les pratiques où, en tout cas, à favoriser les échanges entre magistrats et médecins, soit dans le cadre de sessions de formation organisées par les cours d'appel[40], soit au sein d'associations[41].

2.3.3 Le faible suivi du fonctionnement et de l'organisation des structures

2.3.3.1 Un constat général

L'enquête effectuée par la mission et les auditions auxquelles elle a procédé mettent en évidence que, ni au niveau central, ni au niveau régional, n'a été assuré un suivi rigoureux de la mise en œuvre des quelques circulaires des ministères de la santé et de la justice, déjà évoquées, censées donner à la prise en charge des victimes un cadre homogène (*supra* 2.2.2.1). Il convient d'ailleurs de relever que le rapport général sur les travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et santé établi en mai 2005 relève (p. 99) la nécessité d'évaluer les pôles de référence hospitalier et les U.M.J., « *quant à leur implantation réelle partout où ils avaient été prévus, leur fonctionnement, leur mode de financement (partagé ou non) et leur efficacité* ».

De manière générale, aucune instruction nationale n'est venue encadrer de manière précise le fonctionnement des structures assurant une activité médico-légale. On a vu à cet égard que la convention type élaborée par les ministères de la santé et de la justice n'avait jamais été diffusée (*supra*, 2.2.3.3). Pas davantage n'ont été traités certains sujets intéressant tous les centres hospitaliers qu'ils soient ou non liés à une juridiction par une convention. Ainsi en est-il, par exemple, de la question sensible du suivi des prélèvements corporels, des modalités de leur conservation et de leur destruction (cf. *infra*, 3.1.4.2).

[40] Une telle formation venait d'être organisée à la cour d'appel de Bourges lors du passage de la mission.

[41] Ainsi, selon les indications du procureur de la République du Havre, a été créée, avec un grand succès, en Seine-Maritime, une « *association de médecine légale du pays de Caux* » couvrant les ressorts des TGI du Havre, de Dieppe et de Rouen et réunissant deux fois par an magistrats, experts et avocats ainsi que diverses personnes ou autorités extérieures, invitées (notamment les membres des services de police et de gendarmerie).

2.3.3.2 Un constat préoccupant s'agissant des contrôles en matière d'hygiène et de sécurité

En ce qui concerne plus spécialement les impératifs de sécurité sanitaire liés notamment au traitement des déchets et effluents, seulement 44 établissements se déclarent conformes à la réglementation. De plus, seulement 43 structures bénéficient des prestations d'un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.). Enfin 54 structures ont élaboré des protocoles, prévoyant les dispositions techniques de prévention des risques contagieux et de décontamination. D'une manière générale, les lieux consacrés « à la mort » à l'hôpital souffrent de « leur isolement » à tout point de vue. Ainsi certains praticiens ont même contesté la dénomination qui est imposée à leur « service mortuaire » : dépositoire, dépôt des corps…

Si 69 établissements déclarent assurer la conservation des scellés, 55 disposent d'un système de contrôle du froid et seulement 38 sont dotés de système d'alerte. Souvent il s'agit de simples réfrigérateurs ménagers qui officient en même temps pour la conservation des repas des agents.

Enfin, seulement 28 structures déclarent disposer d'un équipement de radiologie en propre, à disposition de la médecine légale. Cela peut poser un problème pratique, mais également d'hygiène en cas de déplacement des corps, parfois en état de décomposition, dans le service d'imagerie médicale de l'hôpital.

Globalement, du point de vue de l'hygiène et de la sécurité, la situation n'est pas satisfaisante. Le sentiment répandu que cette activité est quelque peu le « parent pauvre » de la médecine et ignorée des différentes instances semble avéré. Par ailleurs, « l'assurance qualité » n'est pas développée en matière thanatologique, alors qu'un référentiel européen existe.

3. UNE ACTIVITE A L'ORGANISATION ET AU FINANCEMENT DISPARATES ET FRAGILES

En l'état de ces carences, il n'est pas excessif d'affirmer qu'il n'existe *aucun pilotage national de la médecine légale*. Dans ces conditions, on ne peut être surpris, comme les développements qui précèdent l'ont d'ailleurs déjà laissé apparaître, que fragilité et disparité soient les deux traits marquants de l'organisation et du financement de la médecine légale, la région parisienne constituant toutefois une situation très spécifique à laquelle seront consacrés des développements particuliers.

3.1 Une organisation fragile et disparate

3.1.1 Les faiblesses du dispositif

Les faiblesses du dispositif procèdent toutes, là encore, de l'absence d'encadrement, qui le rend étroitement dépendant des initiatives locales et interdit toute coordination d'ensemble, spécialement sur la question centrale de la formation des médecins. Ces faiblesses, qui se vérifient à des degrés divers sur toute l'étendue du territoire, sont particulièrement visibles en dehors des grandes agglomérations, étant précisé que, s'agissant des départements et collectivités d'outre-mer, en l'état des informations communiquées à la mission, seules les collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte se trouvent dans l'impossibilité de faire face aux besoins avec leurs propres moyens, s'agissant du moins des autopsies[42].

3.1.1.1 Un dispositif instable dépendant des initiatives et du dynamisme des acteurs locaux

L'absence de structure nationale ou même régionale constitue la première faiblesse du dispositif, qui repose intégralement aujourd'hui sur les acteurs locaux. La création et le maintien d'une structure dépendent souvent de la personnalité, du dynamisme de tel directeur d'hôpital ou de tel chef de juridiction ou encore, parfois, de l'intérêt porté par telle collectivité territoriale ou par telle association à la médecine légale. Il en résulte une grande fragilité et une grande instabilité des structures créées, qui, parfois, ne survivent pas au départ de l'un des responsables ayant participé à sa création et à son animation. Aussi, des dispositifs donnant aujourd'hui totale satisfaction peuvent-il très vite péricliter. Les avatars de l'organisation de la médecine légale en Auvergne, qui a connu, au cours de ces dernières décennies, une

[42] Les très rares autopsies effectuées à la demande du T.P.I. de Saint-Pierre-et-Miquelon (0 en 2004) le sont à l'I.M.L. de Paris pour un coût d'environ 12 000 € chacune compte tenu des frais de transport de corps. Une telle situation incite les magistrats locaux à éviter de recourir à une telle mesure, ce qui est jugé regrettable par les chefs du tribunal supérieur d'appel. A Mayotte, les quelques autopsies (2 en 2004) sont effectuées dans un local du CH de Mamoudzou peu adapté. La pratique s'est instaurée de faire effectuer des radiographies ou scanner et des examens externes à Mayotte et de les soumettre pour analyse à un médecin légiste de la Réunion.

succession d'effacements et de renaissances, rapportés dans un document établi par le procureur général près la cour d'appel de Riom[43], en sont une parfaite illustration.

3.1.1.2 Un dispositif atomisé, excluant une organisation rationnelle et coordonnée

Reposant sur les acteurs locaux, le dispositif, composé de structures diverses et de médecins œuvrant hors structures, se présente de manière totalement atomisée. Les enquêtes de la mission confirment à cet égard le constat d'un éparpillement. **Les conventions ayant pu être conclues entre juridictions et centres hospitaliers** ont néanmoins le mérite de consolider des procédures ou des structures mises au point ou créées localement.

Cette atomisation se manifeste d'abord par la **très grande difficulté, voire l'incapacité de constituer de véritables réseaux entre établissements et médecins**, même si des projets régionaux ambitieux ont pu être bâtis, comme c'est le cas en Auvergne. S'agissant de la médecine légale du vivant, même lorsque des structures très performantes ont pu être mises en place, comme à Bordeaux ou Evry, il est très rare qu'elles interviennent sur l'ensemble du département ou même qu'elles aient pu créer autour d'elles un réseau de médecins libéraux en mesure de répondre aux attentes des services de police et de gendarmerie dans les zones reculées. En pratique, leur champ d'intervention se limite à l'agglomération où elles ont leur siège. S'agissant de la thanatologie, il est rare que le centre d'autopsie soit en même temps, pour les médecins pratiquant les levées de corps, un « centre de référence » entretenant avec eux des liens étroits, ce qui est préoccupant si l'on sait que, d'après l'enquête de la mission, près de 60 % des autopsies sont pratiquées par des médecins n'ayant pas procédé à la levée de corps.

L'atomisation se manifeste également par **l'impossibilité d'organiser rationnellement les relations entre juridictions et structures de médecine légale**. Le constat ne concerne guère les structures de médecine légale du vivant, dans la mesure où, en raison de leur proximité nécessaire, elles sont rarement liées à d'autres juridictions que celles situées dans leur département d'implantation. En revanche, la répartition des juridictions entre les centres d'autopsies, qui devrait logiquement faire l'objet de schémas régionaux, même non contraignants, est laissée à l'appréciation de chacune. Le choix des magistrats est guidé par la plus ou moins grande proximité du centre, la commodité des communications et, parfois également, la confiance ou la défiance qu'inspire tel médecin légiste œuvrant localement. Ainsi, dans un même ressort de tribunal, en fonction du lieu de découverte du cadavre ou de la complexité présumée de l'affaire, le corps peut être transporté dans des centres d'autopsies différents, dont certains peuvent être très éloignés. Le peu d'effets structurants des conventions sur ce point a déjà été signalé (*supra*, 2.2.3.2).

[43]Document de réflexion établi le 19 octobre 2002 et intitulé « la médecine légale en Auvergne et les attentes de l'autorité judiciaire » remis à la mission ainsi que le mémoire déposé en 2005 à l'E.N.S.P. par Pascal Frucquet « L'organisation de la médecine légale hospitalière : un défi pour le service public en Auvergne ».

3.1.1.3 Un dispositif fragilisé par le devenir incertain du potentiel de formation en médecine légale

Actuellement, le nombre de médecins qui obtiennent chaque année l'un des deux diplômes - DESC de médecine légale ou capacité de pratique médico-judiciaire - peut être estimé à une centaine.

Il semble que l'intérêt porté à cette discipline par les internes et les jeunes médecins ne se démente pas. Toutefois, plusieurs enseignants de médecine légale ont indiqué à la mission que les faibles débouchés actuels de ces diplômes (faible nombre de praticiens hospitaliers dans la discipline notamment) ne les incitaient pas à faire de prosélytisme auprès de leurs étudiants.

En outre, il faut noter que la situation se dégrade au niveau des personnels enseignants de médecine légale. Les enquêtes successives réalisées par le Groupe Interministériel de Médecine Légale (G.I.M.L.) ont montré que, à partir des années soixante dix, s'est dessiné un mouvement de création de services hospitalo-universitaires de médecine légale ayant pour objectif la création d'au moins un poste de professeur des universités-praticien hospitalier dans chaque C.H.U. Ce mouvement a connu son apogée en 2003 permettant à M. Jardé dans son rapport au Premier ministre de procéder au constat suivant : « *Tous les C.H.U. (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… 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*. »

La situation s'est dégradée depuis 2003 puisqu'en 2005 **trois C.H.U. ne comptent plus à leur effectif d'enseignant dans la discipline** et, pour deux autres C.H.U., le départ de l'enseignant de médecine légale est à l'origine de l'ouverture d'un débat local portant sur l'éventuel redéploiement du poste vers une autre discipline.

Compte tenu du fait qu'une dizaine de professeurs de médecine légale seront atteints par la limite d'âge et quitteront leurs fonctions hospitalo-universitaires dans la prochaine décennie ce désintérêt porté à la discipline par les autorités hospitalo-universitaires, s'il se confirmait, ferait planer les plus grandes menaces sur la médecine légale française.

3.1.1.4 Des faiblesses particulièrement marquées en dehors des grandes agglomérations pour la réalisation des examens en garde à vue et des levées de corps

Si les faiblesses qui viennent d'être évoquées peuvent être relevées, à des degrés divers, sur toute l'étendue du territoire, elles apparaissent néanmoins particulièrement marquées en dehors des grandes agglomérations. A Bordeaux, Evry, Marseille, Lille, Paris ou encore Strasbourg, la mission a pu constater l'existence de structures efficaces couvrant à la satisfaction des magistrats et des services de police ou de gendarmerie, tout le champ de la médecine légale, même si leur rayon d'action est jugé parfois trop étroit. En revanche, dans les départements ruraux ou faiblement peuplés, comme le Cher ou l'Indre, deux facteurs rendent particulièrement difficile une organisation correcte de la médecine légale ou même l'accès à un médecin susceptible d'effectuer un constat médico-légal.

En premier lieu, le **faible niveau de l'activité médico-légale**, lié bien entendu à la relative faiblesse de la délinquance, ne permet pas d'assurer le financement sur frais de justice de structures comparables à celles qui existent dans les grandes agglomérations, proposant un service permanent - 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 -, assuré dans des locaux dédiés et par des personnels médicaux et administratifs s'y consacrant parfois à plein temps.

En second lieu, en raison du **faible niveau de la démographie médicale**, les parquets, comme les services de police et de gendarmerie ont les plus grandes difficultés à constituer des réseaux de médecins libéraux disponibles pour effectuer des examens en **garde à vue ou des levées de corps**, les gardes médicales pour les soins n'étant pas elles-mêmes toujours correctement organisées.

Tant lors de déplacements de la mission en province que dans les réponses apportées aux questionnaires d'enquête, les services et autorités confrontés à ces difficultés ont souligné la difficulté d'obtenir l'intervention d'un médecin, pendant certaines périodes de l'année, le week-end ou durant certaines plages horaires.

Il n'est pas rare ainsi que, présents sur les lieux de la découverte d'un cadavre, les enquêteurs soient contraints d'attendre plusieurs heures l'arrivée d'un médecin, qui, dépourvu de compétences en médecine légale, se bornera à constater le décès et à relever un obstacle médico-légal à l'inhumation sans avoir procédé à un **examen du corps**. Celui-ci devra alors être transporté au centre hospitalier pour examen si le procureur de la République ne décide pas de délivrer le permis d'inhumer, au vu des éléments d'information communiqués par l'OPJ. ***Les carences du dispositif obligent ainsi à des transports de corps, voire à des autopsies, qu'un examen externe effectué sur les lieux par un médecin expérimenté aurait pu éviter. Pire, elles exposent également au risque de ne pas repérer les morts d'origine criminelle***.

De même, s'agissant des examens en **garde à vue**, les enquêteurs en sont parfois réduits à des solutions peu satisfaisantes d'un point de vue pratique, déontologique ou au regard de la sécurité : appel au médecin de famille de l'intéressé, intervention systématique d'un médecin en situation de quasi monopole, conduite de la personne concernée sous escorte au centre hospitalier, sollicitation du SAMU.

De l'avis de la quasi totalité des magistrats, policiers ou gendarmes entendus par la mission, la situation est particulièrement critique s'agissant des **examens psychiatriques**. Il est souvent impossible d'organiser, dans le temps de la garde à vue, l'examen désormais imposé par l'article 706-47-1 CPP, ce qui oblige, parfois sans autre justification, à ouvrir des informations. On relève en effet une faiblesse particulière dans cette spécialité au sein des 76 structures assurant la médecine légale du vivant. En effet, 41 d'entre elles seulement effectuent des examens psychiatriques, alors que 68 déclarent pouvoir procéder à des examens gynécologiques.

Il faut d'ailleurs souligner que de telles situations ne sont pas l'apanage des départements ruraux. Il suffit parfois, pour y être confronté, de s'éloigner de quelques kilomètres de la ville accueillant une unité médico-judiciaire importante.

Pertes de temps, frais inutiles, pratiques discutables, risques pour la régularité des procédures, telles sont, en tout cas, les conséquences de la situation de pénurie prévalant dans certains départements.

En dépit de ces difficultés, il n'est pas fait application des dispositions de l'article L. 4163-7 CSP qui punit d'une amende correctionnelle de 3750 € le fait, pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique. On peut en effet penser que la répression n'est pas le meilleur moyen de remédier à de graves carences organisationnelles.

3.1.2 Une répartition territoriale inégale et une disparité de l'activité des structures existantes

En l'absence d'encadrement et de suivi réguliers de l'activité médico-légale, les administrations centrales n'ont d'autre moyen de connaître l'implantation des structures médico-légales que de procéder à des enquêtes. La dernière, effectuée en 2002, n'a porté que sur les U.M.J. ayant une activité de médecine légale du vivant. La mission a donc dû elle-même interroger les E.P.S. et les juridictions pour dresser une carte aussi complète que possible de la médecine légale. En dépit des difficultés de l'exercice, cette enquête a mis en évidence qu'en raison de l'absence d'encadrement et de la dispersion des acteurs, la répartition géographique des structures sur le territoire, fruit des initiatives locales, ne correspondait à aucune organisation nationale cohérente.

3.1.2.1 La difficulté d'établir une carte des structures de médecine légale

La difficulté d'établir une carte, tient principalement au caractère fluctuant, pour ne pas dire fuyant, de la notion de structure médico-légale. En effet, comme cela a été indiqué, l'existence d'une convention entre le centre hospitalier et une juridiction n'est qu'un critère parmi d'autres (*supra*, 2.2.3). Bien d'autres critères peuvent être envisagés : l'existence d'une unité fonctionnelle ou d'un service spécifique dans l'organisation administrative d'un E.P.S., la création de circuits d'accueil particuliers au profit des victimes ou des auteurs présumés, la mise à disposition de locaux dédiés, la présence de médecins compétents et disponibles etc. De proche en proche, pourrait être qualifiée de structure médico-légale tout E.P.S. accueillant de manière plus ou moins régulière une activité médico-légale. Certaines juridictions ne sont sans doute pas loin de partager cette conception. Il n'est pas surprenant, dans ces conditions que les enquêtes fassent avant tout apparaître d'importantes différences d'appréciation entre les juridictions et les centres hospitaliers, renforçant le sentiment de confusion.

L'enquête effectuée par la mission n'échappe pas à la règle. Alors que **52** des 95 E.P.S. concernés déclarent disposer d'une structure dédiée à la médecine légale, les réponses des juridictions font état de **90** structures, dont moins d'une dizaine hors E.P.S. La divergence d'appréciation porte donc sur près d'une trentaine d'établissements. Au surplus, il convient de noter que 77 juridictions n'ont pas indiqué avoir recours à une structure de médecine légale, alors qu'elles ont des besoins en la matière. Huit ressorts de cour d'appel en seraient ainsi totalement dépourvus. Ces résultats n'apparaissent guère cohérents.

Toutefois, le problème ne se pose pas dans les mêmes termes pour la pratique des autopsies et pour la médecine légale du vivant.

S'agissant des « centres d'autopsies », leur identification est relativement simple dans la mesure où le critère de reconnaissance - la pratique d'autopsies - ne souffre guère de discussion. La notion de structure se confond ici, physiquement, avec l'existence de locaux dédiés. Encore convient-il d'abandonner toute idée de faire une quelconque distinction entre les centres d'autopsie qui constitueraient de véritables services organisés de médecine légale et les autres.

S'agissant de la médecine légale du vivant, le caractère fuyant de la notion de structure n'est sans doute pas étranger à la fluctuation dans le temps des comptages effectués. Alors que les juridictions avaient déclaré 50 U.M.J. en 2002 à la suite de l'enquête conjointe de la D.H.O.S. et la D.A.C.G., elles identifient aujourd'hui, selon l'enquête de la mission, 78 structures pratiquant la médecine du vivant, ce qui représente une augmentation, improbable, de près de 60 % en trois ans.

Mais, quel que soit le comptage retenu, l'implantation des structures apparaît des plus disparates, qu'il s'agisse de l'implantation de celles assurant la médecine légale de proximité (médecine légale du vivant et levées de corps) ou de l'implantation des centres d'autopsies.

3.1.2.2 Les disparités affectant les structures assurant la médecine légale du vivant et les levées de corps

Même si l'on retient le nombre de 78 structures assurant, exclusivement ou non, la médecine légale du vivant et, le cas échéant, les levées de corps - évaluation haute correspondant au nombre déclaré par les juridictions, avec les incertitudes signalées -, plus de 100 T.G.I. implantés dans 22 départements ou collectivités ne comptent aucune structure assurant la médecine légale du vivant dans leur ressort (cf. tableau 4, annexe 3-2). Au surplus, toutes les structures ne peuvent être placées sur le même plan. Il y a en effet peu à voir entre l'U.M.J. d'une grande ville constituée en service autonome et permanent et telle petite structure, se confondant pratiquement avec le service des urgences, où se pratiquent chaque année quelques dizaines d'examens de victimes d'infraction pendant certains créneaux horaires. Les disparités sont telles que la simple indication de l'implantation des structures déclarées ne peut donner qu'une image biaisée de la réalité.

La disparité de l'activité des structures est en effet au moins aussi importante que la disparité de leur implantation. Selon l'enquête effectuée par la mission, un peu plus de 50 structures seulement effectuent des examens gynécologiques médico-légaux, un peu moins de 40 disposent de la possibilité d'effectuer des examens radiologiques et entre 20 et 30 seulement répondent aux demandes d'examens psychiatriques ou psychologiques.

3.1.2.3 Les disparités concernant les centres d'autopsie

a) Une tendance à la concentration laissant subsister de très importantes disparités

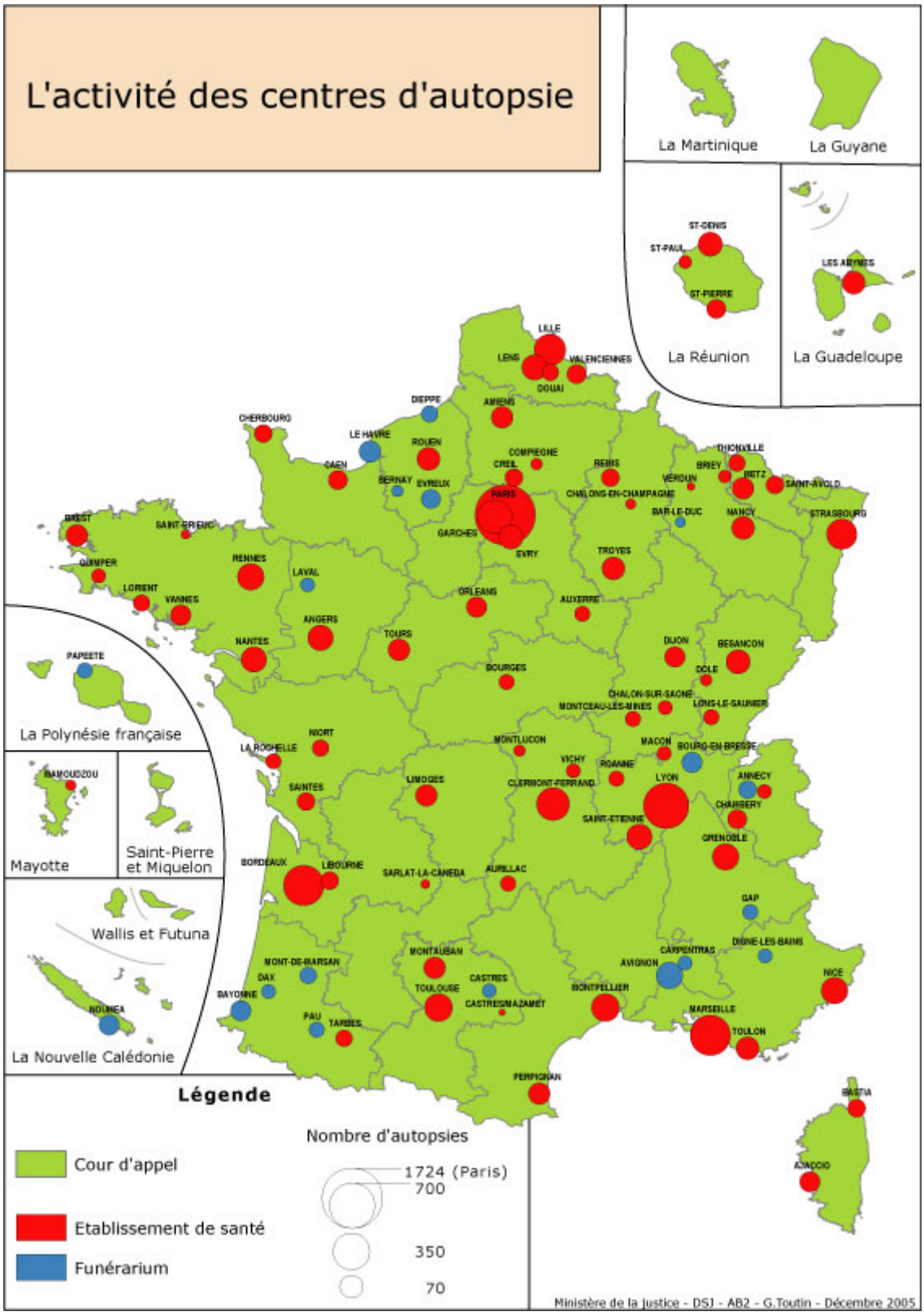
S'agissant de la thanatologie, 75 centres d'autopsies ont été recensés dans les structures hospitalières ou dans des I.M.L. et 19 dans des funérariums. L'enquête auprès des juridictions confirme leur concentration relative : 42 juridictions ont recours à 27 structures ayant une activité exclusivement thanatologique et 45 ont recours à 38 structures ayant une activité de médecine légale tant thanatologique que du vivant.

En revanche, on constate une très forte disparité dans l'activité, que l'on considère le nombre d'autopsies réalisées par chaque centre ou le nombre d'autopsies prescrites par chaque juridiction (cf. cartes ci-dessous et tableau 6, annexe 3-2). Ainsi, 34 % de centres d'autopsies réalisent moins de 20 autopsies par an, 28 % entre 20 et 50, 34 % entre 50 et 400 et 4 % plus de 400. De même, 37 % des juridictions prescrivent moins de 20 autopsies par an, 38 % entre 20 et 50, 24 % entre 50 et 400 et 1 % plus de 600 (cf. graphiques et tableau, annexe 4-2, § IV).

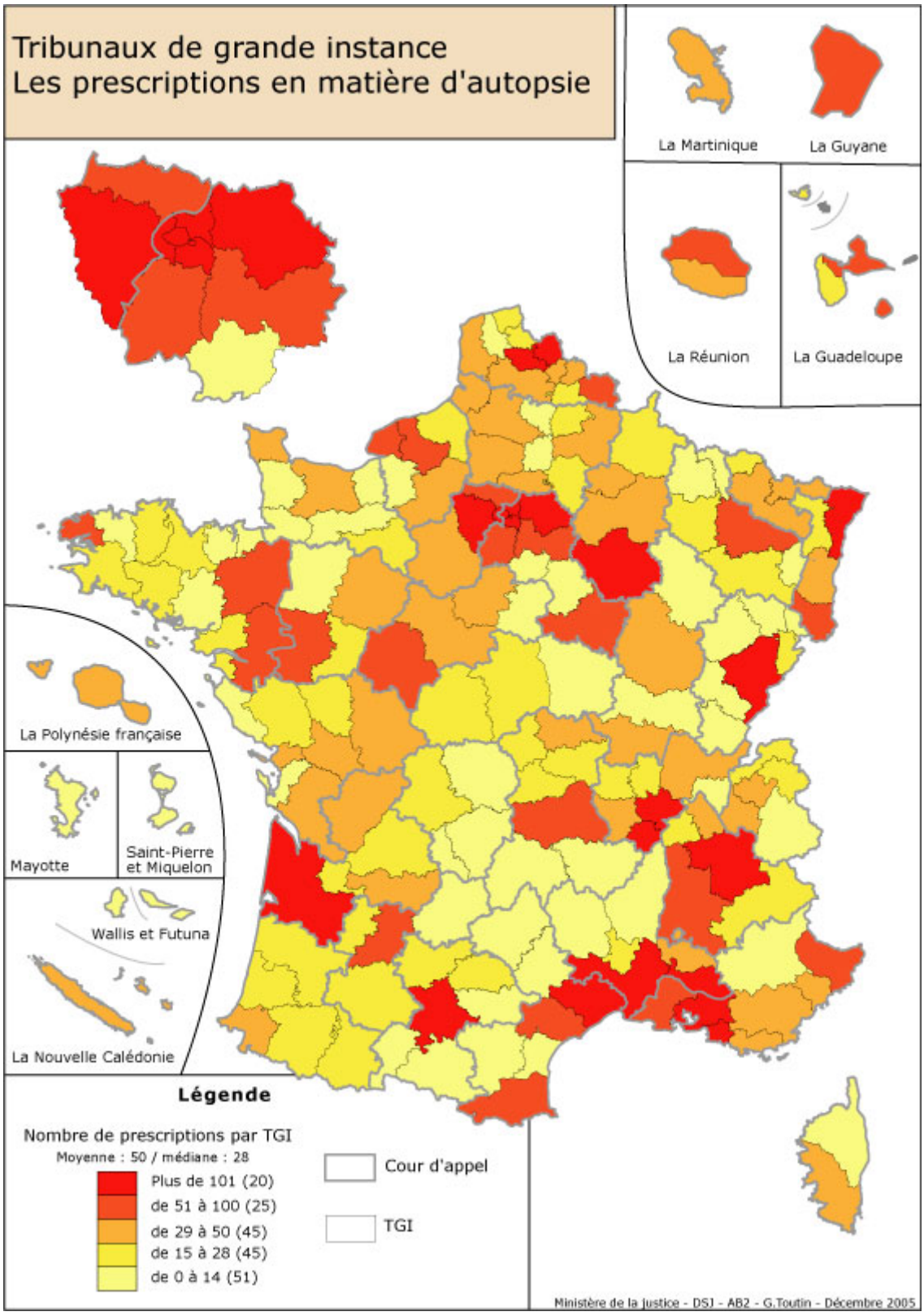
Cette disparité ne s'explique pas uniquement par des raisons objectives, mais également par des pratiques très variables, déterminées pour partie par la plus ou moins grande proximité d'un centre d'autopsie performant. Il suffit de rapporter le nombre d'autopsies au nombre d'homicides volontaires ou encore de calculer la proportion d'autopsies par rapport au nombre annuel de décès pour constater que le « taux d'autopsie » varie considérablement d'un département à l'autre, comme le font apparaître les quelques exemples ci-dessous extraits d'un tableau établi par la mission, à partir des éléments fournis par l'INSEE et le ministère de l'intérieur (cf. tableau 1, annexe 3-2).

Disparité du taux d'autopsie (2004)

Département	Nombre d'autopsie pour un homicide volontaire	Pourcentage des décès suivis d'une autopsie
Paris	33	4,44
Bas-Rhin	25	1,75
Gironde	21	3,44
Haut-Rhin	11	2,46
Dordogne	11	1,31
Nord	9	1,86
Indre	8	0,99
Bouches-du-Rhône	6	3,03
Cher	6	0,60
Moselle	5	1
Ardèche	3	0,32
Haute-Savoie	2	0,34
Aude	1,78	0,46



N.B. :1) La rubrique établissement de santé englobe les IML ; 2) L'A.R.H. de la Martinique n'a pas répondu au questionnaire de la mission.


Tribunaux de grande instance
Les prescriptions en matière d'autopsie
La Martinique
La Guyane
La Réunion
La Guadeloupe
La Polynésie française
Mayotte
Saint-Pierre et Miquelon
Wallis et Futuna
La Nouvelle Calédonie
Légende
Nombre de prescriptions par TGI
Moyenne : 50 / médiane : 28
Plus de 101 (20)
de 51 à 100 (25)
de 29 à 50 (45)
de 15 à 28 (45)
de 0 à 14 (51)
Cour d'appel
TGI
Ministère de la Justice - DSJ - AB2 - G.Toutin - Décembre 2005

b) Les objections suscitées par le maintien de centres d'autopsies ayant une faible activité

Tous les médecins légistes rencontrés par la mission, et, notamment le professeur Debout, président de la collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires et le professeur Gosset, président de la société de médecine légale et de criminologie de France consultés par la mission ont souligné la nécessité de concentrer davantage la pratique des autopsies, faisant valoir qu'en dessous d'un certain seuil d'activité, un médecin légiste ne pouvait acquérir et entretenir une compétence suffisante. La fixation de ce seuil varie selon les interlocuteurs, la pratique de 50 autopsies par an paraissant toutefois constituer une exigence minimum. Quoi qu'il en soit, la situation actuelle n'est pas satisfaisante : sur 174 médecins recensés par l'enquête effectuée auprès des E.P.S., 39 font 5 autopsies par an ou moins et 76 en font 15 ou moins, 45 seulement en faisant 40 ou plus. Certes, la faible pratique de certains médecins n'est pas nécessairement liée à la faiblesse de l'activité globale du centre d'autopsie : tout en œuvrant dans un centre ayant une forte activité, un médecin peut effectuer peu d'autopsies. Il est toutefois certain que les centres les plus modestes ne permettent pas une organisation du service garantissant un minimum d'activité et qu'ils présentent en outre l'inconvénient de placer les médecins dans une situation d'isolement préjudiciable à l'entretien et au développement des connaissances.

Mais au-delà de considérations tenant à la qualité de l'acte, cette exigence d'activité a été justifiée par des raisons financières et de sécurité sanitaire, au demeurant intimement liées. En effet, le coût d'installation et de fonctionnement d'une salle d'autopsie répondant aux normes sanitaires est tel, qu'il ne peut être équilibré que si une activité relativement soutenue est garantie. On retrouve ici une logique proche de celle qui a présidé à la restructuration de bien des services hospitaliers au cours de ces dernières années.

Consultés sur une éventuelle concentration, magistrats, policiers et gendarmes l'ont globalement approuvée, manifestant fortement leur souhait de voir effectuer des autopsies de qualité pouvant éviter des contestations débouchant parfois sur des compléments d'autopsies ou des contre-autopsies, lorsqu'ils sont encore possibles. Certains ont cependant appelé l'attention de la mission sur trois inconvénients possibles d'un tel regroupement :

- l'accroissement des frais de transports de corps ;

- l'accroissement des déplacements pour les OPJ ou les magistrats devant, ou souhaitant, assister à l'autopsie ;

- le risque de démobiliser certains médecins chargés des levées de corps en les éloignant du centre d'autopsie et donc en rendant plus compliquée leur éventuelle participation à celle-ci.

Toutefois, globalement, pour les uns et les autres, l'exigence de qualité l'emporte sur des objections qui doivent au demeurant être tempérées. En effet, d'ores et déjà de nombreuses juridictions font transporter les corps dans des centres d'autopsie très éloignés et parfois même peut-être trop éloignés faute d'une organisation rationnelle.[44] Ensuite, il paraît possible de prendre toute disposition utile permettant la présence d'un OPJ exerçant ses fonctions au lieu de l'autopsie chaque fois que celle de l'OPJ en charge de l'enquête ou de

[44] A titre d'exemple, le tribunal de Sens fait effectuer ses autopsies à l'I.M.L. de Paris.

l'exécution de la commission rogatoire ne s'avèrera pas indispensable. S'agissant de la présence des magistrats, il semble que dans de nombreux ressorts, elle soit aujourd'hui assez rare. En cas de concentration des autopsies, elle ne serait en tout état de cause pas impossible. Enfin, il va de soi que la concentration des autopsies doit s'accompagner de mesures appropriées afin de maintenir un lien étroit entre le médecin ayant procédé à l'examen du cadavre et celui chargé de l'autopsie.

3.1.3 La disparité dans la dénomination et l'organisation des structures

3.1.3.1 La dénomination des structures

La très grande diversité des appellations des structures médico-légales a déjà été relevée par de précédentes études. L'appellation de « consultation médico-judiciaire d'urgence » « labellisée » par la circulaire du 27 février 1998 est loin de s'être imposée. Sans prétendre à l'exhaustivité, il n'est pas inutile de donner un aperçu de la diversité des appellations utilisées, indice de l'éclatement et du peu d'encadrement du dispositif. Ont ainsi été créés des « unités », « services », « permanences », « département », « consultations » ou « pôles » qui, selon le cas, sont « médico-judiciaires », « médico-légaux » ou encore « de médecine légale » ou « de victimologie ». L'appellation « Institut médico-légal » qui devrait être réservée aux instituts universitaires, est en réalité également employée pour désigner des structures en forme associative.

3.1.3.2 L'organisation des structures

La disparité dans l'organisation des structures est également un trait caractéristique du dispositif actuel. Il est inutile de revenir ici sur celle concernant le respect des règles d'hygiène et de sécurité (*supra*, 2.3.2.2), la nature et l'intensité de l'activité médico-légale exercée (*supra*, 3.1.2) ou la diversité du contenu des conventions (*supra*, 2.2.3.3), ces sujets ayant déjà été évoqués. Quelques illustrations complémentaires peuvent être données ici concernant la médecine légale du vivant en évitant de se perdre dans un inutile détail.

La disparité se manifeste tout d'abord dans les installations. Les structures pratiquant des examens de victimes ne disposent pas toutes de locaux dédiés. En outre, n'y ont pas toujours été aménagés, loin s'en faut, des circuits distincts assurant la séparation agresseurs/victimes ou adultes/enfants ou encore des pièces comportant un matériel audio-visuel permettant l'audition de mineurs en application de l'article 706-52 du Code de procédure pénale.

Par ailleurs, selon la taille de la structure, celle-ci ne dispose pas toujours de médecins y étant spécialement affectés et d'un secrétariat propre assurant, notamment, la prise des rendez-vous et la dactylographie ou la mise en forme des rapports.

Les modes d'intervention peuvent varier considérablement. Certains médecins attachés aux structures se déplacent pour procéder aux examens des personnes placées en garde à vue. D'autres procèdent à ces examens au sein de l'établissement hospitalier, le plus souvent au service des urgences. Dans certains cas, les victimes sont examinées en « temps

réel ». Dans d'autres, l'examen a toujours lieu sur rendez-vous. Une permanence n'est assurée que lorsque le nombre de médecins disponibles le permet etc.

Enfin, l'articulation avec l'aide psychologique, juridique et sociale devant être apportée aux victimes est assurée dans des conditions diverses. Dans certains cas, aucune disposition particulière n'est prise. Mais la nécessité d'éviter à la victime un « *parcours du combattant* » a été mise en avant par de nombreux chefs de parquet et se traduit, soit dans les conventions instituant l'unité médico-judiciaire, soit dans des conventions séparées.[45] Des procédures sont alors mises en place afin d'éviter de multiplier les auditions et les examens - surtout lorsqu'il s'agit de mineurs - et afin de faciliter l'accès de la victime à une association ou à des travailleurs sociaux pouvant lui apporter un soutien matériel et moral. L'un des dispositifs les plus sophistiqués est indiscutablement celui mis en place au C.H.U. de Bordeaux où coexistent deux structures : l'unité médico-judiciaire et le Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Agression (CAUVA) institué par une convention en date du 30 novembre 1999 conclue entre les chefs de cour et le directeur général du C.H.U.

3.1.4 L'existence de pratiques ou de modes d'organisation pouvant susciter des interrogations

Parmi les pratiques disparates pouvant être observées, il en est certaines qui peuvent susciter des interrogations. Ainsi en est-il, d'une part, de l'établissement de liens entre les services de médecine légale et les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et, d'autre part, des conditions de conservation et de destruction des prélèvements corporels et, enfin, de la pratique d'examens médico-légaux sans réquisitions préalables.

3.1.4.1 L'établissement de liens entre les services de médecine légale et les UCSA

Selon les réponses au questionnaire adressé par la mission aux juridictions, dans environ 23 % des établissements pénitentiaires disposant d'une UCSA, les médecins attachés à celle-ci effectuent au moins occasionnellement des constats médico-légaux au sein de l'établissement. Par ailleurs, l'enquête effectuée auprès des E.P.S. a fait apparaître que, dans 15 établissements, unité de médecine légale et UCSA étaient regroupées au sein d'un même service. Après avoir rappelé brièvement ce que sont les UCSA, il convient de s'interroger sur l'opportunité, voire la régularité de la participation des médecins de cette unité à l'exercice de la médecine légale.

a) Présentation des UCSA

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a posé le principe du rattachement aux missions du service public hospitalier de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, leur permettant ainsi d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés à l'ensemble de la population (cf. art. L. 6112-1 CSP). En application de ce nouveau principe, a été prévue la création, dans chaque établissement pénitentiaire, d'une UCSA dont l'organisation est régie par les dispositions réglementaires du

[45] cf. par ex. convention signée par l'AP-HP le 18 mai 2005 avec le Comité de liaison de l'Aide aux victimes en Ile de France (CLAVIF) ou celle signée à Angers le 21 février 2005 par les représentants de la justice, du centre hospitalier, du conseil général et des services de police et de gendarmerie.

Code de la santé publique et du Code de procédure pénale (cf. art. R. 6112-14 et s. CSP ; D. 368 et s. CPP). Un guide méthodologique élaboré conjointement par le ministère de la santé et le ministère de la justice, mis régulièrement à jour, décrit minutieusement cette organisation[46]. Pleinement intégrée à l'organisation de l'établissement de santé, l'UCSA constitue une structure hospitalière de droit commun : unité ou service, intégré ou non dans un département, une fédération. Elle assure les consultations de médecine générale ou fait intervenir des spécialistes en disposant le cas échéant d'un plateau technique sur place autorisant certaines investigations, s'appuie sur le plateau technique lourd de la structure hospitalière et travaille en réseau. En outre, elle a pour mission de préparer l'accueil et la prise en charge des détenus dans un centre hospitalier lorsque leur état de santé l'impose, d'assurer des actions de prévention et d'organiser des relais sanitaires à la sortie.

Les modalités précises de fonctionnement de chaque UCSA sont fixées par un protocole signé par le directeur de l'A.R.H., le directeur régional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, après avis du conseil d'administration (art. R. 6112-16 CSP). L'unité est installée en détention, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par l'administration pénitentiaire qui en assure la maintenance. Composée de personnels hospitaliers, l'équipe est placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier ou du praticien hospitalo-universitaire responsable de l'unité. L'effectif minimum des personnels nécessaires en équivalent temps plein a été fixé par une grille indicative annexée au guide méthodologique précité[47]. Qu'ils soient médicaux ou non médicaux, les personnels appelés à intervenir au sein de l'UCSA doivent être spécialement habilités. L'habilitation est délivrée, après enquête administrative, par le ministre de la justice ou le directeur régional de l'administration pénitentiaire selon que les personnels exercent à temps plein ou à temps partiel. Accordée pour une période de cinq ans renouvelable par tacite reconduction, elle peut être suspendue ou retirée en cas de manquements graves aux règlements pénitentiaires ou en cas de condamnation pénale.

b) Exercice de la médecine légale par les médecins des UCSA

L'article D. 382 du CPP dispose expressément que les médecins intervenant au sein des UCSA « délivrent au détenu, à sa demande, des certificats ou attestations relatifs à son état de santé » et qu'ils « lui fournissent les attestations ou documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la sécurité sociale, et, notamment, de ceux prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ». Il ressort de ces dispositions que, lorsqu'un détenu se disant victime de violences ou d'un accident leur en fait la demande, les médecins peuvent lui remettre un certificat constatant l'existence des lésions et évaluant la durée de l'ITT qui en résulte. Présentant ces dispositions, le guide méthodologique élaboré conjointement par les ministères de la santé et de la justice envisage d'ailleurs expressément la délivrance de « certificats pour coups et blessures » (§ III-1.2.2.1.2). Il appartient alors au détenu, à qui le certificat est remis personnellement, d'apprécier l'opportunité de le produire dans une instance judiciaire ou à l'appui d'une plainte.

[46] Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (septembre 2004) actualisé par la circulaire n° 27 D.H.O.S./D.G.S./D.S.S./DGAS/DAP du 10 janvier 2005.

[47] Il s'agit de la grille de référence indicative ayant servi de base à l'octroi des moyens aux établissements de santé dans le cadre de la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé dans les établissements pénitentiaires du programme 13000. Elle a été modifiée par la circulaire précitée du 10 janvier 2005.

Il paraît, en revanche, plus difficile d'admettre qu'un médecin de l'UCSA puisse procéder au sein de l'établissement pénitentiaire, à des constats médico-légaux sur réquisition d'un magistrat ou d'un officier de police judiciaire.

Certes, indiscutablement, une telle manière de procéder a l'avantage de la commodité et de la simplicité. Comme cela a été indiqué par plusieurs interlocuteurs de la mission, les contrôles en vigueur à l'entrée des établissements et l'éloignement géographique de certains d'entre eux, imposent fréquemment au médecin venant de l'extérieur d'importants déplacements et un temps d'attente que ne rémunèrent pas les honoraires et indemnités versés au titre des frais de justice. Par ailleurs, il va de soi que, compte tenu des moyens qu'elle mobilise et des problèmes de sécurité qu'elle pose, l'extraction du détenu aux fins d'examen dans un centre hospitalier ou un cabinet médical est exclue si elle n'est pas justifiée par l'état de santé de l'intéressé.

Cela étant, sans méconnaître l'importance de ces préoccupations d'ordre matériel, certaines interrogations d'ordre déontologique ou éthique militent au contraire en faveur d'une stricte séparation entre les activités de médecine légale et la mission sanitaire confiée aux médecins intervenant dans les UCSA. L'acuité des ces interrogations et la nécessité d'y apporter une réponse ont d'ailleurs déjà été soulignées dans un précédent rapport commun de l'IGAS et de l'IGSJ[48].

Il convient tout d'abord de rappeler qu'aux termes de l'article 105 du Code de déontologie médicale «nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade ». Comme l'énonce d'ailleurs le guide méthodologique déjà évoqué, il est en conséquence interdit au médecin de l'UCSA « de pratiquer une expertise médicale sur la personne détenue qu'il traite ou qu'il a traitée ». Le même guide précise de la manière la plus claire qu'en cas de « désignation par une autorité judiciaire ou par un organisme, il doit faire part de cette impossibilité à la personne qui l'a désigné ».

Mais au-delà de cet interdit, qui ne s'impose que dans le cas où le médecin désigné a été également médecin traitant de la personne détenue, on peut se demander si les spécificités de l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire et, notamment, la dépendance dans laquelle se trouvent placés les détenus à l'égard du personnel soignant de l'UCSA, ne devraient pas exclure purement et simplement qu'il soit fait appel à celui-ci pour effectuer des constats ou examens médico-légaux.

En effet, même si ces médecins ne sont d'aucune manière subordonnés à l'administration pénitentiaire, on ne peut ignorer qu'ils sont habilités par elle. De plus, œuvrant au sein de l'établissement pénitentiaire, ils sont en relation constante avec le personnel de celui-ci. Quelle que soit la rigueur déontologique dont ils peuvent faire preuve, ces circonstances sont indiscutablement de nature, aux yeux des tiers, à faire naître le doute sur l'objectivité de leurs constats. Or, lorsqu'un incident survient dans un établissement pénitentiaire, il importe que les investigations effectuées présentent une apparence de parfaite neutralité afin de ne pas nourrir la suspicion, souvent affleurante dans ce milieu fermé et sensible, que l'administration aurait cherché à empêcher la manifestation de la vérité. On imagine sans mal, par exemple, l'embarras dans lequel pourrait se trouver placé le médecin de l'UCSA qui serait requis pour apprécier la réalité et l'importance des blessures subies par un détenu alléguant avoir été frappé par un surveillant.

[48] Rapport d'évaluation sur l'organisation des soins aux détenus déposé en juin 2001 (cf. spéc. § 2.2.1.1. et 4.1.5).

Au demeurant, le fait de confier aux personnels soignants de l'UCSA des missions de médecine légale n'est pas seulement de nature à faire suspecter l'objectivité de leurs constats. Il est également susceptible d'affecter la confiance devant fonder leur relation avec les personnes détenues. En effet, comme le relève, là encore, le guide méthodologique précité, cette confiance est garantie avant tout par « l'indépendance des médecins vis-à-vis des autorités judiciaires et pénitentiaires ». Or, cette indépendance pourra apparaître altérée si les médecins sont systématiquement désignés pour effectuer les examens médico-légaux utiles à la conduite d'une enquête ou d'une information relative à des faits délictueux ou criminels commis au sein de l'établissement.

En raison de ces objections d'ordre déontologique, la totalité des magistrats du ministère public et des représentants de l'administration pénitentiaire entendus par la mission, se sont déclarés opposés à ce que des missions de médecine légale soient confiées aux médecins de l'UCSA. Selon la formule du procureur de la République de Marseille, « la médecine de soins intégrée en milieu pénitentiaire est incompatible avec la médecine légale ».

En revanche, il n'apparaît pas à la mission que des obstacles d'ordre déontologique s'opposent à un regroupement de l'unité de médecine légale et de l'UCSA dans un même service, dès lors que l'activité médico-légale est exercée par les médecins appartenant à celle-ci exclusivement à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire. Cette mutualisation des compétences est d'ailleurs souvent, pour les structures concernées, une condition de leur fonctionnement.

3.1.4.2 L'absence de suivi des prélèvements corporels

S'agissant du suivi des prélèvements corporels, la mise en place de dispositifs de contrôle est abandonnée aux autorités locales. Or, seulement 30% des juridictions ont déclaré avoir donné des instructions à cet effet, 60 % ayant indiqué n'avoir pris aucune disposition particulière et 10% n'ayant pas répondu. Ces réponses concordent avec celles apportées à la même question posée aux E.P.S. Seulement 20 établissements ont indiqué avoir reçu des instructions de la justice aux fins de gestion de la conservation et de la destruction ou du « rendu » des prélèvements ou des corps.

Lors de ses visites dans les morgues hospitalières, la mission a pu se rendre compte des difficultés pratiques et des coûts indus engendrés par cette négligence. Des pièces entières parfois conçues pour un tout autre usage – tel un amphithéâtre – sont ainsi remplies de bocaux de formol où se trouvent conservés des prélèvements anatomiques. Certains établissements doivent multiplier les armoires frigorifiques pour accueillir des prélèvements toujours plus nombreux. La mission a constaté ponctuellement la présence de corps conservés depuis de nombreuses années, sans que l'utilité d'une telle conservation apparaisse avec évidence, une inhumation paraissant envisageable après réalisation de l'autopsie, des prélèvements et des analyses nécessaires.

En outre, seulement 25 établissements disposent de protocoles organisant la transmission des prélèvements aux laboratoires d'analyse.

Enfin, la mission a pu constater que, très fréquemment, les prélèvements biologiques étaient conservés sans être placés sous scellés. Une telle pratique s'explique parfois par le fait qu'ils ont été effectués, à titre conservatoire, en dehors de toute procédure judiciaire, dans l'intérêt de la victime. Mais, très fréquemment, l'absence de placement sous scellé s'explique par des raisons de pure commodité ou encore par les incertitudes entourant l'objet de la demande du magistrat ou de l'OPJ. Au-delà des interrogations d'ordre juridique qu'elle peut susciter, cette manière de procéder pose de sérieux problèmes de gestion. En effet, en l'absence de placement sous scellés, aucune rémunération n'est due pour les frais de conservation et aucune instruction ne peut être donnée par l'autorité judiciaire aux fins de destruction. La problématique est un peu la même s'agissant des examens médico-légaux pratiqués sans réquisitions préalables.

3.1.4.3 La pratique d'examens médico-légaux sans réquisition préalable

Selon l'enquête de la mission auprès des E.P.S., les examens médico-légaux effectués « spontanément » à la demande de la victime, sans réquisition ou ordonnance préalable représentent 20 % des examens aux fins d'évaluation de l'ITT. En l'absence de demande formelle de l'autorité judiciaire ou de la police judiciaire, de tels examens ne sont pas financés aujourd'hui au titre des frais de justice. Ils ne peuvent l'être davantage – du moins en théorie - par l'assurance maladie, dès lors qu'ils ne constituent pas des soins. Bien qu'ils aient pu être favorisés par l'ambiguïté de certaines circulaires (*supra*, 2.2.2.2), ils doivent être strictement cantonnés.

Deux situations sont en réalité à distinguer. Lorsqu'une victime a porté plainte ou souhaite porter plainte ou encore lorsque la gravité des faits justifie que le parquet ou, en flagrance, les OPJ ouvrent d'office une enquête, l'examen médical doit être effectué sur réquisition à condition, bien entendu, que les enquêteurs ou le ministère public l'estiment utile à la manifestation de la vérité, ce qui n'est pas nécessairement le cas. En revanche, lorsque la victime n'entend pas porter plainte mais souhaite néanmoins que des constats médico-légaux soient effectués à titre conservatoire, la délivrance d'une réquisition n'a pas lieu d'être dès lors que, le parquet n'ayant pas jugé opportun des investigations d'office, la démarche de l'intéressé se situe en dehors de toute procédure judiciaire. Il en est de même lorsqu'une plainte a été déposée mais que l'examen apparaît inutile.

Il importe toutefois de veiller à ce que ces principes soient correctement appliqués. D'une part, la police judiciaire, tenue de recevoir les plaintes déposées par les victimes d'infractions (art. 15-3 CPP), ne doit pas subordonner la réception de ces plaintes à la production d'un certificat médical. D'autre part, dès lors que la plainte a été déposée, les examens médicaux sollicités par la police judiciaire en vue de la manifestation de la vérité, qui constituent alors des actes d'enquête, doivent être requis dans les formes prévues par la loi et pris en charge au titre des frais de justice. La mission a pu constater au cours de ses déplacements que ces règles étaient parfaitement intégrées par les représentants des services de police et de gendarmerie, même si certains d'entre eux ont admis s'en affranchir en matière de violences légères. Il importe donc de veiller à une orientation correcte des victimes ou, le cas échéant, lorsque celle-ci est accueillie en urgence au centre hospitalier dans un état grave, d'obtenir rapidement la délivrance d'une réquisition selon des procédures inspirées de celles mises en œuvre au sein du C.H.U. de Bordeaux. A cet égard, 48% des parquets indiquent que des instructions ont été données aux services d'enquête aux fins de requérir un examen médical des victimes préalablement à l'envoi de la procédure au ministère public.

Le respect scrupuleux des procédures ne règle pas cependant la question du financement des examens effectués sans réquisitions préalables, qui, on l'a vu, ne peuvent totalement disparaître. Il est apparu choquant à la plupart des interlocuteurs de la mission que le coût de ces examens soit laissé à la charge de la victime. Une telle solution étant, de fait, socialement peu admissible, il importe de trouver une source de financement publique.

3.2 Un financement fragile mettant en œuvre des procédures inadaptées

3.2.1 Un financement sur frais de justice imparfait et donnant lieu à des aménagements tarifaires exposant à des contestations

3.2.1.1 Des tarifs souvent anciens et insuffisants

La tarification des actes de médecine légale est, depuis 1979[49], déterminée par référence aux tarifs conventionnels d'honoraires fixés en application de l'article L.162-15-2 du Code de la sécurité sociale.

Les articles R.117 à R.120 et R.120-2 du Code de procédure pénale indiquent pour chaque acte de médecine légale une lettre-clé et un coefficient. Le montant des honoraires est le produit de la valeur de la lettre clé fixée conventionnellement et du coefficient (annexe 9).

Ainsi, et à titre d'exemple, les principaux honoraires applicables aux actes de médecine légale sont-ils les suivants [50] :

Nature de l'acte		Mode de calcul	Honoraires (€)
Visite comportant un ou plusieurs examens et le dépôt d'un rapport (visite en garde à vue)		C 2,5 x 20	50
Visite comportant un ou plusieurs examens d'une victime, la fixation du taux d'incapacité et le dépôt d'un rapport		C 3,5 x 20	70
Transport sur les lieux et description du cadavre	Par un expert autre que celui appelé à procéder à l'autopsie	C 2,5 x 20	50
	Par l'expert appelé à procéder à l'autopsie	C 1,5 x 20	30
Autopsie	Avant inhumation	Cs 6 x 23	138
	Après exhumation ou cadavre putréfié	Cs 10 x 23	230
	Nouveau-né avant inhumation	Cs 3 x 23	69
	Nouveau-né après exhumation ou putréfié	Cs 5 x 23	115

[49] Décret n° 79-235 du 19 mars 1979.
[50] Pour l'intégralité des tarifs de médecine légale, voir annexe 8. La valeur de la lettre-clé est déterminée au regard des tarifs prévus par la convention nationale U.N.C.A.M./syndicats de médecins signée le 12 janvier 2005 et applicable à compter du 1er mars 2005.

La lettre-clé et le coefficient sont inchangés depuis 1979, sauf pour les expertises médico-psychologiques, psychiatriques et psychologiques, (art R .117, 7° à 10 ° et art R. 120-2) pour lesquelles ils ont été redéfinis par le décret n° 99-2003 du 18 mars 1999.

Les seules revalorisations dont bénéficient les honoraires de médecine légale sont donc celles liées à la revalorisation de la valeur de la lettre clé.

Les interlocuteurs rencontrés par la mission, tant du côté judiciaire que du côté santé, ont tous insisté sur l'insuffisance de ces tarifs[51], particulièrement pour les autopsies, difficulté déjà relevée par les rapports du C.S.M.L. de 1998 et du professeur Jardé de 2003. Cette situation a favorisé le développement de pratiques diverses de contournement des textes ou même totalement dérogatoires, destinées à pallier l'inadéquation du tarif actuel.

3.2.1.2 Des aménagements tarifaires en marge de la réglementation

Les marges d'appréciation laissées par le Code de procédure pénale sont ainsi très largement utilisées pour majorer les honoraires : nomination de deux experts alors que l'autopsie n'est réalisée que par un seul, ce qui, selon certains médecins légistes, serait une pratique répandue surtout en province (60% des juridictions recourent à un binôme de médecins légistes), présentation du cadavre comme putréfié à seule fin d'appliquer un tarif supérieur. A cet égard, des divergences d'appréciation des médecins légistes rencontrés sur la qualification de cadavre putréfié ont pu être observées, certains considérant que le moindre signe de putréfaction peut être retenu, tandis que d'autres n'appliquent cette qualification qu'en cas d'état de putréfaction avancée. L'enquête auprès des juridictions a mis en évidence que le tarif de 230 € relatif aux autopsies de cadavres putréfiés était appliqué à près de la moitié des autopsies, prescrites par seulement un tiers des juridictions.

Par ailleurs, et du fait de l'insuffisance notoire des frais de justice tels que tarifés par le Code de procédure pénale, notamment au regard du financement des structures de médecine légale (secrétariat, locaux, matériel …) et alors que ces tarifs réglementaires sont censés couvrir l'intégralité du coût des prestations assurées, on assiste depuis plusieurs années au développement d'une **pratique visant à payer de manière indépendante les prestations annexes à l'acte médico-légal**. C'est particulièrement vrai en matière d'autopsie, même si quelques cas ont pu être relevés pour les structures de médecine légale du vivant.

Les montants facturés, fondés sur les conventions passées entre les tribunaux et les structures de médecine légale, et qui concernent un nombre de juridictions et d'E.P.S. somme toute limité[52], sont totalement disparates dans leurs quantums et quant à la nature des prestations couvertes. Il est ainsi apparu que l'indemnisation de l'assistant du médecin légiste pouvait varier selon les juridictions de 11,54 à 259,16 €, l'examen du cadavre, le déshabillage et l'examen des vêtements de 27 à 111€, la mise à disposition de la salle et du matériel d'autopsie de 11,6 à 263 €, les frais de dépôt de corps de 15 à 320 €. Parfois sont appliqués des forfaits globaux pour les frais de dépôt de corps et les autopsies dont le montant varie de 160 à 350 €. Ces dépenses sont payées au titre des frais de justice sur le fondement de l'article

[51] Seul le tarif des examens des personnes gardées à vue apparaît, de l'avis général, satisfaisant.

[52] Moins d'un tiers des conventions recensées comportent des dispositions de ce type et moins de 15 % des juridictions semblent concernées. L'enquête auprès des E.P.S. fait ressortir que la justice prend en charge pour 14 établissements des frais de structure, pour 4 d'entre eux des frais de conservation des scellés et pour 31 les frais de conservation des corps.

R 92-9° du CPP,[53] correspondant à la rubrique très compréhensive « dépenses diverses de travaux techniques ».

Enfin, il faut souligner, et même si cela reste relativement exceptionnel, que les honoraires versés aux médecins sont parfois majorés, soit d'un montant forfaitaire défini ou non sur une base horaire, soit d'une indemnité de spécialité et/ou de notoriété, soit encore de majorations pour intervention de nuit, de week-end ou de jours fériés. Ces majorations sont pourtant limitées aux seuls examens et actes prévus par l'article R 117-3° du Code de procédure pénale (dépistage de l'état alcoolique ou de produits stupéfiants), encore que certaines chambres de l'instruction aient pu considérer que, prévues par les tarifs conventionnels d'honoraire, elles devaient s'appliquer à l'ensemble des actes de médecine légale, sur le fondement des dispositions générales de l'article R.116-1 du CPP, non contradictoires avec les dispositions spéciales de l'article R 117[54].

Toutes ces pratiques « tarifaires » sont sous-tendues par des considérations liées à la bonne administration de la justice, qui a besoin de l'intervention rapide de médecins légistes de qualité. C'est au demeurant la justification qui leur est apportée.

Elles n'en sont pas moins contestables. En effet, faute pour certaines d'être explicitement prévues par le Code de procédure pénale, dont les dispositions sont d'interprétation stricte, les comptables du trésor sont totalement fondés à s'opposer au paiement des sommes facturées à ce titre. Telle est, selon les indications données par le procureur général de Riom, la position d'ores et déjà adoptée par le trésorier payeur général de la région Auvergne, lequel, à l'occasion de l'élaboration d'un nouveau projet de convention entre la cour d'appel et le C.H.R.U de Clermont-Ferrand, a indiqué, que faute de support normatif spécifique, il s'opposait au principe même d'une contribution financière de la Justice aux frais de fonctionnement et de personnels du service de médecine légale en Auvergne. Il estime en effet que l'article R.92-9° ne prévoit pas une contribution explicite de la justice au fonctionnement hospitalier.

Avec l'entrée en vigueur de la loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001, des préoccupations du même ordre sont relayées par d'autres cours d'appel (Orléans, Nîmes). En effet, le passage des frais de justice jusque là évaluatifs sous crédits limitatifs, qui s'accompagne de leur ordonnancement sous la responsabilité des chefs de cour d'appel et d'un renforcement des contrôles exercés par les comptables du Trésor, conduisent les cours d'appel à s'interroger sur la régularité de ces pratiques.

3.2.1.3 Des aménagements discutables relatifs à la répartition des sommes dues en application des tarifs

Une diversité de situations est en outre observée s'agissant des modalités de paiement et des bénéficiaires des paiements. 40 % seulement des juridictions payent les frais de justice aux structures, de manière globale et non acte par acte, selon des périodicités variables, mais majoritairement mensuelles. Les reversements d'honoraires aux médecins sont rares. Inversement, les reversements des médecins, bénéficiaires des paiements, aux structures sont plus fréquents, les pourcentages reversés allant de frais forfaitaires de secrétariat à 100 % des

[53] R 92-9° : dépenses diverses de reconstitution, d'exhumation ou de travaux techniques exposés pour l'instruction d'une affaire particulière et pour une enquête préliminaire ou de flagrant délit, à l'exclusion des dépenses de fonctionnement.
[54] Arrêt du 19 novembre 1998 de la chambre d'accusation de la cour d'appel de Montpellier.

sommes perçues. 17 % des juridictions combinent enfin un versement à la structure et un versement aux médecins de la structure, en fonction soit de la nature de la prestation rémunérée, soit du type d'activité, soit encore des horaires de fonctionnement de la structure.

La mise en œuvre de ces dispositifs n'est pas toutefois suffisamment encadrée pour garantir une totale sécurité juridique. Ainsi, s'agissant des rétrocessions d'honoraires perçus par les médecins, la juridiction administrative[55] a jugé qu'une rétrocession d'honoraires imposée à un médecin libéral effectuant une prestation de médecine légale demandée par un établissement hospitalier était contraire au code de déontologie médicale si elle n'est pas la contrepartie d'une facturation des frais avancés par l'hôpital pour l'exercice de son art.

De manière générale, il faut souligner que c'est sans doute sur la question cruciale de leurs dispositions financières que les conventions présentent les disparités les plus manifestes et sont les plus sujettes à critique. Au delà de la question déjà abordée de leur hétérogénéité quant au montant et à la répartition des sommes dues au titre des frais de justice, on observe que la plupart d'entre elles n'évoquent que le financement sur frais de justice, tandis que d'autres, de nature multi-partenariale, citent d'autres sources de financement : collectivités territoriales, fonds privés et même C.P.A.M.

3.2.2 Un financement hospitalier sans base légale ou réglementaire progressivement remis en cause

L'insuffisante prise en charge par la justice du financement des actes médico-légaux prescrits sur réquisition a conduit à une lente dérive financière consistant pour les hôpitaux à faire peser sur leur dotation globale de fonctionnement, pour l'essentiel à la charge de l'assurance maladie, des déficits engendrés par le déséquilibre entre les dépenses engagées pour la réalisation des actes médico-légaux sur réquisition et les recettes perçues au titre des frais de justice pour cette activité.

La réforme du financement des établissements publics de santé (tarification à l'activité) instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, y met fin. Elle s'est traduite en 2005 par la disparition de la dotation globale de fonctionnement. Désormais toute compensation est exclue car les recettes des établissements publics de santé à charge de l'assurance maladie sont attribuées par trois mécanismes nouveaux qui remplacent la dotation globale de fonctionnement :

- La dotation annuelle de financement (DAF) qui finance les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie dans le cadre des ODMCO[56]. Elle est basée sur la production d'actes.

- La dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (M.I.G.A.C.). La liste des M.I.G.A.C. est fixée par les articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue du décret n° 2005-336 du 8 avril 2005. Les structures et activités correspondant à ces missions sont fixées par un arrêté pris en application de l'article D 162-8 du même code. Le

[55] Cour administrative d'appel de Marseille, 6 juillet 2004 (Les Etudes hospitalières. Les fiches de jurisprudence hospitalière, n° 92, 2004).
[56] Objectifs de Dépense de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie.

financement repose sur une dotation nationale répartie en dotations régionales. La médecine légale ne relève pas des activités prises en charge à ce titre.

- La dotation annuelle complémentaire (DAC), qui constitue une allocation de ressources versée de manière transitoire pendant la montée en charge de la réforme du financement des établissements de santé, sous la forme d'une allocation forfaitaire, et dont le montant doit aller en diminuant jusqu'à l'échéance fixée par la loi en 2012. Il s'agit également d'une dotation annuelle nationale répartie en montants régionaux.

Ce nouveau dispositif de financement ne met, bien évidemment, pas fin à la possibilité pour les établissements publics de santé de percevoir « des recettes subsidiaires à l'assurance maladie ».

Il en est ainsi des recettes versées par la justice en règlement des mémoires de frais pour les actes médico-légaux sur réquisition. Celles-ci sont retracées de manière particulière en comptabilité (groupe 3). L'équilibre financier doit toutefois être garanti. Ces recettes doivent ainsi couvrir l'intégralité des frais exposés par l'activité médico-légale : frais de structure, de personnel, consommables etc.

3.2.3 Un équilibre budgétaire globalement non assuré

Sous réserve de l'impossibilité déjà évoquée (*supra*, 2.3.1) tant pour les juridictions que pour les établissements publics de santé de fournir des informations précises et complètes sur le coût des activités médico-légales, on peut estimer, au vu des résultats concordants des enquêtes de la mission, à 12 à 13 M€ le montant des frais de justice perçus par les structures de médecine légale en 2004.

Celles-ci auraient pour la même période exposé des dépenses de fonctionnement s'élevant à 16,4 M€ dont 13 M€ pour les dépenses de personnel (groupe 1). Le déficit théorique enregistré entre les recettes perçues par les établissements et leurs dépenses serait donc d'environ 3,5 M€.

Une grande disparité géographique est, là encore, à observer. En effet, les structures provinciales apparaissent globalement déficitaires, alors que celles de la région parisienne sont globalement bénéficiaires. Ces dernières (hors I.M.L. de Paris) totalisent ainsi des dépenses s'élevant à 5,256 M€ pour des recettes de 5,7 M€, mais avec une situation fortement contrastée entre établissements, l'Hôtel Dieu étant fortement excédentaire, l'hôpital Jean Verdier légèrement déficitaire mais les centres hospitaliers Raymond Poincaré à Garches et Trousseau fortement déficitaires.

3.2.4 Un paiement reposant sur des dispositifs complexes

Un grand nombre d'interlocuteurs rencontrés par la mission ont déploré la lenteur du paiement des frais de justice en matière de médecine légale, en total décalage avec la réactivité exigée par les autorités judiciaires de ses partenaires. On sait bien en effet que la rapidité et la qualité des constatations en médecine légale sont fondamentales dans le processus de l'enquête pénale en ce qu'elle évite un dépérissement des preuves. Il a même été rapporté à la mission qu'une juridiction avait bénéficié de l'assistance d'un autre service de l'Etat pour arriver à des délais de paiement acceptables par les médecins requis.

L'enquête réalisée auprès des juridictions fait ressortir que les délais de paiement sont extrêmement variables (de quelques jours à 18 mois), les fourchettes données par plusieurs juridictions étant elles-mêmes d'une grande amplitude (4 à 12 mois, 10 à 18 mois, 8 jours à 6 mois…). Les réponses apportées, donnent le sentiment que les juridictions n'ont aucune vision précise du délai global de paiement de leurs mémoires de frais, les informations communiquées concernant le plus souvent le temps mis par la régie d'avance à régler les mémoires de frais. Par ailleurs, on constate que la longueur des délais de paiement est sans corrélation avec la taille de la juridiction : le délai de paiement est par exemple le même pour le T.G.I. de Saint Dié et celui de Grasse, qui pourtant règle 8 fois plus de mémoires.

On peut comprendre que cette situation, associée à la faiblesse des tarifs de médecine légale, soit de nature à décourager le corps médical et à le dissuader d'apporter son concours à la justice.

Sans être propre à la médecine légale, la procédure de paiement des frais de justice est en elle-même source de nombreuses lourdeurs. Décrite par les articles R. 222 et suivants du Code de procédure pénale, cette procédure peut être succinctement présentée comme suit :

- Le prestataire requis (partie prenante) établit, normalement pour chaque acte pour lequel il est requis, un mémoire de frais qu'il transmet à la juridiction compétente, accompagné de la réquisition.

- Le mémoire de frais fait ensuite l'objet, selon la nature de la prestation concernée ou son montant, soit d'une certification par le greffier, soit d'une taxation par un magistrat, ayant pour objet de vérifier la régularité de la dépense (exacte imputation de la dépense, réalité de la dette, exactitude du tarif appliqué) et d'arrêter le montant de la dette. La certification est la procédure de droit commun utilisée pour tous les mémoires de faible montant (inférieurs à 152,45 €). Elle s'applique également aux frais listés à l'article R 224-1. Tant la certification par le greffe que la taxation par le juge ont pour effet de rendre le mémoire exécutoire et peuvent donner lieu à des recours.

- Sauf dispositions particulières, le paiement des mémoires certifiés ou taxés est assuré par le régisseur d'avances de la juridiction, lequel exerce au préalable un contrôle sur le service fait, sur l'exactitude des calculs de liquidation, la production des pièces justificatives exigées par les textes et l'application des règles de la prescription. En cas de désaccord sur un mémoire certifié, le régisseur peut demander au ministère public de prendre des réquisitions aux fins de taxe. Le même recours ne lui est pas ouvert

contre l'ordonnance de taxe qui est un acte juridictionnel qui s'impose à lui. Le paiement est réalisé sur l'avance dont dispose le régisseur.

- Le paiement effectué par le régisseur ne devient définitif qu'en l'absence de recours de la partie prenante dans le mois suivant la perception de la somme. Par ailleurs, le comptable du trésor procède à la vérification des pièces de dépenses et reconstitue l'avance du régisseur si les paiements sont réguliers. Le comptable dispose également d'un délai de recours d'un mois à compter du versement de la pièce de dépense entre ses mains par le régisseur : il peut demander au ministère public de saisir la chambre de l'instruction pour voir tranchée la difficulté.

Le passage des frais de justice en crédits limitatifs, au 1er janvier 2006, n'a pas pour effet, faute de modification du Code de procédure pénale, d'alléger ces procédures. Les circuits d'exécution de la dépense se trouvent au contraire complexifiés et les délais allongés, du fait de l'ordonnancement obligatoire de ces dépenses, inhérent à leur caractère limitatif. L'intervention des chefs de cour d'appel, ordonnateurs secondaires conjoints en application du décret du 24 mai 2004, s'intercale ainsi entre le régisseur et le comptable du trésor. En cette qualité, les chefs de cour sont destinataires des pièces de dépenses jusque là transmises directement par les régisseurs de l'ensemble des juridictions de leur ressort au comptable. Ils sont en outre chargés de vérifier la régularité des dépenses effectuées, avant d'émettre les mandats de reconstitution des avances des régisseurs. Le volume très important de pièces de dépenses à vérifier présente le risque de ralentir les reconstitutions des avances et donc d'allonger encore plus les délais de paiement des frais de justice.

Une complexité supplémentaire est introduite dans ce circuit d'exécution de la dépense par l'arrêté du 8 octobre 2004, qui soumet les mémoires de frais de justice d'un montant supérieur à 2.000 € TTC directement à l'ordonnancement secondaire.

3.3 Le cas de la région parisienne

Le Conseil régional de politique pénale réunissant les parquets généraux près les cours d'appel de Paris et de Versailles a, début 2005, placé la médecine légale du vivant au nombre de ses centres d'intérêts, avec l'objectif de dégager, dans ce domaine, des priorités de politique pénale. Une évaluation de l'organisation et du fonctionnement de la médecine légale du vivant au sein de ces deux ressorts a ainsi été engagée, par l'intermédiaire de déplacements de magistrats des deux parquets généraux sur le terrain, complétés par un questionnaire adressé aux parquets concernés[57] dont les réponses ont fait l'objet d'une synthèse (annexe 7). Au vu de ces éléments, les constats suivants peuvent être effectués.

[57] Toutefois, à la date du dépôt du présent rapport, seules les réponses concernant le ressort de la cour d'appel de Paris étaient parvenues et avaient pu être communiquées à la mission pour compléter son information sur la situation de la médecine légale dans la région parisienne.

3.3.1 Le dynamisme de la médecine légale thanatologique

La médecine légale thanatologique est pratiquée par 3 structures, dont le rayonnement excède d'ailleurs les ressorts de Paris et Versailles. Elles concentrent, à elles seules, le quart de l'activité autopsique en France.

3.3.1.1 L'institut médico-légal de Paris

a) Un établissement ancien au statut complexe

L'institut médico-légal de Paris (I.M.L.) est la dénomination donnée au bâtiment municipal situé rue Mazas qui, depuis une convention du 27 avril 1910 ratifiée par une loi du 2 avril 1912, regroupe plusieurs entités :

- l'institut médico-légal proprement dit, rattaché à la faculté de médecine de l'université de Paris et créé en 1903 ;

- une morgue municipale relevant du Préfet de Police, qui exerce à Paris les pouvoirs de police municipale

- un laboratoire de toxicologie relevant du Préfet de Police.

Un arrêté du 20 mars 1924 concernant le service intérieur de l'I.M.L. définit sa mission comme suit : « L'I.M.L. est destiné à recevoir les cadavres trouvés dans le ressort de la Préfecture de Police, lorsque leur identité n'a pas été constatée ou lorsqu'il y a lieu à une expertise médico-légale ou à une confrontation. Les corps des personnes décédées à leur domicile peuvent également y être envoyés aux fins d'autopsie.

C'est en même temps un établissement scientifique comprenant :

1° - Les installations de la faculté de médecine pour l'enseignement de la médecine légale ;
2° - Le laboratoire de toxicologie».

Le même texte rappelle que l'autopsie des corps ne peut avoir lieu que sur l'ordre de l'autorité judiciaire.

En application des articles R. 2512-27, R. 2512-28, R. 2512-29 et R.3421-1 CGCT, les recettes et les dépenses de l'I.M.L. sont inscrites au budget de la commune de Paris (budget spécial de la préfecture de police) et donnent lieu à une contribution des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. Le nombre des personnels employés est de 39, outre les 2 médecins inspecteurs (directrice et son adjoint). Le budget de fonctionnement (hors personnel) est excédentaire (263.277 € de recettes pour 182.000 € de dépenses selon le compte administratif pour 2004).

b) Un centre de thanatologie occupant une place majeure

L'I.M.L. est la structure française qui pratique le plus d'autopsies par an (1961 en 2002, 2025 en 2003, 1769 en 2004, 762 au 1er semestre 2005). Son périmètre géographique, pour cette activité, s'étend aux ressorts des T.G.I. de Paris, Bobigny, Créteil, Meaux et en partie celui de Nanterre. L'I.M.L. est par ailleurs saisi occasionnellement par des juridictions de province. Il est équipé de 4 salles d'autopsie et de matériel radiologique. 10 médecins légistes, de formation très diverse y pratiquent les autopsies. Il fonctionne selon le système des gardes et des astreintes, ce qui permet d'avoir 24h/24 deux ou trois médecins légistes à disposition. Ceux-ci sont requis ou commis individuellement par les magistrats et rémunérés sur frais de justice. Ils reversent à la préfecture de police une faible quote-part de leurs honoraires au titre des frais de structure (cf. *infra*, c).

Les médecins légistes de l'I.M.L. ne pratiquent les levées de corps sur le lieu de découverte du cadavre que de manière très exceptionnelle, sur requête du parquet.

c) Une structure faisant l'objet de critiques récurrentes injustifiées

L'I.M.L. est présenté par son principal utilisateur, le parquet de Paris qui prescrit près de 700 autopsies par an, comme un « excellent outil » selon les propres termes du procureur de la République. Son organisation et son fonctionnement suscitent pourtant, de manière récurrente, des interrogations, dont les parlementaires se font régulièrement l'écho[58], en raison d'un lien avec la préfecture de police qui pourrait jeter la suspicion sur l'indépendance des médecins exerçant en son sein. Certains magistrats, en relayant ces questionnements, ont fait part aux membres de la mission de la nécessité de clarifier le sujet.

Il est à noter, à cet égard que les médecins légistes intervenant au sein de l'I.M.L. pour y pratiquer une activité médico-légale thanatologique, sont requis ou commis personnellement par les autorités judiciaires. Ils sont par ailleurs rémunérés, non par la préfecture de police, mais individuellement sur frais de justice, pour chaque autopsie réalisée. Seuls sa directrice et son adjoint, tous deux par ailleurs PU-PH, perçoivent de la préfecture de police une rémunération accessoire, mais uniquement au titre de leurs activités administratives à temps partiel au sein de l'I.M.L.

L'utilisation des moyens de l'I.M.L. (locaux, matériel, personnel) donne lieu à reversement, à la préfecture de police, d'une quote-part des honoraires perçus par les médecins légistes, fixée par arrêté du préfet de police (actuellement 11,80 € par autopsie).

Ces **médecins exercent donc leur art en toute indépendance**, l'I.M.L. mettant simplement à leur disposition un plateau technique.

Les critiques formulées n'apparaissent donc pas justifiées et procèdent en réalité de la difficulté d'appréhender les modalités d'organisation et de fonctionnement – il est vrai complexes - de l'I.M.L. En tout état de cause, on observera qu'elles n'ont pas été adressées à l'Institut national de police scientifique, créé par le décret n° 2004-1211 du 9 novembre 2004, alors que ce texte prévoit que des fonctionnaires du ministère de l'intérieur travaillant dans les

[58] Voir questions écrites n° 18092 du 22 juillet 1999 de Madame Nicole Borvo et n° 30941 du 8 février 2001 de M. Hubert Haenel.

laboratoires de police scientifique et technique peuvent effectuer des expertises judiciaires. En outre, dans plusieurs pays étrangers (Pays-Bas ou Espagne) où il existe des structures dédiées exclusivement à la médecine légale rattachées au ministère de la justice, les médecins légistes sont salariés de l'administration de la justice, sans qu'apparemment cela suscite débat.

3.3.1.2 L'unité de consultation médico-judiciaire du centre hospitalier sud-francilien d'Evry

Cette unité fonctionne depuis 1995. Une convention a été signée le 14 décembre 1994 entre le procureur de la République d'Evry et le directeur du centre hospitalier.

Les 3 médecins légistes de la structure, praticiens hospitaliers, ont pratiqué 88 autopsies (essentiellement en binôme) et 127 levées de corps en 2004. Les autopsies sont faites à la demande des T.G.I. d'Evry (seulement 2% des autopsies requises par le parquet ou ordonnées par un juge d'instruction sont pratiquées à l'I.M.L. de Paris), d'Auxerre, de Sens, de Fontainebleau et de Melun. Les levées de corps sont faites dans 95 % des cas sur le lieu de découverte du cadavre.

Le fonctionnement de la structure souffre, à l'évidence, d'un manque de moyens et notamment de secrétariat (des retards importants dans le dépôt des rapports d'autopsie ont été soulignés par les magistrats rencontrés par la mission)[59].

Les frais de justice sont versés à la structure exclusivement, selon un rythme hebdomadaire. La structure, qui assure par ailleurs une activité de médecine légale du vivant, est déficitaire. La conservation des prélèvements liés aux autopsies est assurée sur place, sans facturation à la justice.

3.3.1.3 Le service d'anatomie et cytologie pathologiques et de médecine légale de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches

Ce service a pratiqué 254 autopsies en 2004. Le ressort géographique couvert correspond au ressort de la cour d'appel de Versailles (ressorts des T.G.I. de Chartres, Versailles, Pontoise, Nanterre), à l'exception d'une partie du département des Hauts de Seine, pour lequel il est recouru à l'I.M.L. de Paris. Le service comprend une vingtaine de médecins, dont 5 pratiquent les autopsies et 15 exercent à la consultation médico-judiciaire.

Les levées de corps sont réalisées par l'ensemble des médecins légistes du service et sont limitées au seul département des Hauts de Seine. Pour les autres départements du ressort de la cour d'appel de Versailles, elles sont pratiquées par les médecins des UML et U.M.J. (Versailles, Pontoise) ou par des médecins n'ayant aucune formation en médecine légale pour le département d'Eure et Loir.

Les frais de justice sont versés exclusivement à la structure (AP-HP). L'activité thanatologique est déficitaire, tandis que l'activité de médecine légale du vivant est équilibrée.

[59] Ainsi, pour une autopsie effectuée le 9 février 2004, aucun rapport n'avait été déposé le 12 octobre 2005. Pour une autre effectuée le 14 mars 2004, dans une information ouverte du chef de coups mortels, le rapport a été déposé le 18 août 2005, alors même que la personne mise en examen était détenue.

Enfin, l'UML des Yvelines souhaite d'ici deux ans ouvrir un centre de thanatologie en « mordant sur l'activité de Garches » (3 médecins de cette structure pratiquent actuellement des autopsies hors Versailles et totalisent 731 autopsies en 2004), ce qui pourrait se justifier compte tenu du nombre d'autopsies prescrites par le T.G.I. de Versailles (127 en 2004). Cela étant, ce projet, qui ne semble pas avoir donné lieu à des études, est une parfaite illustration de l'organisation émiettée et non coordonnée de la médecine légale.

3.3.2 Une médecine légale du vivant bien implantée, à l'activité importante, mais présentant, faute d'encadrement, des conditions de fonctionnement hétérogènes

3.3.2.1 Une couverture territoriale quasi complète

Le constat fait à l'occasion des travaux conduits par le conseil régional de politique pénale de l'insuffisante couverture des zones rurales du fait de la concentration des structures de médecine du vivant dans les zones les plus peuplées, doit être nuancé. En effet, la situation de la région parisienne est relativement plus satisfaisante que dans les autres parties du territoire, puisqu'à l'exception de l'Yonne et de l'Eure-et-Loir[60], tous les départements sont pourvus d'une ou plusieurs structures de médecine légale du vivant. Pour l'Eure et Loir, qui, au demeurant, ne fait pas partie de la région parisienne, un projet d'implantation d'une structure au CH de Coudray est à l'étude. Il en est de même en Seine et Marne, à Fontainebleau, compte tenu de l'éloignement du CH de Lagny sur Seine. Il s'agit le plus souvent d'unités fonctionnelles rattachées au service des urgences.

Département/T.G.I.	***Dénomination/Implantation***	**Convention avec T.G.I.**	**Couverture territoriale**	**Couverture horaire**
Paris (T.G.I. Paris)	U.M.J. de l'hôpital Trousseau (AP-HP)	Non (projet en cours d'élaboration)	Paris	Lundi-Vendredi 9h 00-19h00 Hors heures ouvrables : U.M.J. Hôtel-Dieu
	U.M.J. de l'Hôtel-Dieu (AP-HP)	Non (projet en cours d'élaboration)	Paris	24h/24
Essonne (T.G.I. Evry)	CMJ du CH sud-francilien à Evry	Oui (1994)	Essonne	24h/24
Val de Marne (T.G.I. Créteil)	UCMJ du CHI de Créteil (AP-HP)	Oui : 5/7/1996, avenant du 29/5/2002	Val de Marne	24h/24
Seine Saint Denis (T.G.I. Bobigny)	U.M.J. Hôpital J. Verdier à Bondy (AP-HP)	Non	Seine Saint Denis (sauf district d'Epinay)	24h/24
	U.M.J. d'Argenteuil (GIE) – pour le district d'Epinay uniquement	Non	Seine Saint Denis (district d'Epinay)	Lundi-Samedi 9h 00-19h00 Hors heures ouvrables : U.M.J. Hôpital J.Verdier de Bondy

[60] Compris dans le ressort des cours d'appel de Paris (Yonne) et Versailles (Eure-et-Loir), mais non inclus dans la région parisienne.

Département/T.G.I.	*Dénomination/Implantation*	Convention avec T.G.I.	Couverture territoriale	Couverture horaire
Seine et Marne (T.G.I. Meaux, Melun et Fontainebleau)	U.M.J. du CH de Lagny sur Marne	Oui pour Meaux : (21/6/2000)	T.G.I. Meaux + Nord T.G.I. de Melun Ailleurs, médecins hospitaliers ou libéraux ou U.M.J. hôpital J. Verdier de Bondy	Lundi-Vendredi 8h30-18h30
Yvelines (T.G.I. Versailles)	UML du CH de Versailles	Oui (1/12/2002)	Yvelines	24h/24 fonctionnement « public aux heures et jours ouvrables et « libéral » la nuit, week-end et jours fériés
Hauts de Seine (T.G.I. Nanterre)	CMJ de l'Hôpital R. Poincaré de Garches (AP-HP)	Non	Hauts de Seine	NC
Val d'Oise (T.G.I. Pontoise)	U.M.J. du CH de Pontoise	Oui (27/11/1997)	Val d'Oise	NC
	U.M.J. du CH de Gonesse	Oui (10/4/1998)		
	U.M.J. d'Argenteuil (GIE)	Oui (15/12/1997)	Val d'Oise et district d'Epinay (cf. *supra*)	Lundi-Samedi 9h 00-19h00

L'AP-HP réfléchit actuellement à une réorganisation des services de médecine légale existants pour les regrouper au sein d'une fédération de médecine légale de l'AP-HP, aux fins de mutualiser les compétences, de mieux organiser les gardes et de réduire à un seul le nombre d'interlocuteurs de la justice.

3.3.2.2 Une activité importante

Plus de la moitié des examens de victimes (60.053 au total) est pratiquée dans les structures de la région parisienne. L'hôpital Trousseau est spécialisé dans les examens de victimes mineures et l'U.M.J. d'Argenteuil ne reçoit que les victimes majeures.

La durée des examens de victimes est de l'ordre de 15 à 30 minutes, mais pour les infractions sexuelles, elle varie entre 1 et 3 heures.

36 % des examens des personnes gardées à vue (77.322 au total) sont également réalisés, de manière exclusive (U.M.J. Créteil) ou non, par ces structures (Trousseau n'est pas concerné). Ces examens sont partagés avec des médecins de ville, SOS médecins ou les urgences des hôpitaux en dehors du siège du T.G.I. et des cas difficiles (Evry), sur certains secteurs géographiques ou sur certaines plages horaires. A Paris en particulier, les personnes gardées à vue nécessitant des soins, notamment les toxicomanes ou les diabétiques, soit 75 % des cas, sont conduites à l'Hôtel-Dieu par les services de police ou de gendarmerie, ce qui pose de grandes difficultés compte tenu de la mobilisation des escortes que cela suppose. Les 25 % restants sont vues sur place dans les commissariats par les médecins de l'U.M.J. pour la partie Est de Paris et par les « urgences médicales de Paris » (association regroupant des médecins de quartier) pour les arrondissements de l'Ouest de la capitale. Un projet de convention visant à garantir une intervention plus large de médecins des associations SOS

Médecins et Garde médicale de Paris, élaboré par la préfecture de police est actuellement en cours de discussion avec le T.G.I. de Paris. Certaines structures n'interviennent en la matière que de manière résiduelle (Lagny, Bondy). Les médecins des structures se déplacent le plus souvent dans les locaux de garde à vue.

Les examens d'âge osseux sont également l'apanage de toutes les structures, sauf l'U.M.J. d'Argenteuil. En revanche, les examens psychiatriques ne sont réalisés que dans les structures d'Evry, de Lagny et de Versailles.

3.3.2.3 Des conditions de fonctionnement hétérogènes

Outre l'existence d'un conventionnement et les horaires d'ouverture déjà mentionnés plus haut, on constate que les conditions de fonctionnement, qui dans la majorité des cas sont laissées à l'initiative des structures faute d'être prévues dans les conventions, sont très diverses :

- Les modalités d'accueil sont variables. Pour certaines structures, l'accueil se fait par principe sans rendez-vous (Hôtel-Dieu), d'autres n'acceptent de recevoir sans rendez-vous qu'en cas d'urgence, ou ne fixent des rendez-vous que pour les victimes mineures.

- Le temps d'attente peut aller jusqu'à 3 heures.

- Le délai moyen de rendez-vous s'échelonne entre 24 heures et 15 jours (Evry).

- L'accueil par un psychologue ou une association d'aide aux victimes au sein des structures n'est pas généralisé.

- Les effectifs médicaux et de personnel non médical sont variables et non corrélés à l'activité des structures.

- Les certificats médicaux sont loin d'être dactylographiés partout, et souvent, selon les magistrats rencontrés, trop sommaires dans leur contenu. En revanche, la recherche d'une unité de doctrine au sein d'une même structure pour l'évaluation de l'ITT semble quasi-systématique.

- Les contacts réguliers avec les enquêteurs et les magistrats ne sont pas institutionnalisés partout.

- Les locaux sont parfois exigus (c'est particulièrement le cas de la CMJ d'Evry) et ne permettent pas un accueil séparé des victimes et des personnes gardées à vue (la séparation existe depuis peu à l'Hôtel-Dieu).

- Les prélèvements sont conservés pour des durées variables par les structures qui en supportent la charge financière. L'absence de système de gestion des scellés est déplorée notamment par l'Hôtel-Dieu, compte tenu des grandes difficultés de stockage rencontrées.

- Les réquisitions sont adressées aux médecins directement, mais les frais de justice majoritairement versés aux structures, et exceptionnellement aux médecins pour les interventions hors plages d'ouverture de la structure. Ceux-ci reversement à la structure 10 % des sommes perçues en cas d'utilisation des moyens de la structure (Versailles).

- La situation financière globale des structures de médecine légale de la région parisienne est globalement bénéficiaire, avec des contrastes importants entre elles (l'Hôtel-Dieu, l'UML des Yvelines[61] et l'hôpital Jean Verdier sont bénéficiaires en 2004 et les autres structures déficitaires).

4. LES VOIES D'UNE REFORME

Les constats effectués par la mission confortent la pertinence des analyses et des propositions concordantes développées au cours de ces dix dernières années tant par le rapport du **C.S.M.L.** de 1998 que par celui du **professeur Jardé**, déposé en 2003. La mission préconise donc de mettre en œuvre une réforme de la médecine légale suivant les orientations tracées par ces travaux. Après avoir évoqué les principes généraux devant inspirer toute réforme (4.1), elle apportera un certain nombre de précisions sur les modalités concrètes d'organisation (4.2), de fonctionnement (4.3) et de financement (4.4) pouvant être retenues. Quels que soient les choix qui seront opérés, il apparaît en tout état de cause indispensable de créer ou restaurer des instruments et de mettre en œuvre des politiques permettant d'assurer le suivi, l'évaluation et l'encadrement de l'activité médico-légale (4.5).

4.1 Les principes généraux devant inspirer toute réforme

4.1.1 Donner un cadre législatif et réglementaire à la médecine légale

Une organisation rationnelle et pérenne de la médecine légale, répondant aux exigences d'efficacité, de sécurité et d'égalité des citoyens devant la justice, ne peut se concevoir sans l'élaboration d'un cadre national dont on a vu qu'il était aujourd'hui pratiquement inexistant. Il importe que, dans ce cadre nouveau, les administrations centrales assurent « le pilotage » d'une organisation actuellement abandonnée aux initiatives locales. Il leur appartient à cet effet :

- de veiller à la mise en place d'un réseau de structures homogène, cohérent et évolutif ;

- de favoriser, par des politiques dynamiques, l'harmonisation des pratiques ;

- d'organiser des dispositifs de contrôle et d'évaluation.

[61] Pour cette structure, la condition d'équilibre financier est conventionnelle. L'adéquation éventuelle pour l'hôpital se ferait sur les temps médicaux si les frais de justice versés n'étaient pas largement dérogatoires aux tarifs du CPP. Tous les interlocuteurs judiciaires et des services d'enquête rencontrés en ont souligné la qualité et les bonnes conditions globales de fonctionnement de cette structure.

Ce pilotage doit bien entendu être assuré dans le respect de l'indépendance tant des magistrats que des experts. Il convient en outre de faire en sorte que le nouveau maillage institutionnel soit déterminé en étroite concertation avec les acteurs locaux et que ces derniers conservent une marge d'appréciation leur permettant d'adapter le dispositif dans son détail à la diversité des situations.

Quoi qu'il en soit, la nature des questions à traiter, touchant à la fois au fonctionnement du service public hospitalier et à la procédure pénale, de même que la nécessité d'assurer la stabilité et la lisibilité du nouveau dispositif imposent d'inscrire dans la loi et le règlement les principes appelés à gouverner le futur cadre institutionnel national. Il n'apparaît pas possible en effet d'apporter des réponses à la mesure des insuffisances actuelles en procédant, comme par le passé, par voie de circulaires.

4.1.2 Placer le service public hospitalier au cœur du dispositif

De nombreux arguments militent en faveur de la solution plaçant le service public hospitalier au cœur d'une nouvelle organisation de la médecine légale. La solution est tout d'abord conforme à l'évolution observée au cours des dernières décennies. En effet, on l'a vu, les autopsies sont aujourd'hui effectuées, dans leur grande majorité dans des E.P.S. ou, en tout cas, dans des structures (I.M.L.) situées au sein des C.H.U. C'est également au sein des centres hospitaliers que les ministères de la justice et de la santé ont favorisé la création des U.M.J., ayant pour mission première de procéder à l'examen médico-légal des victimes. Au-delà de cette considération d'ordre historique, l'intégration de la médecine légale dans le fonctionnement hospitalier a le mérite de la cohérence et de l'efficacité :

- Le service public hospitalier offre en effet l'assise territoriale et les moyens opérationnels indispensables à l'exercice de la médecine légale.

- Il garantit le respect de bonnes pratiques tant d'un point de vue déontologique que d'un point de vue administratif et sanitaire. En particulier, les exigences de neutralité, de permanence, ou encore d'égalité de traitement qui fondent son organisation sont autant de qualités attendues par l'autorité judiciaire pour l'exercice de la médecine légale. Il en est de même du respect rigoureux des procédures, d'ores et déjà acquis au sein des E.P.S. en matière de traçabilité ou de confidentialité.

- Enfin, au sein du service public hospitalier peut être assurée commodément l'indispensable coordination entre, d'une part, l'activité médico-légale et, d'autre part, la médecine de soins et la prise en charge médico-sociale des victimes.

Il serait ainsi injustifié, et sans aucun doute très coûteux, de rompre brutalement avec le passé pour créer, *ex nihilo*, des structures spécifiquement dédiées à la médecine légale, sur le modèle de celles mises en place dans certains pays étrangers.

4.1.3 Associer étroitement les médecins libéraux et les structures non hospitalières

Si le service public hospitalier doit être en quelque sorte le maître d'œuvre d'une nouvelle organisation, il ne saurait aujourd'hui assumer à lui seul la totalité de l'activité médico-légale.

Il convient tout d'abord de conforter et développer la participation des médecins libéraux. La mission a pu constater en effet que, dans tous les secteurs de la médecine légale, leur contribution était fondamentale et même – notamment pour les examens des personnes placées en garde à vue - souvent exclusive. Tout nouveau dispositif doit donc leur offrir la possibilité d'adhérer à une organisation leur fournissant les moyens de répondre dans les meilleures conditions possibles, pour eux-mêmes et le service public de la justice, aux demandes de l'autorité judiciaire et des services de police judiciaire.

De même, il convient de ne pas remettre en cause, par esprit de système, la participation à l'activité médico-légale de structures autres qu'hospitalières, parfois très anciennes, comme les I.M.L., qui ont contribué et contribuent encore à la pérennité et au rayonnement de la médecine légale française dans le concert européen et international. L'observation vaut pour les I.M.L. universitaires de province comme pour celui de Paris. Si la gestion de ce dernier par la préfecture de police lui confère une forte singularité pouvant susciter des critiques – qu'il convient au demeurant de tempérer (*supra* 3.3) -, il ne paraît guère raisonnable d'envisager l'effacement d'une institution créée en 1903, pratiquant à elle seule près de 25 % du nombre total d'autopsies, animée par une équipe médicale réputée et présentée par le procureur de la République, son principal « usager », comme un « excellent outil ».

Il convient donc en réalité, non d'imposer un modèle hospitalier unique, mais au contraire de donner un rôle majeur à ces structures en les intégrant, avec leurs spécificités, dans un dispositif national qui, sans elles, perdrait en force, en cohérence et en rayonnement.

4.1.4 Favoriser une meilleure identification et une approche globale de la médecine légale

Comme cela a été mis en évidence, les diverses interventions des administrations centrales par voie de circulaires ont conduit à la fois à une segmentation et à une certaine dissolution de la médecine légale. En effet, les efforts d'organisation se sont essentiellement portés sur la médecine légale du vivant et, plus spécialement, sur les examens médico-légaux des victimes de violences ou de certaines catégories d'entre elles (mineurs, victimes d'agressions sexuelles). Dans le même temps, le souci d'assurer une prise en charge globale de ces victimes a engendré une certaine confusion entre l'activité médico-légale proprement dite, et l'aide de nature juridique, psychologique ou sociale, confusion qui s'est traduite dans les financements (*supra*, 2.2.2.2). Au regard de ces constats, il importe à la fois d'assurer une meilleure identification de l'activité médico-légale et de restaurer l'unité de la discipline – médecine exercée sur mandat judiciaire pour la recherche de la vérité et la garantie des droits de la personne - par une organisation favorisant une approche globale, prenant en compte à la fois la thanatologie et la médecine légale du vivant, les examens des victimes et ceux des auteurs présumés.

Une telle approche n'est pas seulement nécessaire pour des raisons scientifiques ou intellectuelles. Elle l'est également pour des raisons d'ordre matériel. Comme l'ont souligné de nombreux interlocuteurs de la mission et comme celle-ci a pu le vérifier, les actes médico-légaux n'exerçant pas tous le même attrait, ne représentant pas tous la même masse et n'étant pas tous rémunérés de la même manière, il importe, autant que faire se peut, que les mêmes services et, sous réserve des autopsies, les mêmes médecins les prennent tous en charge afin d'assurer un équilibre global et éviter que certains actes ne soient délaissés. Concrètement, c'est la masse des examens en garde à vue, bien rémunérés, qui peut donner à un service les moyens d'effectuer les levées de corps, moins nombreuses et souvent plus pénibles, ce que certains interlocuteurs de la mission ont traduit par une formule quelque peu brutale mais évocatrice : « le vivant doit financer le mort ».

C'est au prix de cette meilleure identification que la médecine légale pourra s'inscrire à sa place spécifique et de manière claire dans le processus de prise en charge des victimes, dans le cadre d'un **travail interdisciplinaire** dont nul ne conteste la nécessité.

4.2 Créer une organisation fondée sur des structures diversifiées, constituées en réseaux et intégrée dans le fonctionnement du service public hospitalier

4.2.1 Créer une organisation territoriale sur deux niveaux et en réseaux

4.2.1.1 Nécessité d'une organisation à deux niveaux

a) La pratique des autopsies

Il apparaît avec évidence que l'implantation territoriale des centres de thanatologie ne peut coïncider avec celle des autres structures de médecine légale. Il importe en effet de concentrer la pratique des autopsies au sein de quelques établissements à vocation régionale : C.H.R.U, C.H.R. ou I.M.L. Trois raisons, maintes fois relevées, militent en faveur de cette solution.

La première tient à la nécessité d'effectuer les autopsies dans de parfaites conditions de sécurité sanitaire. Le degré d'exigence de la réglementation en la matière, notamment pour le traitement des effluents, et les coûts de mise aux normes qui en résultent ne sont pas compatibles avec le maintien de centres modestes ou même moyens. Pour étayer ce propos, il suffit de rappeler que dans l'organisation très dispersée qui prévaut aujourd'hui, près de la moitié des E.P.S. interrogés par la mission ont déclaré ne pas être en conformité avec les règles sanitaires.

La deuxième raison militant en faveur d'un regroupement des autopsies réside dans le haut degré de compétence et de technicité que suppose leur réalisation. Tous les médecins légistes rencontrés par la mission ont souligné que cette compétence ne pouvait être acquise et entretenue par les praticiens qu'en effectuant un nombre significatif d'autopsies chaque année[62], ce qui suppose, bien entendu, des structures d'une dimension importante. Au surplus,

[62] Sans toutefois tomber d'accord sur un seuil. Certains fixant à 50 le nombre minimum d'autopsies, d'autres à 100, voire plus.

seules de telles structures peuvent offrir au médecin un environnement – plateau technique en toxicologie ou anatomopathologie – lui permettant d'œuvrer dans les meilleures conditions scientifiques et techniques.

La troisième justification d'une concentration est d'ordre financier. Elle est en réalité la conséquence des deux premières. En effet, compte tenu des investissements qu'il implique et du coût de son fonctionnement, un centre d'autopsie ne peut atteindre l'équilibre financier que si un nombre élevé d'actes y est pratiqué, ce qui est, par hypothèse, impossible dans les structures de petite dimension.

Il a été fait observer à la mission que la diminution du nombre de centres d'autopsies aurait pour conséquence d'accroître le nombre de transports de corps et les frais y afférents. Certains représentants des services de police et de gendarmerie ont également souligné que l'éloignement du lieu de l'autopsie pourrait rendre plus difficile la présence sur place d'un OPJ. Enfin, quelques magistrats ont exprimé la crainte que cet éloignement, d'une part, ne dissuade d'effectuer certaines autopsies pourtant utiles et, d'autre part, ne rende plus difficile la participation à l'autopsie du médecin ayant pratiqué la levée de corps, ce qui pourrait avoir un effet démobilisateur pour ces derniers. Ces objections doivent être prises en compte. Toutefois, elles ne sont pas sans solution et, selon l'opinion dominante, pèsent en définitive assez peu au regard de la nécessité de disposer d'un service de qualité organisé de manière rationnelle.

Cela étant, il convient de procéder ici de façon pragmatique et progressive afin de ne pas désorganiser brutalement dans certaines régions l'activité médico-légale. Fixer à 50 le nombre minimum d'autopsies devant être effectuées chaque année dans un même centre conduirait ainsi à fermer 43 salles d'autopsies sur les 75 dénombrées au sein des E.P.S., soit près de 60 %, ce qui ne peut se faire du jour au lendemain. A bref délai, il conviendrait sans doute, d'une part, de « rapatrier » au sein des E.P.S. l'activité thanatologique localisée actuellement dans les funérariums, privés ou publics (533 autopsies) et, d'autre part, de mettre un terme à l'activité thanatologique des centres hospitaliers où se pratiquent moins de 20 autopsies chaque année (en l'état, 22 centres pratiquant en tout 235 autopsies).

b) Les autres actes médico-légaux

L'approche doit être bien sûr totalement différente s'agissant des autres actes médico-légaux qui relèvent tous, à des degrés divers, de ce que l'on pourrait appeler « la médecine légale de proximité ». Il en est ainsi tout d'abord des examens de victimes, auxquelles, même en l'absence d'urgence, il importe de ne pas imposer des déplacements importants. Plus généralement, sont ici concernés tous les examens correspondant à des « urgences judiciaires » parce qu'ils doivent être effectués par le médecin requis dans un délai réduit et imposent à celui-ci de se rendre sur les lieux. Il s'agit pour l'essentiel des examens des personnes placées en garde à vue et des levées de corps.

Les médecins appelés à effectuer de tels actes doivent donc être rattachés à des structures implantées selon un maillage relativement serré. En pratique, il paraît souhaitable qu'il en existe au moins une par département, voire, dans les départements comptant plusieurs tribunaux de grande instance, une auprès de chacun d'eux ou auprès de certains d'entre eux, en fonction des besoins. Leur nombre doit en tout cas permettre une couverture satisfaisante du territoire, compte tenu de la géographie et des moyens de communication.

S'agissant de l'organisation interne de ces structures, il convient de privilégier la souplesse pour permettre une adaptation à la très grande diversité des situations locales, tenant à la démographie, au taux et à la nature de la délinquance etc. Les services de médecine légale de proximité pourront donc correspondre à des services dédiés ou, dans certains cas, à des unités rattachées à un autre service hospitalier.

Les E.P.S. disposant d'une garde de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et d'un service d'urgence ont vocation à accueillir cette activité médico-légale de proximité.

4.2.1.2 La constitution de réseaux animés par des pôles ou des centres, régionaux de référence

a) Fédération entre établissements

Il importe d'éviter de reconstituer une organisation atomisée, composée d'entités isolées les unes des autres. Aussi, pour assurer la cohérence, la pérennité et le dynamisme du nouveau dispositif, convient-il de lui donner une armature en l'organisant en réseaux, pouvant prendre juridiquement la forme d'une fédération, animés par des centres de référence.

Logiquement devraient être prioritairement désignés comme centres de référence les établissements comportant des services dédiés couvrant la totalité du champ de la médecine légale. En pratique, tous les C.H.R.U devraient être désignés, mais, pour que le maillage soit suffisant, quelques C.H.R. ou CH accueillant un pôle de médecine légale thanatologique devront l'être également. Il ne s'agit là cependant que d'un schéma susceptible d'adaptations, notamment à Paris, où l'on peut concevoir que soient désignés des centres de référence distincts pour la thanatologie et pour la médecine légale clinique.

Comme n'importe quelle structure de médecine légale, ces centres devront bien entendu et avant tout assurer l'exécution des expertises, lato sensu, demandées par l'autorité judiciaire et les services ou unités de police judiciaire. Leur champ d'intervention s'étendra, pour la pratique des autopsies, à l'ensemble des départements où seront implantés des établissements compris dans leur réseau et, pour les actes de médecine légale clinique et les levées de corps, prioritairement au département de leur siège. La définition de cette aire naturelle d'intervention ne saurait toutefois faire obstacle à ce qu'ils soient sollicités par des juridictions qui seraient situées dans d'autres départements, même si, pour des raisons de bonne administration, le cas de figure devrait demeurer exceptionnel.

Au-delà de leur rôle d'expertise, les centres de référence – c'est là leur spécificité - auront également une fonction de conseil, de coordination, de formation et de recherche. Ils seront donc tenus d'organiser une permanence, afin d'être en mesure de répondre, au cas par cas, aux questions que les médecins appartenant aux services de médecine légale du réseau pourraient être amenés à leur poser. L'utilisation des techniques modernes de communication, qui permettent le transfert d'images, devrait être privilégiée. En dehors de toute sollicitation, les centres devront veiller en outre à coordonner l'action des médecins du réseau en diffusant toute information ou préconisation de nature à assurer l'harmonisation ou l'amélioration des pratiques. Ils assureront, dans le même esprit, la formation continue des médecins en organisant des sessions à cet effet, le cas échéant, en lien avec les cours d'appel. Enfin, les pôles sièges d'un C.H.R.U devront développer la recherche en médecine légale notamment

dans le domaine de l'épidémiologique : observatoires privilégiés de la violence, ils pourront en effet éclairer les politiques de santé publique.

b) Réseaux de médecins libéraux autour des établissements

De manière générale, quelle que soit l'activité médico-légale, il importe que chaque établissement fédère autour de lui des **médecins libéraux**. Une **convention** dont le modèle devrait être arrêté par le ministère de la santé pourrait être passée par l'établissement avec les médecins acceptant d'apporter leur concours. Y seraient précisés les prestations assurées par l'établissement (tenue du tableau de permanence, centralisation des appels, dactylographie des rapports, mise à disposition d'un véhicule, conseils, formation…), les services attendus du médecin (disponibilité, qualité des actes) et les modalités de paiement des sommes lui étant dues au titre des frais de justice (*infra*, 4.4.4.2). Ces conventions devraient permettre, s'agissant notamment de la médecine légale du vivant, d'assurer une présence médico-légale en dehors des agglomérations, auxquelles se limite aujourd'hui trop souvent le rayon d'action des U.M.J.

4.2.1.3 Nécessité de clarifier les dénominations (service de médecine légale et unité médico-judiciaire)

Pour mettre un terme aux appellations diverses qui ne facilitent pas la lisibilité du dispositif, il pourrait être convenu que les services couvrant tout le champ de la médecine légale soient dénommés « services de médecine légale » et qu'ils comportent, selon les situations, deux unités : une « unité de thanatologie » et une « unité médico-judiciaire » pour la médecine légale du vivant. Cette seconde dénomination pourrait également désigner tous les services créés dans les E.P.S. assurant exclusivement la « médecine légale de proximité », c'est-à-dire, la médecine légale du vivant et les levées de corps. Le terme I.M.L. serait appliqué exclusivement aux instituts rattachés à l'Université (I.M.L. de Paris, Strasbourg, Lille…).

4.2.2 Intégrer les réseaux dans des schémas régionaux

Prendre la carte judiciaire comme référence pour la constitution des réseaux peut apparaître, de prime abord, comme étant la solution la plus rationnelle. Serait institué dans chaque cour au moins un centre exerçant son rôle d'animation dans les limites du ressort de la cour. Cette approche assure en effet une parfaite concordance entre l'organisation des « prescripteurs » (magistrats et O.P.J. placés sous leur contrôle) et celle des « médecins ». De manière cohérente, elle donne à la cour d'appel le pouvoir d'apprécier l'opportunité d'inscrire ou de maintenir sur la liste des experts des médecins appelés à œuvrer, au moins prioritairement, pour elle-même et les juridictions de son ressort.

Toutefois, en dépit de sa rationalité et de ses avantages réels, cette construction présente, en pratique, de sérieux inconvénients. S'il convient de veiller à ce qu'il existe au moins un centre de référence dans le ressort de chaque cour d'appel, ce qui ne devrait guère poser de difficulté compte tenu du lieu d'implantation des C.H.U.[63], il est en revanche peu réaliste d'imposer que ce centre exerce son rôle d'animation dans les limites du ressort de la cour.

En premier lieu, à supposer même que l'on puisse faire coïncider réseau hospitalier et ressort judiciaire, une telle solution n'a de véritable intérêt que si les juridictions du ressort sont effectivement les utilisatrices privilégiées des structures de médecine légale du réseau. Or, une telle concordance n'apparaît ni possible, ni souhaitable pour la réalisation des autopsies. En effet, il convient de privilégier ici des critères de commodité et d'économie. Il importe que les juridictions s'adressent, non pas nécessairement au C.H.R.U, au C.H.R., au CH ou à l'I.M.L. du ressort de la cour, mais à celui qui est pour elles le plus proche ou le plus commodément accessible. Au demeurant, la mission a constaté que, même lorsqu'une convention était conclue par les chefs de cours eux-mêmes avec un établissement hospitalier, certaines juridictions se tournaient vers des établissements hospitaliers plus proches, quoique situés dans le ressort de cours limitrophes.

En second lieu et surtout, de très nombreux ressorts de cours d'appel ne coïncident pas avec les circonscriptions des A.R.H., calquées sur les régions administratives[64]. Or, si l'on souhaite instituer un service de la médecine légale bien identifié et ancré dans le paysage hospitalo-universitaire, il est indispensable **d'intégrer l'organisation territoriale de la médecine légale dans un schéma d'organisation proche du modèle des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS)**. Cela implique de confier aux A.R.H. la maîtrise d'œuvre de la constitution des réseaux dans le cadre des régions hospitalières. Il leur appartiendra à cet effet, après concertation, de désigner les E.P.S. ou les autres structures, appelés à être sièges de centres régionaux de référence ou d'une activité de médecine légale de proximité. Il va de soi que, en fonction d'un faisceau de critères (démographie, géographie, voies de communication, importance et répartition des activités médico-légales etc.) plusieurs centres de référence pourront être désignés, outre les C.H.R.U, pour une même région, qui pourra ainsi compter plusieurs réseaux susceptibles de chevaucher les ressorts de plusieurs cours. On peut concevoir que, dans un souci de clarté, la liste des établissements ainsi désignés soit fixée dans un arrêté signé conjointement par les ministres de la santé et de la justice, voire même également par les ministres de l'intérieur (pour l'I.M.L. de Paris) et de l'éducation nationale (pour les I.M.L. universitaires).

Au-delà de la désignation des structures, les A.R.H. devront également arrêter les activités pratiquées et leurs modalités d'exercice pour chacun des établissements concernés.

[63] Si l'on excepte la région parisienne, 2 cours d'appel comptent 2 C.H.R.U dans leur ressort (Rennes avec les C.H.U. de Brest et Nantes et Aix avec ceux de Marseille et Nice), tandis que 5 cours d'appel n'en comptent aucun (Agen, Bourges, Chambéry, Metz et Pau). En pratique, compte tenu des lieux d'implantation des C.H.R.U et du maillage nécessaire, il est certain qu'il existera, sauf exception, au moins un centre de référence dans le ressort de chaque cour d'appel.

[64] Ainsi, la région Centre comprend le ressort de la cour d'appel d'Orléans et une partie du ressort des cours de Bourges (Indre) et Versailles (Eure et Loir) ; la région PACA comprend le ressort de la cour d'appel d'Aix-en-Provence et une partie de celui des cours de Grenoble (Hautes-Alpes) et Nîmes (Vaucluse) etc. Certaines régions n'intègrent aucun ressort de cour d'appel en totalité. C'est, notamment, le cas de l'Ile de France.

4.2.3 Associer étroitement les autorités judiciaires à la constitution et au fonctionnement du réseau

4.2.3.1 Au cours de la constitution du réseau

Le rôle majeur dévolu aux A.R.H. n'exclut pas la participation des autorités judiciaires à la constitution du réseau. En effet, il convient que les directeurs des A.R.H. consultent les chefs de cours d'appel et œuvrent en étroite liaison avec eux afin d'établir l'état des besoins des juridictions et adapter en conséquence, autant que possible, l'implantation et les dimensions des structures médico-légales. En pratique, la détermination des juridictions susceptibles de faire appel à telle ou telle structure ne soulève guère de difficultés s'agissant de l'activité médico-légale de proximité. Il va de soi en effet que les U.M.J. répondront plus spécialement aux demandes du tribunal de grande instance dans le ressort duquel elles auront été créées ou, le cas échéant, à celles de l'ensemble des tribunaux du département concerné, ou de certains d'entre eux. Pour la pratique des autopsies, la question est plus délicate dans la mesure où, on l'a vu, des juridictions extérieures au ressort de la cour d'appel, mais également à la région hospitalière pourraient avoir intérêt à s'adresser au centre de référence régional pour des raisons de proximité, de commodité ou d'économie. Les directeurs des A.R.H. auront donc à se concerter avec leurs homologues des A.R.H. limitrophes pour recueillir des informations sur ce point.

4.2.3.2 Après constitution du réseau

Une fois le réseau constitué, le lien entre les E.P.S. et les juridictions devrait s'établir par voie de conventions établies sur le modèle de conventions types à élaborer conjointement par les ministères de la justice et de la santé. Le principal objet de ces conventions – qui contrairement aux pratiques actuelles, ne devraient plus comporter de dispositions financières - serait de préciser les modalités concrètes d'organisation du service ou de l'unité (nature des activités médico-légales assurées, champ géographique d'intervention, horaires, locaux, permanence, circuit à respecter, dispositions particulières aux mineurs victimes etc.). Il conviendrait que, du côté judiciaire, ces conventions soient signées, selon le cas, par les chefs des tribunaux de grande instance ou par les chefs de la cour d'appel. Les premiers signeraient les conventions passées avec les centres de proximité pratiquant les examens de médecine légale clinique et les levées de corps, tandis que les chefs des cours d'appel signeraient, après consultation et pour le compte des tribunaux de leur ressort, les conventions conclues avec les centres pratiquant des autopsies. La cour d'appel du siège du centre de référence pourrait en outre établir avec celui-ci des relations privilégiées en évoquant également dans la convention les modalités possibles d'une coopération en matière de formation. Dans tous les cas, les conventions devront être signées par les responsables des centres hospitaliers ou I.M.L. concernés et approuvées par les A.R.H. qui veilleront à ce qu'elles soient réalistes et fonctionnelles, notamment quant à l'intégration du secteur libéral, souvent indispensable.

4.2.4 Respecter le principe du libre choix de l'expert

Pour que les services ou unités de médecine légale puissent être gérés dans les meilleures conditions, il est nécessaire à la fois qu'ils aient une activité suffisante permettant d'atteindre l'équilibre financier et que cette activité ne connaisse pas de variations brutales et

aléatoires afin d'assurer à l'établissement une certaine « visibilité ». Pour favoriser la stabilité du dispositif, il est bien évidemment souhaitable que les juridictions avec lesquelles ces unités ou services auront signé des conventions s'adressent prioritairement à eux. La question est ici de savoir si, comme cela a pu être suggéré, il convient de rendre obligatoire la désignation des médecins rattachés à une structure médico-légale, ce qui supposerait de créer une sorte de sectorisation et de limiter le principe du libre choix de l'expert par les magistrats. En soi, une telle limitation ne se heurte à aucun principe supérieur. Il en est d'ailleurs des exemples, notamment en matière d'analyses génétiques (art. 706-54 CPP). Toutefois, au cas présent, elle apparaît à la mission, selon le cas, excessive ou inutile et donc injustifiée.

Tout d'abord, sauf à mettre en place un système contraignant inenvisageable, il est hautement improbable que des médecins libéraux en nombre suffisant adhèrent aux réseaux qui seront animés par les E.P.S. Il sera donc, de fait, toujours indispensable de maintenir la possibilité de faire appel à des médecins « hors réseau » pour l'exécution des actes médico-légaux.

Ensuite, au-delà de cette difficulté d'ordre matériel, il convient de prendre en compte les arguments développés par de nombreux magistrats rencontrés par la mission. Ils ont fait valoir tout d'abord qu'on ne pouvait exclure qu'en raison de conflits locaux, des médecins fussent écartés du fonctionnement d'une structure pour des raisons totalement étrangères à leurs qualités professionnelles. Ils ont par ailleurs relevé que la désignation d'un médecin extérieur à la structure s'imposait au moins dans les deux circonstances suivantes :

- d'une part, pour des raisons d'ordre technique, lorsque les médecins de la structure ne disposent pas des compétences suffisantes pour effectuer l'acte demandé ;

- d'autre part, pour des raisons d'ordre déontologique, lorsqu'en raison des circonstances de l'affaire, les médecins de la structure pourraient être soupçonnés de partialité : expertise demandée dans une affaire de responsabilité médicale impliquant l'établissement, son personnel ou l'un des médecins de la structure ; contre-expertise ordonnée à la suite d'une expertise effectuée par ces médecins etc.

Certes, une solution moyenne, prenant en compte à la fois ces objections et la nécessité d'assurer un fonctionnement cohérent du dispositif, pourrait consister à introduire dans les articles 60, 77-1 et 157 CPP, une disposition imposant aux magistrats et aux services de police judiciaire de ne désigner un médecin extérieur à la structure qu'à titre exceptionnel et en motivant spécialement leur choix.

Mais on peut s'interroger en réalité sur l'utilité d'une telle modification dans un contexte davantage marqué par la pénurie que par une forte concurrence. En effet, les magistrats, policiers et gendarmes entendus par la mission ont fait observer que, leur principale préoccupation étant de trouver des médecins disponibles et compétents, ils recourraient bien évidemment sans réserve et prioritairement à toute structure qui serait instituée pour répondre à leur attente. Au demeurant, pour s'en convaincre, il suffit de constater que, là où des unités médico-judiciaires performantes ont été créées, comme, par exemple, à Paris, Bordeaux, Lille, Marseille, Strasbourg ou Evry, pour ne citer que des lieux visités par la mission, elles sont systématiquement sollicitées pour procéder aux examens médico-légaux, alors même qu'aucune disposition légale n'y incite aujourd'hui magistrats, policiers et gendarmes.

Il convient d'ajouter que la grande majorité des examens médico-légaux est actuellement effectuée, au cours de l'enquête, sous l'autorité des parquets, auxquels il est loisible de donner aux OPJ toutes instructions utiles – comme certains le font d'ailleurs d'ores et déjà - pour que soit privilégié le recours aux médecins rattachés au service de médecine légale. Une intervention législative ne paraît donc guère utile ici.

S'agissant des expertises, relativement peu nombreuses, ordonnées par les juridictions d'instruction et de jugement, une disposition légale limitant le libre choix de l'expert serait sans doute mal perçue par les magistrats qui, au cours des déplacements de la mission, se sont montrés plutôt soucieux de conserver leur latitude actuelle. Elle serait en outre un élément de complication. En effet, l'article 157 CPP prévoit déjà que les juges ne peuvent choisir un expert en dehors des listes dressées par la Cour de cassation et les cours d'appel *qu'à titre exceptionnel et par décision motivée*. Si semblables dispositions étaient prévues lorsque le choix des juges se porte sur un médecin exerçant en dehors de telle structure de médecine légale, il faudrait alors préciser comment se combinent ces deux séries de règles.

On rappellera enfin que, dans le dispositif proposé, obligation est faite aux médecins, quels qu'ils soient, d'effectuer les autopsies requises ou ordonnées par l'autorité judiciaire au sein d'un centre agréé, ce qui suffit en pratique à garantir à ces centres un niveau d'activité en rapport avec la demande judiciaire. Le recours obligatoire aux moyens de la structure suffit donc ici à obtenir le résultat recherché.

En tout état de cause, la modification des dispositions du Code de procédure pénale n'apparaît pas comme la meilleure manière de procéder. Il faut en effet éviter de transformer ce qui n'est qu'une mesure d'administration judiciaire et hospitalière en une disposition de procédure dont la violation pourrait être vue comme une cause d'annulation.[65]

4.3 Régler les questions récurrentes relatives aux conditions de fonctionnement du dispositif

4.3.1 La formation des médecins : un potentiel à conforter

Les études portant sur la démographie médicale mettent souvent en évidence à des degrés divers deux tendances :

- la densité médicale est souvent forte dans le périmètre géographique des universités de formation. En conséquence, les indicateurs tels que le nombre de médecins par habitant sont directement le reflet de l'éloignement d'un département par rapport au siège de la faculté de médecine la plus proche ;

- l'attrait des jeunes médecins pour une discipline ou une spécialité est largement conditionné par la présence au sein de leur faculté d'un Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (PU-PH) développant un certain dynamisme dans le domaine de

[65] Rappelons ici que, s'agissant de la désignation d'un expert non inscrit sur une liste, la Chambre criminelle juge que l'exigence de motivation prévue par l'article 157-1 étant substantielle et ayant pour objet de garantir la valeur de l'expertise, son absence entraîne la nullité de la décision (Crim., 26 nov. 1970, B n° 314 – 25 oct. 1983, B. n° 267– 3 sept. 1985, B. n° 283. – 26 févr. 1991, B. n° 98. – 15 mai 1991, B. n° 193), une telle nullité devant le cas échéant, être relevée d'office (Crim., 6 mars 1984, B. n° 90).

l'enseignement et de la recherche. De ce point de vue, l'absence au sein d'une faculté de médecine de possibilité de formation concernant une discipline constitue un frein à l'orientation des jeunes médecins vers la discipline concernée.

La situation décrite se caractérisant par un accroissement depuis deux ans du nombre de Centres Hospitaliers Universitaires ne bénéficiant plus à leur effectif de PU-PH doit donc absolument être enrayée.

Il est donc nécessaire que, au niveau national, les arbitrages rendus par les ministères en charge des universités et de la santé portant sur les postes hospitalo-universitaires prennent en compte la médecine légale dans leurs priorités.

Cette démarche doit aller au-delà d'une simple sanctuarisation des postes existants et se donner comme objectif la présence d'un minimum de un PU-PH par C.H.U. Les trois plus gros établissements hospitaliers de métropole (AP-HP de Paris, HCL de Lyon et AP de Marseille) constituent des cas spécifiques pouvant justifier des effectifs plus importants.

Cette présence minimale d'un praticien de rang universitaire dans chaque C.H.U. est de nature à améliorer l'enseignement de base de la médecine légale dispensé au cours des deux premiers cycles des études médicales. En revanche, l'organisation des enseignements des DESC et capacités dans le cadre d'interrégions reste une formule parfaitement efficiente permettant de mutualiser les compétences et d'enrichir les expériences.

S'agissant du maintien de la dualité des diplômes qualifiants, DESC et capacité de pratique médico-judiciaire, la mission a recueilli des avis divergents de la part des PU-PH concernés. Il est indéniable que l'accès, désormais possible, des futurs médecins généralistes à la formation du DESC annule le principal argument qui avait justifié la création en 1999 de la capacité de pratique médico-judiciaire. Il faut rappeler que le Conseil Supérieur de Médecine Légale avait recommandé la création de la capacité pour ouvrir la formation en médecine légale aux médecins généralistes qui, dans l'ancien système, n'avaient pas accès aux DESC et, également, pour permettre à des spécialistes intéressés par cette discipline après leur cursus de formation de pouvoir préparer un diplôme. La capacité a effectivement permis de pallier l'insuffisance numérique des médecins préparant le DESC.

La mission ne considère pas que le sujet du maintien ou de la suppression de la capacité soit d'actualité.

Plusieurs arguments ont été évoqués par les interlocuteurs de la mission qui nourrissent le débat dans des sens contraires.

Sur un plan général, le maintien sur une même discipline de deux diplômes au contenu de formation différent est souvent source de difficultés. L'exemple des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens de formation chirurgicale diplômés par la voie de l'internat en est une des illustrations. Pour autant, s'agissant de la médecine légale, le débat paraît prématuré puisque le maintien de la capacité semble inévitable pour les quatre ou cinq années à venir pour permettre aux médecins généralistes récemment formés dans le cadre du régime en extinction (les premiers médecins généralistes nouveau régime titulaires du DES de médecine générale ne sortiront qu'en 2006) de pouvoir encore avoir accès à la capacité dans la suite de leur cursus. En outre, des médecins spécialistes ne pouvant s'investir dans la formation du DESC pourront continuer à préparer la capacité. Cette possibilité paraît digne

d'intérêt, notamment pour les psychiatres. Le débat éventuel sur le maintien de la capacité ou sa suppression pourrait donc être envisagé dans les années 2010 en fonction de la situation démographique de la médecine légale de l'époque.

En conséquence, l'enseignement de la spécialité sous ses deux modalités doit être poursuivi et soutenu. Il s'agit de pourvoir en nombre et qualité les réseaux de médecins à constituer, avec notamment en perspective les prochains départs à la retraite qui seront massifs.

Par ailleurs, les têtes de réseau universitaires devront accentuer leur rôle d'information et de formation générale sur la médecine légale à l'attention des praticiens installés en libéral spécialistes ou non (information sur la notion d'ITT, modalités de fonctionnement et d'appel au réseau etc.).

Cet effort doit être accompagné de la mise en place d'une politique tendant à favoriser l'inscription sur la liste des experts près la cour d'appel, les médecins acceptant d'apporter leur collaboration à la médecine légale dans le cadre des réseaux. De manière plus générale, on peut espérer que la mise en place d'un réseau structuré, efficace et dynamique aura un effet attractif.

4.3.2 L'accomplissement de constats médico-légaux sans réquisition préalable : une pratique à cantonner rigoureusement

La proportion d'examens sans réquisition préalable, qui peut s'expliquer pour partie par l'ambiguïté des circulaires diffusées par les administrations centrales, paraît excessive (*supra*, 3.1.3.3).

Certes, il est des cas où l'absence de réquisition n'est pas critiquable. Il en est ainsi lorsque, pour des faits demeurant en dessous d'un certain seuil de gravité, la victime se refuse à porter plainte tout en souhaitant se ménager des éléments de preuve dans la perspective d'une éventuelle action en justice. Il en est ainsi également, cela va de soi, lorsque, après avoir reçu la plainte, les services d'enquête n'estiment pas indispensable un examen. En revanche, une telle pratique doit être proscrite chaque fois que la démarche de la victime s'inscrit ou aurait dû s'inscrire dans le cadre d'une enquête de police judiciaire. Il importe donc que des instructions soient adressées aux parquets et aux services et unités de police judiciaire pour faire en sorte que soit respectée, chaque fois qu'elle s'impose, l'exigence d'une réquisition préalable. Ces instructions devraient être complétées par une information en direction des centres hospitaliers et des personnes et associations chargées de l'accueil des victimes afin que l'orientation de celles-ci soit correctement assurée. Pourraient également être généralisées des procédures, sur le modèle de celles mises en œuvre notamment à Bordeaux, permettant aux centres hospitaliers d'obtenir en urgence la réquisition nécessaire lorsque l'état de la victime le justifie.

L'enjeu du rétablissement de bonnes pratiques en la matière est double : d'une part, préserver l'identité propre de la médecine légale, qui tient avant tout à l'existence d'un mandat judiciaire ; d'autre part, garantir une saine gestion financière. S'il est normal que les actes effectués sans réquisitions ne soient pas pris en charge au titre des frais de justice, encore convient-il que soient effectués sur réquisitions tous les actes devant relever d'une telle

prise en charge, afin que leur financement ne soit pas assuré indûment par d'autres sources - qui restent au demeurant à déterminer (*infra* 4.4.2.2).

4.3.3 La participation des médecins des UCSA à la médecine légale : une pratique à proscrire en milieu pénitentiaire

Pour les raisons, déjà précisément exposées, la mission estime qu'il convient de mettre un terme aux pratiques consistant à requérir les médecins attachés aux UCSA aux fins d'effectuer, au moins occasionnellement, des constats médico-légaux au sein de l'établissement (*supra,* 3.1.3.1). Il suffit de rappeler ici que des considérations d'ordre déontologique ou éthique militent en faveur d'une stricte séparation entre les activités de médecine légale et la mission sanitaire confiée aux médecins intervenant dans les UCSA. D'une part, il importe d'assurer le respect de l'article 105 du Code de déontologie médicale qui interdit d'être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. D'autre part, au-delà de cet interdit, la dépendance dans laquelle se trouvent les détenus à l'égard du personnel soignant de l'UCSA et la confiance qu'ils doivent pouvoir placer en lui imposent qu'au sein de l'établissement, *« l'indépendance des médecins vis-à-vis des autorités judiciaires et pénitentiaires* » soit parfaitement assurée.

Pour autant, il serait trop rigoureux d'étendre l'interdiction à l'activité médico-légale susceptible d'être exercée par les médecins de l'UCSA **à l'extérieur** de l'établissement pénitentiaire. De même, dans son principe, le regroupement, sous la responsabilité d'un même médecin, du service de médecine légale et de l'UCSA, constaté par la mission dans environ 15 % des E.P.S., n'encourt pas de critiques déterminantes. Dès lors qu'elle respecte le principe de séparation évoqué plus haut, la contribution des médecins de l'UCSA à la médecine légale ne peut qu'être accueillie favorablement. En particulier, l'appréciation de la compatibilité de l'état de santé d'une personne avec la mesure de garde à vue dont elle fait l'objet, peut être considérée comme étant dans le prolongement naturel des missions qu'ils exercent au sein de l'établissement pénitentiaire (cf. art. D. 381 CPP, *in fine*). Au demeurant, la mutualisation des personnels est, dans nombre d'établissements, la condition même du fonctionnement du service de médecine légale. Un point particulier doit néanmoins être acquis : la réalisation d'une autopsie à la suite d'un suicide en prison ne doit pas être confiée à un membre d'un service regroupant médecine légale et UCSA sous une même autorité. Cet acte doit être externalisé.

4.3.4 Le suivi et la destruction des scellés : une situation imposant des mesures rapides et drastiques

Lors de ses déplacements, la mission a pu constater l'absence de suivi rigoureux du sort des prélèvements biologiques et anatomopathologiques, qu'ils soient conservés dans des armoires frigorifiques ou dans des bocaux de formol. Ainsi, dans plusieurs des établissements hospitaliers qu'elle a visités, la mission a découvert une accumulation, parfois effarante, des prélèvements placés sous scellés (3.1.3.2).

Il convient donc impérativement de mettre en place des procédures de suivi et de destruction efficaces et effectives. Les centres hospitaliers doivent tenir à cet effet un état précis des prélèvements conservés ainsi qu'un échéancier permettant d'alerter les juridictions à intervalles réguliers. Celles-ci doivent prévoir des dispositifs permettant d'identifier

clairement les procédures concernées afin que, sans attendre une relance du centre hospitalier, la destruction des prélèvements puisse être prescrite dés lors que leur conservation cesse d'être nécessaire. Il conviendrait de mettre en commun les bonnes pratiques actuellement suivies pour élaborer un modèle national et en imposer le respect par voie de circulaire. Cette mesure devrait être accompagnée d'une clarification de la prise en charge financière de la conservation, qui doit logiquement incomber aux juridictions.

Pour être efficaces, ces dispositions supposent toutefois que soient préalablement précisés les cas dans lesquels des prélèvements doivent être effectués et les conditions dans lesquelles ils doivent être conservés. La pratique - encouragée il faut l'admettre par certaines circulaires - consistant à effectuer des prélèvements à titre conservatoire et à les conserver *sans les placer sous scellés* doit être proscrite, du moins quand l'examen a été fait sur réquisition ou ordonnance. Soit les prélèvements répondent à une demande judiciaire et ils doivent être conservés après avoir été placés sous scellés, sans quoi, ni leur financement, ni leur suivi ne peut être assuré par les juridictions. Soit, ils ne correspondent pas à une telle demande en l'absence d'investigations en cours et ils ne peuvent être conservés que dans l'intérêt des victimes. La question se pose toutefois alors de savoir qui doit en supporter le coût.

4.3.5 La prise en charge des soins en garde à vue : une question en marge de la médecine légale ne pouvant demeurer sans réponse

Il est enfin indispensable de répondre aussi rapidement que possible à la question récurrente – et fréquemment soumise à la mission par les services de police et de gendarmerie - de la prise en charge financière des prescriptions médicales en garde à vue, dans les cas où les intéressés ne sont pas assurés sociaux ou lorsqu'ils ne sont pas en possession de leur carte Vitale ou en mesure de faire l'avance des fonds. On ne peut en effet laisser perdurer les pratiques imposant aux officiers de police judiciaire ou aux parquets de trouver des arrangements locaux avec les pharmacies des hôpitaux, quand il ne s'agit pas d'amener les premiers, à faire eux-mêmes, sur leurs deniers personnels, l'acquisition des médicaments nécessaires. En outre, il convient de souligner que la question se pose avec une acuité particulière à Paris, où une prise en charge médicale des personnes placées en garde à vue est organisée au sein de la salle dite Cusco de l'Hôtel Dieu.

Une solution simple et cohérente pourrait consister à appliquer aux personnes concernées des dispositions spécifiques s'inspirant de celles issues de la loi du 18 janvier 1994, prises au profit des personnes détenues (art. L. 380-30-1 s. CSS) en prévoyant une affiliation obligatoire à l'assurance maladie.

4.4 Assurer un financement juste, transparent et pérenne

Une meilleure identification de la médecine légale, une clarification de son articulation avec la prise en charge sociale, juridique et sanitaire des victimes peuvent contribuer à assurer une meilleure « traçabilité » de son financement. Mais il convient bien entendu d'aller au-delà si l'on souhaite mettre un terme à l'une des principales faiblesses du système actuel tenant à un financement fragile, insuffisant et mis en œuvre selon des procédures complexes. S'agissant des sources de financement, si le principe d'un financement par le budget du ministère de la justice doit être réaffirmé, les dérives passées ne devant pas perdurer (4.4.1), il serait justifié de prévoir un co-financement par le budget du ministère de la

santé pour les examens médico-légaux des victimes d'infraction en raison de l'objectif de santé publique qu'ils sous-tendent (4.4.2). Par ailleurs, pour que le financement soit la hauteur des besoins, il est impératif de réexaminer la tarification des actes médico-légaux, réexamen dont il n'a été possible de se dispenser jusqu'à ce jour qu'en raison d'une contribution de l'assurance maladie au financement de la médecine légale (4.4.3). Enfin, il est indispensable de moderniser les procédures de financement, lentes et elles-mêmes coûteuses, entravant la mise en œuvre de modes de gestion efficaces (4.4.4).

4.4.1 Réaffirmer le principe d'un financement de la médecine légale sur frais de justice en contrepartie d'un « service rendu évaluable »

Le financement de l'activité de médecine légale par le budget de la justice, largement dominant dans les pays étudiés par la mission, ne peut guère souffrir de contestation. C'est en effet, on l'a vu, à la suite d'une lente dérive financière – à laquelle la réforme du financement des E.P.S. a mis un terme - que les hôpitaux ont fait peser sur leur dotation globale, pour l'essentiel à la charge de l'assurance maladie, les déficits engendrés par cette activité.

L'interruption de tout financement par l'assurance maladie conduira inéluctablement, selon le principe des vases communicants, à l'augmentation des moyens budgétaires affectés par la justice à la médecine légale. Il importe toutefois de conserver le mode de calcul actuel. En effet, afin de garantir l'adéquation entre la dépense et l'importance de l'activité médico-légale, la mission estime souhaitable de maintenir un financement au titre des frais de justice, assis sur une tarification des honoraires et indemnités dus pour chacun les actes médico-légaux effectués.

Le financement ainsi assuré par le ministère de la justice devra avoir pour contrepartie la possibilité pour celui-ci d'être en mesure d'évaluer la qualité du service rendu. A cet égard, des éléments d'appréciation pourront être contractuellement définis (délais d'intervention, dactylographie des rapports, aménagement des locaux, matériel disponible, liaison avec les associations d'aide aux victimes etc.).

4.4.2 Prévoir un co-financement par le budget de la santé ou de l'assurance maladie des examens médico-légaux de victimes d'infractions

4.4.2.1 La justification d'une contribution de la Santé : une démarche médico-judiciaire qui sous-tend un objectif de santé publique

Comme cela a été souligné, tant par les médecins rencontrés par la mission, que par le rapport, déjà cité, sur la prise en charge des victimes en urgence (*supra* 1.2.2.2), l'examen médico-légal des victimes comporte une forte dimension médico-sociale. Il est en effet loin d'être sans incidence sur la santé, entendue, selon la définition de l'OMS, comme « un complet état de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ». En effet, la qualité de l'accueil réservé à la victime par le médecin expert peut favoriser le processus de réparation physique et psychique. Une écoute attentive apportée à l'intéressé, la reconnaissance de sa qualité de victime, permet « d'atténuer les

souffrances morales qui, si elles sont négligées, peuvent évoluer vers des pathologies physiques et psychiques, coûteuses pour la santé publique »[66].

Par ailleurs, d'un point de vue social, l'examen médico-légal des victimes constitue une source d'information considérable pouvant contribuer, dans un système organisé favorisant le regroupement et l'analyse des données recueillies, à des **enquêtes épidémiologiques** permettant de mieux connaître et donc de mieux prévenir les situations de violence. Un tel apport ne saurait être ignoré par la Santé publique, en charge, notamment, de l'élaboration, en application de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, du plan national tendant à limiter l'impact sur la santé de la violence. Il existe ainsi un intérêt partagé par la justice et la santé à ce que soit favorisé le développement d'examens médico-légaux de qualité au sein d'U.M.J. jouant ici pleinement leur rôle d'« interfaces ».

Dans ces conditions, pour afficher fortement les objectifs médico-sociaux poursuivis et la nécessité d'une prise en charge globale de la personne, la mission propose que le financement de la part d'activité médico-sociale intrinsèquement liée à l'activité médico-légale incombe à la Santé publique. Ce financement pourrait prendre la forme d'une dotation évaluée en fonction du nombre d'examens effectués l'année N-1. Il pourrait être assuré, soit par le budget de l'Etat, au même titre, par exemple, que le financement de la prise en charge des personnes placées en centre de rétention (art. L. 6112-8 CSP), soit par l'assurance maladie, ce qui supposerait de compléter la liste des missions d'intérêt général des E.P.S. *(supra 3.2.2)* afin d'y inclure l'organisation de la prise en charge médico-légale des victimes d'infractions.

La mission recommande cette seconde solution, considérant que les montants financiers induits sont faibles et que la mise en place d'un fonds de concours auprès du ministère de la santé peut s'avérer complexe.

4.4.2.2 Les modalités de prise en charge par la Santé : distinction nécessaire selon que l'examen est précédé ou non d'une réquisition

Le financement par le budget de la Santé ou par celui de l'assurance maladie complèterait celui assuré au titre des frais de justice s'agissant des examens médico-légaux de victimes effectués sur réquisition.

Il serait en revanche exclusif en l'absence de réquisition préalable. En effet, par hypothèse, en pareil cas, les examens médico-légaux ne peuvent être financés au titre des frais de justice, sauf à créer désordre et confusion dans la médecine légale, dont la caractéristique majeure est d'être exercée sur mandat judiciaire.

Le financement par la Santé aurait ici l'avantage de mettre un terme à une situation insatisfaisante, dans la mesure où, aujourd'hui, aucun financement public n'est possible pour de tels examens. Il ne souffre guère de discussion dans le cas où les examens médicaux-légaux effectués sans réquisition sont en réalité accessoires ou secondaires dans une démarche à dominante soignante. Ainsi en est-il lorsqu'une victime bénéficie de soins primaires ou d'examens complémentaires parfois importants et, qu'à l'occasion de cette prise en charge médicale, des constats médico-légaux sont effectués par le médecin soignant qui établit en conséquence un « certificat d'I.T.T. ». Mais, le financement par la Santé serait également

[66] Cf. rapport du CNAV déjà cité, 1.2.2.2

cohérent dans le cas où la victime se présente au médecin, sans réquisition préalable, spécialement en vue de la délivrance d'un tel certificat.

Il reste que, comme cela a déjà été indiqué, il importe de réduire drastiquement le nombre d'examens effectués sans réquisition. Une telle situation ne devrait pas se présenter chaque fois que l'examen s'inscrit ou devrait s'inscrire dans un processus d'enquête (*supra*, 4.3.2).

La mission n'a pas estimé devoir proposer une contribution de la Santé aux autres aspects de l'activité médico-légale (autopsies, levées de corps, examens en garde à vue) pour lesquels la composante spécifiquement judiciaire apparaît dominante, même si indiscutablement, l'activité thanatologique peut présenter également un intérêt en matière d'études épidémiologiques (suicides, morts suspectes de nourrissons etc.). Il est en revanche nécessaire, pour certains de ces actes, de revoir les tarifs applicables.

4.4.3 Réexaminer les tarifs dus au titre des frais de justice

4.4.3.1 Principes généraux devant présider à un réexamen des tarifs

A titre liminaire, il convient d'insister sur le fait que toute réévaluation ou tout établissement de tarif au titre des frais de justice doit satisfaire aux trois exigences suivantes :

- Clarté : la nature exacte de la prestation et des frais couverts par le tarif ne doit souffrir aucune ambiguïté (honoraires, frais de déplacements, moyens matériels) ;

- Simplicité : les facteurs de variation doivent être strictement limités, surtout lorsqu'ils supposent une appréciation plus ou moins subjective du médecin (taux horaire, état du cadavre etc.) ;

- Adaptabilité : les tarifs doivent pouvoir être réévalués commodément afin d'éviter que ne se recrée à bref délai une distorsion par rapport aux coûts réels des prestations.

Afin de permettre cette adaptation, il serait possible de prévoir une **indexation** des tarifs comme dans certaines conventions. Il serait en tout état de cause souhaitable d'introduire davantage de souplesse dans le dispositif actuel en permettant que les tarifs, ou certains d'entre eux, puissent être fixés, par voie **d'arrêtés ministériels**, la procédure imposée par l'élaboration d'un décret en conseil d'Etat apparaissant excessivement lourde. La modification récemment apportée à l'article 800 C.P.P. lors de la discussion du projet de loi relatif à la lutte contre le terrorisme permettra cet assouplissement.

4.4.3.2 Une priorité : la revalorisation du tarif des autopsies

Comme le démontrent amplement les enquêtes effectuées par la mission, une revalorisation du tarif prévu par le Code de procédure pénale pour les autopsies[67] est indispensable. Seul le financement de la thanatologie sur la dotation globale des E.P.S. a pu, pendant longtemps, masquer l'évidente insuffisance du tarif actuel. L'interruption de ce financement oblige désormais à une juste évaluation des honoraires et indemnités pour qu'ils couvrent le coût réel de l'autopsie. Sans une telle mise en adéquation, les services de thanatologie ne disposeront pas des moyens de fonctionner. Au demeurant, la réévaluation est déjà partiellement entrée dans les faits, des rémunérations complémentaires nombreuses et très variables, fondées sur des tarifs conventionnellement fixés, étant versées par les juridictions aux E.P.S. dans un très grand nombre de cas, afin de compenser la faiblesse du tarif réglementaire. Ces aménagements conventionnels sont cependant eux-mêmes insuffisants. Ils sont en outre contestables et, parfois, contestés par les comptables du trésor, dans la mesure où ils aboutissent à payer les autopsies très au-delà du tarif réglementaire aujourd'hui en vigueur.

Aussi est-il nécessaire que la revalorisation intervienne dans les plus brefs délais possibles, pour assurer un financement juste, régulier et pérenne de la pratique des autopsies. Elle devra bien entendu prendre en compte, en toute transparence, les différentes composantes du coût de l'acte : temps de travail des médecins et des « agents d'amphithéâtre », consommables, entretien de la salle, amortissement des biens et équipements (au prorata de l'activité médico-légale compte tenu de la persistance de la pratique d'autopsies « scientifiques ») etc. La réévaluation devra s'accompagner de la disparition des distinctions tarifaires actuelles (cadavre exhumé ou putréfié, cadavre de nouveau-né). La mission propose en annexe une première évaluation pouvant constituer une base de discussion (annexe 10). Afin de faciliter la rationalisation des modes de paiement qui sera proposée plus loin (4.4.4), il serait sans doute souhaitable que le tarif réglementaire permette de distinguer la rémunération proprement dite de l'expert de celle des « frais de structure ».

4.4.3.3 La nécessité de tarifer certaines prestations annexes

Les constats de la mission ont mis en évidence qu'une part importante des dépenses de médecine légale correspondait à des prestations annexes concourant ou succédant à la réalisation des actes médico-légaux proprement dits : conservation des corps, conservation des scellés, transport des corps par des opérateurs professionnels. Ces prestations n'étant pas spécifiquement tarifées[68], les évaluations les plus diverses ont pu être observées d'une juridiction à l'autre. Il est indispensable, pour assurer la prévisibilité de la dépense, d'homogénéiser les évaluations en prévoyant, pour chacune des prestations concernées, un tarif spécifique dont le mode de calcul pourra s'inspirer des pratiques suivies sur le fondement des dispositions conventionnelles déjà évoquées. Au demeurant, il est possible d'envisager ici **une tarification conventionnelle,** par voie d'accord passé entre ministères ou avec les représentants de la profession concernée.

[67] 168€ ou 230€ selon que le cadavre est ou non putréfié.
[68] L'article R. 147 CPP relatif à la rémunération de la garde des scellés ne semble guère adapté.

Ainsi, s'agissant de la **conservation des corps**, il conviendra de prévoir une rémunération à la journée en précisant le mode de calcul de la période à prendre en compte (par ex : de la date du dépôt à celle de la délivrance du permis d'inhumer) et, le cas échéant, en prévoyant une rémunération pour partie forfaitaire.

La **conservation des prélèvements biologiques et anatomopathologiques** appelle le même type d'observations. En toute logique, il conviendrait en outre de différencier les tarifs en fonction du mode de conservation (formol ou froid).

La tarification des **transports des corps** par les opérateurs professionnels apparaît particulièrement nécessaire dans la mesure où la fermeture progressive d'un certain nombre de centres d'autopsies conduira à un accroissement du nombre de ces transports. Cette tarification implique des échanges avec les représentants de la profession (entreprises de pompes funèbres et de transports ambulanciers), afin d'arrêter des composantes de coûts (mise à disposition du véhicule, personnels, distance, conditions de relevage du corps et de transport, surcoût éventuel les week-ends et jours fériés etc.).

4.4.3.4 L'opportunité d'engager une réflexion sur les autres tarifs

La réforme de la médecine légale pourrait être l'occasion de réexaminer les autres tarifs actuellement prévus par le Code de procédure pénale afin d'apporter les ajustements nécessaires. On se bornera ici à quelques brèves observations :

- L'attention de la mission a été appelée à plusieurs reprises sur l'insuffisance du tarif prévu pour les levées de corps (30 ou 50€ selon le cas), compensée parfois par l'allocation au médecin d'une rémunération complémentaire sans fondement réglementaire. De fait, il serait justifié que, pour cet examen, effectué souvent dans des conditions difficiles et exigeant des compétences très spécifiques, étrangères à la médecine de soins, le tarif soit augmenté, au moins lorsque le temps passé par le médecin excède une certaine durée. Il est en effet anormal de ne pas gratifier spécialement celui qui accepte de parcourir un long trajet et de perdre parfois une demi-journée de travail, pour examiner un cadavre.

- S'agissant des examens de victimes tendant à établir un taux d'incapacité, il a été fait observer à la mission qu'un tarif plus élevé devrait être prévu en cas d'agressions sexuelles, en raison de la complexité particulière de l'examen. Cette observation, que l'on retrouve également dans le rapport déposé par le C.S.M.L. en 1998, mérite d'être prise en considération.

- Par ailleurs, de l'avis général, le tarif prévu pour l'examen des personnes placées en garde à vue (50€) est très satisfaisant. Il conviendrait ici plutôt de s'interroger sur l'opportunité de prévoir une modulation à la baisse lorsque le médecin ne se déplace pas dans les locaux de garde à vue.

- Enfin, l'insuffisance des tarifs en matière d'expertise psychiatrique et psychologique a été fréquemment signalée à la mission par les professionnels.

4.4.4 Rationaliser et simplifier les procédures de paiement

Il apparaît avec évidence que les modalités actuelles de paiement, assuré par les régies des juridictions sur présentation de mémoires de frais après certification ou taxation, ne sont pas adaptées. Elles impliquent de lourdes charges de gestion en imposant le traitement de plusieurs centaines de milliers de mémoires. De plus, le règlement assuré dans ces conditions est souvent décousu et tardif, ce qui a pour effet de décourager certains médecins et de compliquer la gestion hospitalière. Il est bien sûr possible de concevoir des **aménagements**, comme il en existe aujourd'hui dans plusieurs juridictions : regroupement des mémoires pour assurer le financement, engagement sur les délais de paiement par la régie etc. Il s'agit cependant d'expédients. Selon la mission, la mise en place d'un dispositif structuré pour l'exercice de la médecine légale exige l'instauration de procédures de financement profondément rénovées, globales et sûres.

A cet effet, il est proposé de verser aux E.P.S., sous forme de dotation globale, la totalité des sommes dues au titre des frais de justice pour le financement des actes médico-légaux accomplis dans le cadre du réseau évoqué plus haut (4.4.4.1). En contrepartie, les E.P.S. auraient la charge de reverser une partie de ces sommes en paiement des services et prestations fournis par les médecins libéraux et les structures autres qu'hospitalières, membres du réseau (4.4.4.2). Seuls demeureraient, en dehors de ce nouveau dispositif, le paiement des médecins libéraux n'ayant pas adhéré au réseau et celui des professionnels ne participant pas à l'exécution de prestations relevant du réseau (ex : transport de corps). Il conviendrait toutefois également, pour ces paiements, d'améliorer les procédures actuelles en assurant leur centralisation (4.4.4.3). L'ensemble de ces mesures conjuguées procurerait des gains substantiels (4.4.4.4).

4.4.4.1 Versement aux E.P.S., sous forme de dotation globale, de la totalité des honoraires et indemnités dus au titre des actes effectués au sein du réseau

a) Le versement de la totalité des sommes aux E.P.S., consécration de leur rôle central dans la constitution et l'animation du réseau

La structuration de la médecine légale autour des établissements hospitaliers doit conduire à reconnaître à ces derniers un rôle central dans la gestion du « réseau ». Comme cela se pratique d'ores et déjà, au moins partiellement, dans le ressort de quelques cours d'appel, il conviendrait à cet effet que la totalité des honoraires et indemnités dus au titre des actes effectués par les médecins du réseau leur soit directement versée. La solution ne prête guère à discussion lorsque l'acte médico-légal a été réalisé avec les moyens de l'établissement par un praticien hospitalier, puisque les frais y afférents ont alors été intégralement exposés par l'établissement lui-même. Mais, dans un souci de simplification et de cohérence la solution doit être la même lorsque l'acte a été réalisé par un médecin libéral, à condition bien entendu qu'il soit membre du réseau, ou encore lorsqu'il a été réalisé dans le cadre d'une structure membre du réseau n'ayant pas la qualité d'E.P.S. Il importe seulement, en pareils cas, que l'établissement hospitalier reverse au médecin libéral ou à la structure extérieure la part lui revenant dans les honoraires et indemnités (cf., *infra* 4.4.4.2).

b) Le versement sous forme de dotation globale, garantie d'une gestion efficace et transparente par les E.P.S.

Comme cela a été indiqué, les honoraires et indemnités dus pour l'accomplissement des actes médico-légaux sont payés par les régies des tribunaux de grande instance sur présentation d'un mémoire de frais préalablement certifié par un greffier ou taxé par un magistrat (*supra*, 3.2.4). Il n'est cependant pas concevable que le versement des sommes dues aux E.P.S. s'effectue selon cette procédure, si l'on souhaite leur permettre d'organiser efficacement en leur sein l'activité médico-légale. Aussi, la mission propose-t-elle que ces honoraires et indemnités fassent l'objet **d'un versement global annuel** sous forme d'une **dotation** du ministère de la justice au ministère de la santé. Cette dotation serait **calculée** en considérant l'activité médico-légale prise en charge durant l'année N –1 par les E.P.S. et par les médecins ou structures du réseau. Il conviendra de prendre pour base de calcul l'ensemble des prestations effectuées ou payées sur ordonnance ou sur réquisition, chacune d'elles étant évaluée à son tarif réglementaire. S'agissant du montant de la dépense, le ministère de la justice est donc assuré qu'elle sera, mieux encore qu'aujourd'hui, réglementairement encadrée et **strictement proportionnelle** à l'activité effective. Bien entendu, en fonction de l'évolution de l'activité, la dotation pourra faire l'objet d'**ajustements** en fin d'exercice ou au début de l'exercice suivant.

La redistribution de cette dotation entre les différents E.P.S. serait assurée par les A.R.H.

La globalisation garantirait ainsi aux établissements hospitaliers un financement plus stable et plus prévisible, étant précisé que **la dotation justice pourrait se fondre avec la dotation santé publique** évoquée plus haut. De manière plus générale, en mettant fin à l'émiettement du système, elle est le gage d'une plus forte implication de l'autorité publique, d'une plus grande transparence et d'une plus grande cohérence de la gestion.

c) La suppression du paiement sur mémoire, facteur de simplification et d'économie pour les médecins et les juridictions

Outre qu'elle est le seul moyen d'assurer une mise en œuvre efficace de la proposition tendant à ce que soit versée aux E.P.S. la totalité des sommes dues au titre des actes médico-légaux effectués dans le cadre du réseau, la globalisation présente d'importants avantages pour les médecins et les juridictions :

- Elle est un facteur de **simplification et de gain de temps pour les médecins** libéraux collaborant au réseau de structures de médecine légale. Il leur suffira, en effet, d'adresser au comptable de l'établissement hospitalier la réquisition ou l'ordonnance les ayant désignés pour percevoir leur rémunération dans un bref délai. Actuellement, le délai moyen de paiement des mémoires de frais, souvent de plusieurs mois comme a pu le constater la mission (*supra*, 3.2.4) est un facteur de démobilisation pour les médecins qui accepteraient de contribuer à l'activité médico-légale.

- En évitant, tant aux **régies des juridictions**, qu'aux comptables du trésor le traitement de centaines de milliers de mémoires de frais, la globalisation permet **d'économiser autant d'heures de travail**, d'assurer en conséquence un meilleur

fonctionnement des régies pour le reste de leur activité et, le cas échéant, de redéployer des emplois vers d'autres tâches. Ce gain a été évalué par la mission (*infra*, 4.4.4.4).

Certes, la solution proposée aura pour conséquence **d'exclure la procédure de certification ou de taxation actuellement suivie**. Mais, outre que cette procédure ne permet qu'un contrôle relativement restreint de la tarification, dans la mesure ou le certificateur ou le taxateur n'assiste pas en tout état de cause à l'exécution de la prestation tarifée, il convient de tempérer sur ce point les conséquences de la réforme. Tout d'abord, la multiplication des prestations tarifées et la simplification des tarifs, envisagées par ailleurs (*supra* 4.4.3), devraient permettre de déterminer mécaniquement les sommes dues et donc de vider largement de leur intérêt certification ou taxation. Ensuite, il est possible de concevoir que l'indication du tarif réglementaire correspondant à l'acte demandé soit d'emblée portée par le magistrat, le policier ou le gendarme sur l'ordonnance ou la réquisition ou sur un document annexe, ce qui permettrait de prévenir toute erreur d'imputation ou de calcul. Enfin, la comptabilité tenue par les établissements hospitaliers et la conservation par eux des ordonnances et réquisitions justifiant l'engagement de la dépense devraient assurer à l'ensemble une transparence suffisante facilitant les contrôles.

4.4.4.2 Reversements par les E.P.S. aux médecins libéraux et aux structures autres qu'hospitalières, membres du réseau

Lorsque l'acte a été effectué par un médecin libéral et/ou par un établissement autre qu'hospitalier (en pratique, un I.M.L.), mais néanmoins membres du réseau, il va de soi que l'E.P.S. ayant reçu les honoraires et indemnités devra les reverser, dans une proportion variable selon le cas, au médecin ou à la structure concernée. Le fait que les médecins libéraux membres du réseau soient rémunérés par l'E.P.S. auquel ils sont rattachés est d'ailleurs de nature à renforcer leur sentiment d'appartenance à une structure commune.

a) Un reversement d'une partie des sommes dues au titre des frais de justice n'impliquant pas la création de relations de travail avec l'E.P.S.

Le paiement doit s'effectuer dans les mêmes conditions que celui d'une facture, sur simple présentation, par le médecin libéral ou la structure, de la réquisition ou de l'ordonnance, après accomplissement de la prestation. Il ne s'agit donc pas de verser aux médecins libéraux une rémunération sous forme de vacations, déconnectée des tarifs du Code de procédure pénale. Un tel système, qui imposerait que ces médecins acquièrent le statut d'attachés serait trop contraignant, pour eux comme pour l'E.P.S. En d'autres termes, ce n'est pas en tant qu'employeurs que les établissements hospitaliers doivent ici payer les médecins, mais comme gestionnaires des fonds dus, en application des dispositions du Code de procédure pénale, au titre des frais de justice.

La solution proposée permet donc, sans modification statutaire, de contourner la difficulté, relevée par M. Jardé, tenant à ce que le montant des « vacations » versées aux attachés ne permet pas d'assurer une rétribution attractive des médecins, en rapport avec la disponibilité requise pour assurer le fonctionnement du réseau médico-légal. En outre, le reversement étant effectué par l'E.P.S. et non par le médecin, le dispositif ne soulève pas les difficultés pointées par la juridiction administrative, lorsque qu'il est effectué par le médecin à

l'E.P.S. (*supra*, 3.2.1.3). Il conviendra néanmoins que des dispositions réglementaires encadrent les liens entre les E.P.S. et les médecins libéraux membres du réseau.

b) Un reversement correspondant à la part du tarif réglementaire couvrant la prestation fournie par le médecin ou la structure

S'agissant du montant des reversements à effectuer, les médecins libéraux, membres du réseau devraient se voir reverser une somme correspondant au montant du tarif réglementaire prévu pour l'acte considéré, déduction faite de la fraction de ce tarif couvrant les frais dits « de structure ». A l'inverse, les établissements du réseau, autres que des E.P.S. (essentiellement les I.M.L.), devraient quant à eux se voir reverser pour les actes effectués avec leur concours, la fraction du tarif correspondant aux frais de structure, une part mineure pouvant toutefois être retenue par l'E.P.S. au titre de ses frais de gestion. Ainsi, en cas d'autopsie effectuée par un médecin libéral au sein d'un C.H.U., centre de référence, la fraction du tarif couvrant les frais de structure resterait acquise à l'établissement qui reverserait uniquement au médecin la fraction correspondant à ses honoraires. En revanche, si l'autopsie était pratiquée au sein d'un I.M.L. universitaire, le C.H.U. verserait, d'une part, au médecin libéral la fraction du tarif correspondant aux honoraires et, d'autre part, à l'Université la fraction correspondant aux frais de structure.

Même si, dans un souci de souplesse, des aménagements par voie conventionnelle doivent être permis entre l'E.P.S. et les médecins, sous le contrôle de l'A.R.H., il importe de prévoir un encadrement réglementaire. Ainsi, s'agissant de la médecine légale du vivant et les levées de corps, les frais de structure (secrétariat, téléphone, mise à disposition d'un véhicule, information, frais de gestion…) pourraient être fixés réglementairement à 20% du tarif, comme le prévoient aujourd'hui certaines conventions, le médecin se voyant donc reverser 80 %, sauf à ce qu'une fraction supérieure lui soit allouée par voie conventionnelle. S'agissant des autopsies, la fraction du tarif couvrant les frais de structure (secrétariat, entretien de la salle, consommables, aide etc.) et restant donc acquise à l'E.P.S. pourrait être appréciée en se référant aux éléments de coûts pris en compte pour la fixation du tarif réglementaire[69]. Dans un souci de clarification, il serait possible de prévoir réglementairement **deux tarifs pour la réalisation des autopsies**, correspondant, l'un aux honoraires et rémunérant la prestation du médecin, l'autre, aux frais de structures et rémunérant la fourniture de moyens matériels par un établissement.

c) Une solution d'application générale (le cas de l'I.M.L. de Paris)

Mutatis mutandis, le dispositif qui vient d'être décrit peut être appliqué en cas d'autopsie pratiquée à l'I.M.L. de Paris, l'AP-HP versant en ce cas à la préfecture de police les sommes correspondant aux frais de structure. La mission n'exclut pas cependant qu'un aménagement puisse apparaître ici opportun. Il convient en effet d'avoir présent à l'esprit que la préfecture de police ne perçoit aujourd'hui qu'une très faible somme au titre des frais de structure (11,8 €), lesquels sont donc supportés pour l'essentiel par le budget spécial. Aussi, une réflexion pourrait-elle être engagée entre le ministère de la justice, le ministère de l'intérieur et la ville de Paris afin d'examiner la possibilité de maintenir le *statu quo* et donc, de laisser ces frais ou la majeure partie d'entre eux à la charge de ce budget. L'AP-HP ne

[69] En tout état de cause, quel que soit le tarif qui sera retenu après réévaluation, cette fraction ne devra en aucun cas être inférieure à la moyenne des sommes actuellement versées au titre des honoraires. Ce plancher peut être fixé aux alentours de 200€, somme qui correspond à la moyenne des deux principaux tarifs actuellement prévus en matière d'autopsies (138€ ou 230€), pratiquement considérés aujourd'hui comme couvrant exclusivement les honoraires des médecins.

recevrait alors, aux fins d'assurer les paiements nécessaires, que les sommes dues au titre des honoraires des médecins.

d) Une solution n'impliquant pas une remise en cause du principe du libre choix de l'expert

Les raisons pour lesquelles il n'apparaît ni utile, ni opportun à la mission de remettre en cause le principe du libre choix de l'expert ont déjà été exposées (*supra,* 4.2.4). Il convient seulement de préciser ici que cette position n'est nullement en contradiction avec une centralisation au niveau des E.P.S. du paiement des médecins membres du réseau. En effet, la réquisition ou l'ordonnance continuera de désigner nominativement le médecin. L'appartenance de celui-ci au réseau, qui pourra, le cas échéant, être mentionnée sur l'acte de désignation, aura seulement pour effet de permettre le versement de sa rémunération par l'hôpital.

4.4.4.3 Centralisation du paiement des prestations effectuées par les médecins et autres professionnels extérieurs au réseau

Les deux mesures qui viennent d'être évoquées - concentration et globalisation des paiements – ne sont possibles que dans les cas où le médecin ayant accompli la prestation est lui-même membre du réseau ou intégré dans une structure de médecine légale qui en serait membre. Elles ne le sont pas en revanche lorsque la prestation est effectuée par un médecin libéral n'ayant pas choisi d'adhérer au réseau – encore qu'une discussion soit possible sur ce point - ou encore et surtout lorsque la prestation fournie n'est pas de nature médicale et ne relève pas du secteur hospitalier (transport de corps par ex.). Dans tous ces cas, la procédure de paiement actuelle devrait en principe continuer à être suivie. Toutefois, en l'état du nombre considérable de mémoires concernés, la mission propose qu'une réflexion soit engagée afin d'examiner la possibilité de centraliser le paiement en le confiant à un service facturier du ministère de la justice. Une telle solution pourrait permettre des économies d'échelle considérables et de précieux gains de temps. En effet, elle aurait pour effet, par la réduction à un seul du nombre des différents contrôles actuellement effectués successivement sur la même dépense, **d'accélérer de manière significative les délais de paiement.** Les avantages qui en résulteraient équilibreraient largement l'inconvénient tenant à ce que, dans un pareil système, disparaîtraient également les procédures de certification et de taxation.

4.4.4.4 Des mesures de simplification susceptibles de procurer des gains substantiels

La mission a évalué les gains en emplois et en masse salariale pouvant être attendus des modifications, envisagées ci-dessus, des modalités de paiement des dépenses de médecine légale. Ils apparaissent substantiels. En effet, le paiement des dépenses de structure et des honoraires des médecins légistes sous forme d'une dotation globale servie au ministère de la santé, calculée par référence à la tarification et à l'activité de l'année précédente ainsi que la centralisation du paiement des mémoires de frais de justice ne rentrant pas dans ce dispositif (médecins libéraux non rattachés au réseau de médecine légale, expertises, transport de corps etc.) accompagnée de la suppression des procédures de taxation et de certification, permettrait de libérer 8 ETPT[70] de magistrat et 27 ETPT de greffier. Serait en effet

[70] Emploi équivalent temps plein travaillé.

économisé, le temps de traitement de quelques 500.000 mémoires de frais de justice concernant la médecine légale (estimé à 3 minutes par acte) imposé par les contrôles successifs du greffier certificateur, des magistrats du parquet puis du siège en cas de taxation, du régisseur et enfin de l'ordonnateur secondaire. Un ordonnancement centralisé au sein du « service facturier » du ministère, pourrait nécessiter, quant à lui, une dizaine d'ETPT, sans qu'il soit toutefois tenu compte à ce stade des gains de productivité nécessairement inhérents à la rationalisation des processus (professionnalisation des agents mais aussi simplification des procédures pour éviter, par exemple, les rapprochements manuels des pièces de dépenses**). Le gain global serait ainsi a minima de l'ordre de 25 ETPT et d'1,4 M€. Il pourrait servir à assurer une meilleure prise en charge financière des autopsies**.

4.5 Assurer l'homogénéité des pratiques au niveau national et améliorer le suivi de l'activité

4.5.1 Restaurer le Conseil supérieur de médecine légale

Bien qu'ayant toujours une existence réglementaire en l'absence d'abrogation du décret du 30 décembre 1994 qui l'a institué, le C.S.M.L. a interrompu de fait toute activité, selon les indications fournies à la mission, depuis la fin de l'année 2001, faute d'avoir été renouvelé. Cet effacement est très regrettable. Il prive la médecine légale d'une grande instance nationale de réflexion et de proposition et d'un lieu d'échanges réunissant toutes les parties prenantes. La mission propose donc que cette instance, dont les travaux passés continuent de faire référence, soit réactivée à l'initiative conjointe des ministères de la justice et de la santé.

4.5.2 Harmoniser les politiques pénales et homogénéiser les pratiques médicales

Par elle-même la création d'un réseau d'établissements et de médecins libéraux devrait remédier partiellement aux disparités observées dans la pratique médico-légale. Il paraît toutefois nécessaire que des instructions nationales assurent l'homogénéité tant des « prescriptions » que des modalités d'exécution des actes.

Il s'agit tout d'abord, en lien avec les départements ministériels concernés, de mieux cerner le champ propre de la médecine légale relevant d'une prise en charge au titre des frais de justice. Des précisions devraient ainsi être apportées sur les cas dans lesquels des victimes peuvent être examinées sans réquisition préalable, sur la prise en charge financière de l'examen médical des personnes en état d'ivresse publique manifeste lorsqu'elles sont conduites à l'hôpital par les agents de la force publique ou encore sur la limite, parfois subtile, entre l'examen de corps prescrit en application de l'article 74 CPP et celui effectué dans le cadre, strictement administratif, des dispositions de l'article R. 2213-17 CGCT en vue de la délivrance du permis d'inhumer. Une réflexion pourrait par ailleurs être engagée sur le rôle pouvant être tenu lors des levées de corps par les techniciens d'investigation criminelle et les fonctionnaires de l'identité judiciaire, certains interlocuteurs de la mission ayant suggéré qu'ils puissent accomplir des actes relevant actuellement du médecin. En l'état, cette suggestion, qui rencontre au sein des services de police et de gendarmerie de très fortes réticences, jugées légitimes par la mission, n'a pas été accueillie.

Il s'agit ensuite de diffuser des circulaires de politique pénale afin d'encadrer aussi précisément que possible les cas dans lesquels les parquets doivent requérir levées de corps et autopsies ou encore l'examen d'une victime par un médecin qualifié.

Il s'agit, enfin, d'harmoniser les **pratiques médicales** tant en ce qui concerne les autopsies, que les levées de corps et les examens de victimes, la mission ayant pu constater, au moins sur les levées de corps, de très importantes différences d'analyse entre praticiens, parmi les plus réputés. S'il était rétabli, le C.S.M.L. pourrait constituer un lieu de réflexion privilégié sur ces sujets. Si tel n'était pas le cas, pourrait être favorisée la tenue de **« conférences de consensus »** sur le modèle de celle organisée en 2004, sur le thème de l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, sous la double impulsion de la Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires et la Société de médecine légale et de criminologie de France.

4.5.3 Améliorer les contrôles sanitaires

Il n'existe pas de textes réglementaires spécifiques relatifs aux précautions particulières applicables aux personnels des services de médecine légale. Cependant, il est admis de leur appliquer les précautions définies par la circulaire n° D.G.S./DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques. Des précautions particulières sont recommandées en cas de coupures ou de piqûres et en cas de projections notamment sur les muqueuses. Des recommandations doivent être faites pour que chaque centre dispose de procédures en la matière. Il est impératif que ces services soient pris en charge par les CLIN.

Par contre, un ensemble de textes réglementaires portent sur l'environnement (air, sol, évacuations…), sur les matériels et l'hygiène des corps. La mission a pu vérifier que ces textes sont souvent ignorés et leur application non contrôlée. Une attention particulière doit être portée par les services de tutelle sur ces services en raison des risques sanitaires et des enjeux de santé publique ; aussi des contrôles devront-ils être opérés.

4.5.4 Créer les instruments permettant d'assurer un suivi et une évaluation de l'activité

Il apparaît enfin indispensable que les juridictions et les E.P.S. se dotent d'outils de gestion leur permettant de suivre avec précision l'évolution de chacun des secteurs de l'activité médico-légale et la dépense y afférente afin d'éclairer les politiques publiques. Cet outil est en tout état de cause indispensable pour le calcul de la dotation globale dont le versement est recommandé par ailleurs.

4.5.5 Développer une démarche qualité dans le domaine de la thanatologie

Le comité des ministres du Conseil de l'Europe a adopté le 2 février 1999 une recommandation R (99) 3 sur l'harmonisation des règles en matière d'autopsies médico-légale. La mission recommande que ce référentiel fasse l'objet d'une procédure « d'assurance qualité » soumise à vérification externe.

CONCLUSION

L'inorganisation, l'absence de prévision et de pilotage sont les traits majeurs de la situation de la médecine légale en France. Si des réussites existent, elles sont locales et doivent avant tout – si l'on excepte les rares structures, comme l'I.M.L. de Paris, ayant une base réglementaire - à la détermination de quelques chefs de juridictions, médecins et directeurs de centre hospitalier. Nombreux sont les interlocuteurs de la mission qui, pour qualifier tel ou tel aspect des dispositifs mis en place, ont utilisé les termes « bricolage », « débrouille » ou encore « moyens de fortune ». Pour reprendre un mot de M. Penneau, professeur de médecine légale au C.H.R.U d'Angers, « *pour être synthétique au risque d'être schématique, on pourrait dire que la France dispose des méthodes et techniques d'une médecine légale moderne qui s'exerce dans un cadre qui date du XIXème siècle* »[71]. Ce délaissement peut surprendre quand on sait les enjeux considérables pour la sécurité publique et les droits individuels attachés à l'activité médico-légale, indispensable à l'action des parquets et des juges d'instruction et, plus généralement, au bon fonctionnement du service public de la justice.

En définitive, il s'agit moins de « réformer » la médecine légale que de lui donner un cadre national qui n'existe pas aujourd'hui. Certes, une telle structuration ne résoudra pas toutes les difficultés, qui tiennent, pour partie, à une évolution de la démographie médicale dont les effets affectent la médecine dans son ensemble (annexe 11). Mais du moins convient-il d'empêcher que cette évolution n'aboutisse, dans certains départements, à sacrifier purement et simplement l'activité médico-légale.

L'impact financier de la structuration préconisée est difficile à mesurer. Il y a tout lieu de penser qu'elle aura pour effet d'augmenter la dépense dans la mesure où elle permettra à des parquets de faire procéder plus commodément à des examens médico-légaux auxquels ils renoncent aujourd'hui faute de moyens. Mais, pour l'essentiel, il s'agit moins d'accroître ces moyens que d'améliorer l'organisation et d'assainir le financement en reportant sur le budget de la justice et, pour une moindre part, sur celui de la santé, une charge assumée indûment jusqu'à aujourd'hui par l'assurance maladie. Des économies non négligeables peuvent, au demeurant, être attendues de certaines mesures comme la suppression de la procédure de paiement sur mémoires de frais, qui soulagera en outre les juridictions et assurera aux médecins une rémunération rapide. Certes, la disparition d'un certain nombre de centres d'autopsie ayant une faible activité devrait entraîner mécaniquement une augmentation des frais de transport de corps. Mais elle procurera dans le même temps des économies d'échelle importantes. En outre, ces frais supplémentaires pourraient être limités par une pratique mieux encadrée des levés de corps, de nature à éviter des autopsies inutiles.

[71] Intervention lors d'un colloque Justice-Santé tenu le 30 avril 2004 à la cour d'appel de Riom à l'initiative de M. Marc Robert, procureur général.

Cela étant, si une structuration de la médecine légale est indispensable, il importe de la mettre en œuvre avec pragmatisme, en maintenant, transitoirement, les organisations locales même si elles ne sont pas parfaitement rationnelles, tant qu'aucun dispositif plus efficient ne peut leur être substitué. La priorité, pour ne pas dire l'urgence, est certainement de rétablir un financement stable en réévaluant les tarifs (notamment celui des autopsies) en cantonnant certaines pratiques (les examens sans réquisition et les prélèvements non placés sous scellés) et en prévoyant une contribution de la Santé ou de l'assurance maladie afin de compléter, pour les examens des victimes d'infractions pénales, le financement au titre des frais de justice. En outre, sans même attendre la mise en œuvre de ces mesures, il importe d'autoriser à titre transitoire, par voie d'instructions, l'application des aménagements tarifaires conventionnels auxquels les juridictions et centres hospitaliers ont été contraints de procéder, sans que nul n'y trouve longtemps à redire, pour assurer la viabilité du système.

A terme, il s'agit pour l'essentiel de mettre fin à des disparités territoriales qui affectent non seulement l'efficacité des investigations en matière pénale, mais également l'égalité des citoyens devant la justice.

Frédéric DESPORTES
Inspecteur des services judiciaires

Fernand LORRANG
Inspecteur général des affaires sociales

Rémi CROSSON DU CORMIER
Inspecteur des services judiciaires

Sylvain PICARD
Inspecteur général des affaires sociales

Pascale REITZEL
Inspectrice des services judiciaires

LISTE DES PRECONISATIONS.

- Donner un cadre législatif et réglementaire à la médecine légale

- Placer le service public hospitalier au cœur du dispositif

- Associer étroitement les médecins libéraux et les structures non hospitalières

- Favoriser une meilleure identification et une approche globale de la médecine légale

- Créer une organisation territoriale sur deux niveaux et en réseaux

- Clarifier les dénominations (service de médecine légale et unité médico-judiciaire)

- Intégrer les réseaux dans des schémas régionaux

- Associer étroitement les autorités judiciaires à la constitution et au fonctionnement du réseau

- Conforter la formation des médecins en médecine-légale

- Cantonner rigoureusement l'accomplissement de constats médico-légaux sans réquisition préalable

- Proscrire la participation des médecins des UCSA à la médecine légale en milieu pénitentiaire

- Prendre des mesures rapides et drastiques concernant le suivi et la destruction des scellés

- Faire assurer la prise en charge des soins en garde à vue

- Assurer un financement juste, transparent et pérenne en réaffirmant le principe d'un financement de la médecine légale sur frais de justice en contrepartie d'un « service rendu évaluable »

- Prévoir un co-financement par le budget de la santé ou de l'assurance maladie des examens médico-légaux de victimes d'infractions

- Réexaminer les tarifs dus au titre des frais de justice avec comme priorité la revalorisation du tarif des autopsies

- Rationaliser et simplifier les procédures de paiement avec un versement aux E.P.S. sous forme de dotation globale, de la totalité des honoraires et indemnités dus au titre des actes effectués au sein du réseau et une centralisation du paiement des prestations effectuées par les médecins et autres professionnels extérieurs au réseau

- Assurer l'homogénéité des pratiques au niveau national et améliorer le suivi de l'activité

- Restaurer le Conseil supérieur de médecine légale

- Harmoniser les politiques pénales et homogénéiser les pratiques médicales

- Améliorer les contrôles sanitaires

- Créer les instruments permettant d'assurer un suivi et une évaluation de l'activité

- Développer une démarche qualité dans le domaine de la thanatologie.