



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2014 - 2016**

Date du Jury : **Décembre 2015**

---

**Evaluation des impacts financiers et  
organisationnels de la réforme de la  
médecine légale de 2011**

**- Quel avenir hospitalier pour la discipline ? -**

---

**Marie FRANCONY**

---

# Remerciements

---

Mes premiers remerciements vont naturellement à M. Didier Bouvet, mon encadrant mémoire, qui a une nouvelle fois tout fait pour m'orienter, me conseiller, et me soutenir, bien au-delà du cadre de ce mémoire.

A Guillaume du Chaffaut, mon maître de stage, je souhaite exprimer toute ma sympathie, ainsi que mes plus chaleureux remerciements pour ses encouragements, son investissement dans sa fonction d'encadrement, et sa présence au quotidien qui a contribué à faire de ces neuf mois de stage une belle période de ce début de carrière.

A M. Philippe Domy, Directeur Général du CHRU de Montpellier, je souhaite témoigner ma gratitude pour la confiance qu'il place dans les jeunes générations, et mon admiration pour le directeur qu'il est.

A Marie-Odile Moreau, je fais part du plaisir que j'ai eu à notre rencontre et à nos échanges sur ce sujet qui nous anime toutes les deux, avec néanmoins pour sa part une antériorité considérable d'investissement au service de la médecine légale.

Merci aux Professeurs Jardé et Telmon, qui ont tous deux pris de leur temps pour partager avec moi leur vécu et leurs analyses sur cette activité qui les passionne.

Enfin, je souhaite exprimer mes remerciements au Pr Baccino, qui a accepté d'ouvrir les portes de son service à une directrice, et de lui consacrer du temps pour favoriser la connaissance partagée des enjeux de son activité.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Malgré un état des lieux initial partagé par tous les acteurs, la rationalisation de l'organisation de la médecine légale s'est révélée difficile à mettre en œuvre. ....	13
1.1 De timides tentatives d'organisation de l'activité sans acte fort .....	13
1.2 La réflexion initiée dès le début des années 2000 par le rapport Jardé marque un tournant dans la dynamique d'élaboration d'une réelle réforme de la médecine légale	21
1.3 La réforme de 2011 : entre régulation nationale et ajustements locaux de la pratique de la médecine légale .....	26
2 Le constat de l'inégalité des impacts financiers et organisationnels de la réforme de 2011 sur le territoire appelle à des arbitrages forts pour la pérennisation de l'activité.....	35
2.1 Un bilan des conséquences de l'application de la réforme au niveau national partagé par la plupart des acteurs.....	35
2.2 Mise en perspective des constats nationaux par la mesure des impacts de la réforme de 2011 sur le département de médecine légale du CHRU de Montpellier .....	44
2.3 Des arbitrages nationaux et locaux à réaliser pour engager de nouvelles perspectives de développement de la médecine légale .....	52
Conclusion .....	59
Bibliographie .....	63
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignante

CES : Certificat d'Etudes Spéciales

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CPP : Code de Procédure Pénale

CREA : Compte de Résultat Analytique

DDSP : Direction (ou Directeur) Départementale de la Sécurité Publique

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

DRAC : Direction des Affaires Criminelles et des Grâces

DRH : Direction des Ressources Humaines

DT : Délégation Territoriale

ES : Etablissement de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

GAV : Garde à Vue ou Gardé à Vue

GIML : Groupe Interministériel de Médecine Légale

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

IML : Institut Médico-Légal

IRCGN : Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale

ITT : Incapacité Totale de Travail

ML : Médecine Légale

ONML : Observatoire National de la Médecine Légale

OPJ : Officier de Police Judiciaire

PH : Praticien Hospitalier

PNM : Personnel Non Médical

RIM : Réunion Interministérielle

RIS : Réunion Interservices

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

## Introduction

La période de professionnalisation de la formation de Directeur d'Hôpital, dite stage long, a pour but de mettre l'élève-directeur en situation professionnelle en lui confiant la gestion de projets institutionnels d'actualité pour l'établissement durant la période de stage. A ce titre, j'ai été chargée de l'élaboration d'un protocole de coopération entre le CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire), la police, la gendarmerie et la justice. Plusieurs raisons ont conduit la direction générale à considérer ce dossier comme une priorité institutionnelle pour l'année 2015.

Tout d'abord, si un protocole d'accord existait déjà entre la DDSP (Direction Départementale de la Sécurité Publique) de l'Hérault et le CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Montpellier depuis 2007, il était non seulement sommaire, sans réelles déclinaisons opérationnelles, mais il n'incluait par ailleurs pas l'autorité judiciaire. Or, les ministères de la Santé, de l'Intérieur, et de la Justice, ont signé le 10 juin 2010 un protocole d'accord visant à améliorer la sécurité dans les établissements de santé<sup>1</sup>. S'il existait déjà au niveau national un premier protocole d'accord entre les ministères de la Santé et de l'Intérieur, opérationnel dès 2005<sup>2</sup>, il n'incluait pas non plus l'autorité judiciaire. Le protocole de 2010 a donc été l'occasion de formaliser l'engagement de la justice dans le dispositif, invitant à ce titre les établissements à décliner ce type de protocole au niveau local. Le CHRU avait déjà répondu à cette incitation en signant son protocole en 2007 sur le modèle du protocole national de 2005, il était donc temps de mettre à jour ce dispositif sur le modèle de l'initiative nationale de 2010.

Par ailleurs, un certain nombre de problématiques récurrentes occasionnait des rencontres et négociations entre les représentants locaux des trois institutions : la direction générale de l'établissement de santé, le DDSP, et le Procureur Général. De plus, le CHRU avait été l'auteur de dysfonctionnements récents ayant perturbé le déroulement d'enquêtes, dans la mesure où n'avaient pas été respectées toutes les règles relatives à la conservation des preuves (vêtements, effets personnels, projectiles...) lors de la prise en charge de patients impliqués dans une procédure policière ou judiciaire. Il semblait donc nécessaire de sensibiliser à nouveau l'ensemble du personnel à ces problématiques très particulières, et le format d'un protocole comprenant des fiches réflexes sur la conduite à tenir dans diverses situations impliquant la police et la justice a été entérinée.

Lors du travail de recensement des problématiques récurrentes devant être protocolisées dans le cadre de ce dossier, il est rapidement apparu que nombre d'entre elles impliquaient le service de médecine légale du CHRU. En effet, ce service est en

---

<sup>1</sup> Biblio protocole

<sup>2</sup> Biblio protocole 2005

constante relation avec la police, dans le cadre par exemple des réquisitions qu'elle produit pour les autopsies ou les examens de victimes, et avec la justice, à qui sont notamment remis les rapports produits par les médecins légistes. En revanche, bien que la médecine légale ait renforcé progressivement son intégration hospitalo-universitaire, notamment depuis une réforme en 2011 faisant des CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) les sièges des services de médecine légale pour un territoire donné, l'articulation n'est pas encore nette entre ce service et les autres disciplines hospitalières. Si la médecine légale est particulièrement au fait du fonctionnement du système judiciaire et des règles qui en découlent dans la prise en charge de victimes, les autres services, notamment les urgences, ne maîtrisent que peu ces concepts. Il en ressort même parfois une franche opposition entre les professionnels de la médecine légale et leurs confrères hospitaliers. Le travail sur ce protocole avait donc également pour but de redonner une place à la médecine légale au sein de l'hôpital, en favorisant la compréhension entre les personnels par la diffusion de la connaissance des procédures policières et judiciaires. Enfin, depuis la réforme de 2011, la place de la médecine légale dans les établissements de santé a changé, et il est du rôle de la direction que d'en appréhender les enjeux. C'est à ce titre que la direction générale de l'établissement a souhaité que j'élargisse ce travail à l'évaluation des conséquences nationales et locales de la réforme sur l'activité de médecine légale, consciente des enjeux que cela représentait pour un directeur d'établissement.

Les services de médecine légale se retrouvaient déjà dans les établissements de santé bien avant la réforme de 2011, mais leur fonctionnement était plus autonome. En effet, les médecins étaient requis nommément pour accomplir différents actes de médecine légale (autopsies, examens de victimes...), et payés directement sur remise d'un mémoire de frais. Néanmoins les hôpitaux supportaient une partie des charges liées à l'activité de médecine légale, notamment les charges de structure liées à cette activité. Par ailleurs, l'élaboration de mémoire de frais par chaque médecin conduisait à des différences importantes d'une région à l'autre ou d'un praticien à l'autre. La réforme de 2011 a instauré un système de financement par dotation globale versée directement à l'établissement siège d'un service de médecine légale. Cette dotation a pour vocation de couvrir les frais de structure, les rémunérations des personnels, et inclut un coefficient géographique. Le paiement à l'acte demeure pour un nombre limité d'opérations. La réforme a donc eu pour vocation de couvrir au mieux les frais occasionnés par la médecine légale dans les établissements. Il s'agit donc d'un enjeu financier pour la direction. En effet, la plupart des actes réalisés par la médecine légale (ML) sont fait sur réquisitions, et ainsi au service de la justice. Il est donc logique que l'établissement ne finance pas les charges liées à la part de cette activité qui ne génère pas de recettes pour

l'hôpital, et qui par ailleurs ne participe pas directement à l'activité hospitalière. En revanche, selon les choix faits par les services de médecine légale, une autre partie de leur activité peut ne pas relever directement de leur rôle d'auxiliaire de l'autorité judiciaire, comme la prise en charge psychologique des victimes ou le développement de consultations de prévention. Ce type d'actes, qui relèvent d'une prise en charge globale en santé publique, se retrouve dans les missions du service public hospitalier, et doit donc être suivi par la direction au même titre que l'activité hospitalière plus classique.

Par ailleurs, bien qu'au service de la justice sur la plupart de leur temps de travail, les agents et praticiens exerçant dans le service de médecine légale font partie des effectifs de l'établissement, et sont ainsi gérés par la direction des ressources humaines (DRH) comme le reste du personnel. La question de leur recrutement, pour l'exercice de leur métier dans des conditions physiques et psychologiques difficiles, doit être gérée avec prudence et attention. Ainsi la formation des agents d'amphithéâtre a fait l'objet d'un encadrement progressif, que la DRH se doit de prendre en compte. Il convient de fournir les outils et l'accompagnement nécessaires aux infirmières et aides-soignantes souhaitant exercer dans les UMJ (Unité Médico-Judiciaire), qui pratiquent la médecine légale du vivant. Enfin, la question du retentissement psychologique de la pratique de la médecine légale, notamment pour les médecins légistes, est de plus en plus soulevée au sein de la profession, en témoigne le travail de recherche mené actuellement par une psychologue du service de médecine légale du CHRU de Nancy, en partenariat avec l'unité Psychiatrie-Psychotraumatologie-Addiction de l'hôpital Tenon<sup>3</sup>. Cela doit donc être un sujet de vigilance pour les directions d'établissement, et notamment la DRH, dans un souci d'amélioration constante de la qualité de vie au travail.

Contrairement à l'image communément répandue, les services de médecine légale prennent en charge essentiellement des personnes vivantes. Ainsi, les autopsies ne représentent que 3% de l'activité de médecine légale en 2014, contre 52% pour les examens somatiques de victimes<sup>4</sup>, d'après les données de l'ONML (Observatoire National de la Médecine Légale). Aussi, la question de la qualité de la prise en charge des patients se pose avec autant d'acuité dans ce service hospitalier que dans les autres, si ce n'est plus, étant donné le contexte difficile dans lequel ces patients sont amenés à avoir recours au service (examen post-agression, viols, maltraitance...). Cet enjeu de prise en charge conduit à nouveau à conclure à la nécessité pour la direction d'assurer un suivi du fonctionnement de ce service.

---

<sup>3</sup> Travail de recherche dans le cadre d'un DU en psychotraumatologie, matérialisé par une enquête médiatisée et diffusée auprès des praticiens de la spécialité lors du 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale

<sup>4</sup> Cf. Annexe 1 – données ONML



Enfin, en raison des liens étroits qu'elle entretient avec la justice et la police, et de l'intérêt de l'opinion publique pour les affaires policières et judiciaires et leur représentation dans les divertissements cinématographiques et télévisuels, la médecine légale est à fort enjeu médiatique. Dès lors, les directeurs peuvent être interrogés sur des procédures judiciaires en cours, en raison de l'expertise fournie par le service de médecine légale de leur établissement dans l'affaire. Entre protection du secret médical et du secret de l'instruction, il est nécessaire d'être préparé aux sollicitations médiatiques directement liées à la pratique de la médecine légale. Si la multiplication des films et séries mettant en scène cette discipline a permis d'augmenter nettement l'attractivité de ces professions, cela va de pair avec un intérêt accru des médias pour toutes les problématiques qui s'y rapportent, obligeant la direction à maîtriser sa communication sur le sujet.

La question du fonctionnement des services de médecine légale dans les établissements de santé, notamment depuis la réforme de 2011, s'impose donc comme une préoccupation légitime pour un directeur d'hôpital. La médecine légale est aujourd'hui un service à part entière dans les hôpitaux, avec les impacts financiers, organisationnels et qualitatifs que cela peut entraîner. A l'aune de ce constat, il était particulièrement intéressant de s'attacher à cette analyse en 2015. En effet, au mois de février, un document de travail du Ministère de la Justice a été diffusé dans tous les départements de médecine légale de France. Il prévoit une nouvelle révision du schéma d'organisation de la médecine légale, qui réduit de manière conséquente les ressources d'un nombre important de structures. Si cette révision était validée en l'état, elle aurait un impact important sur l'activité, les effectifs, le financement et la qualité de prise en charge dans les services de médecine légale. De nombreux responsables de ces services ont demandé l'appui du parquet dont ils dépendent mais aussi de leur direction pour dénoncer les risques de cette potentielle réforme sur la qualité de leur travail. Dans ce contexte national, il est d'autant plus pertinent pour un directeur de comprendre et mesurer les enjeux inhérents à cette activité un peu particulière, mais néanmoins partie prenante, du champ d'exercice des établissements de santé.

Il est important de préciser que, si la médecine légale n'a pas toujours été intégrée au système hospitalier, il s'agit néanmoins d'une des plus anciennes disciplines médicales. Il est donc nécessaire d'opérer un rappel historique sur la genèse de cette discipline, d'autant que, comme le rappelle Charles Desmazes dans son Histoire de la

médecine légale en France, « Nous ne possédons une science que quand nous en connaissons bien l'histoire »<sup>5</sup>.

Aussi, si l'on considère dans un premier temps la médecine légale comme la simple recherche de la cause de la mort, les premiers témoignages de cette pratique remontent à l'Antiquité. A Rome, les cadavres étaient exposés au public, notamment pour permettre leur identification, mais aussi pour que chacun puisse s'exprimer sur la cause apparente de la mort. Cela allait même jusqu'aux premières expertises criminelles, au titre desquelles le médecin Antistius avait été appelé par le Sénat pour se prononcer sur les causes de la mort de Jules César. Il observa donc les blessures, les autopsies n'étant pas permises, et détermina que sur les 23 blessures, seul le coup de poignard porté entre la première et la deuxième côte avait été fatal<sup>6</sup>. Au cours du III<sup>ème</sup> siècle av. J.-C, ce principe est intégré dans le système judiciaire de la République Romaine, et les *quaestiones perpetuae*, ces jurys composés de sénateurs et chevaliers qui statuent en dernier ressort, exigent que les personnes lésées fassent procéder à l'estimation de leur mal. Dès le VI<sup>ème</sup> siècle ap. J.-C, le rôle des médecins en appui de la justice s'affirme : le médecin inspecte la peau et les plaies, détermine l'effet des poisons, et est à ce titre un véritable auxiliaire de justice<sup>7</sup>. Cela se traduit notamment par la loi *Aquilia*, proposée par le tribun Aquilius en 572, qui ordonne de déterminer la létalité des blessures avant de procéder au jugement.

En « France », on retrouve d'une part les Wisigoths et les Bourguignons qui se sont inspirés de la législation romaine, et d'autre part les Francs Saliens, à l'origine de l'élaboration de la loi Salique. Ce code de lois emprunte beaucoup au latin, et porte essentiellement sur le droit pénal et les transactions financières pouvant en résulter. Le but était de mettre fin aux vengeances privées en imposant le versement de sommes d'argent comme modalité de règlement des différends<sup>8</sup>. Il est donc donné, pour fixer le montant de la transaction, une place prépondérante aux détails sur les blessures, leur siège et leur importance, par exemple : « Si quelqu'un frappe un autre à la tête et que des os sortent, il payera quarante-cinq sous »<sup>9</sup>. Charlemagne poursuivra d'ailleurs dans cette dynamique en prévoyant dans ses Capitulaires que le juge doit s'appuyer sur l'avis des médecins.

---

<sup>5</sup> DESMAZE C., 1880, *Histoire de la médecine légale en France d'après les lois, registres et arrêts criminels*. Paris : G. Charpentier, 92 p.

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> HISTOIRE POUR TOUS. *Histoire de la médecine légale* [visité le 31/08/15], disponible sur : <http://www.histoire-pour-tous.fr/dossiers/89-histoire-des-sciences-et-des-techniques-/4101-histoire-de-la-medecine-legale.html>

<sup>8</sup> WIKIPEDIA. Loi Salique [visité le 03/09/15], disponible sur [https://fr.wikipedia.org/wiki/Loi\\_salique](https://fr.wikipedia.org/wiki/Loi_salique)

<sup>9</sup> DESMAZE C., *op. cit.*

En Europe, certains royaumes progressent plus rapidement. Ainsi Frédéric II, régnant sur le Saint-Empire romain germanique, organise les études de médecine et promulgue à ce titre dès 1241 un édit autorisant la dissection des cadavres humains<sup>10</sup>. Il faut attendre 130 ans de plus pour que la France, et plus particulièrement la Faculté de médecine de Montpellier, obtienne l'autorisation en 1374 de réaliser des dissections et des autopsies.

Mais la médecine légale tend également à se structurer d'un point de vue juridique. On peut relever à cet effet la *Nemesis Carolina*, forme de constitution produite entre 1530 et 1532 sous le règne de Charles Quint, qui est le premier document relatif à l'organisation de la médecine judiciaire. Elle est alors considérée comme indispensable à la justice et les articles 147 et 149 de ce nouveau « code criminel » prévoient ainsi que les peines doivent être proportionnées aux effets physiques des crimes et délits, évalués par un médecin, et que les corps doivent être examinés médicalement avant de procéder aux opérations funéraires. En France, c'est Ambroise Paré qui écrit les premières notions de médecine légale, notamment dans son *Vingthuitieme Livre traictant des rapports et du moyen d'embaumer les corps morts*, qui a pour vocation d'instruire « le jeune chirurgien à bien faire rapport en justice »<sup>11</sup>. Il inclut ainsi toutes les explications nécessaires pour rédiger un rapport, donne des exemples de rédaction, et précise les modalités d'embaumement et les produits à utiliser. On y trouve aussi la présentation de tous les signes permettant de déterminer le degré de gravité des blessures. Ambroise Paré est à ce titre considéré comme le père de la médecine judiciaire<sup>12</sup>.

Néanmoins, la progression de la discipline continue à se construire dans une dualité paradoxale : si le médecin légiste devient l'appui indispensable du juge, il continue à devoir consacrer une partie de son travail aux phénomènes surnaturels que sont les possessions démoniaques et la sorcellerie. Ainsi, Henri IV fait adopter en 1603 un édit prévoyant la nomination, dans toutes les grandes villes du royaume, de deux médecins et chirurgiens « pour faire les visites et rapports en justice », dont les caractéristiques doivent être la probité et l'excellence<sup>13</sup>. Une importante ordonnance criminelle de 1670 précisera ensuite le statut du médecin légiste en créant un corps de professionnels, les « chirurgiens jurés en titre d'office », qui sont les seuls à pouvoir réaliser des rapports ouvrant droit à « provision »<sup>14</sup>. Cette nouvelle catégorie de médecins devient un corps très spécial et très respecté, qui a droit de préséance sur leurs confrères. La discipline est

---

<sup>10</sup> HISTOIRE POUR TOUS., *op. cit.*

<sup>11</sup> HECKETSWEILER P., novembre 2006, « La trajectoire de la médecine légale », *Gestions Hospitalières*, n°460, pp. 657-664

<sup>12</sup> LACASSAGNE A., 1906, *Précis de médecine légale*. Paris: Masson, 891 p.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> HECKETSWEILER P., *op. cit.*

enfin représentée à l'époque par Paul Zacchias, qui est considéré comme l'inspirateur de la science médico-légale au XVII<sup>ème</sup> siècle<sup>15</sup>, notamment après la publication de ses *Questions médico-légales*, rassemblant une documentation impressionnante et des idées très novatrices.

Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, on note l'importance des travaux de Lafosse, qui étudie les phénomènes cadavériques (1770) et de Chaussier, qui s'attache à démontrer l'importance de la médecine légale (1783)<sup>16</sup>. Mais on commence surtout à cette époque à parler de médecine légale en français. Si elle reste une expression d'initiés et ne figure pas dans l'Encyclopédie, elle est en revanche l'un des sous-titres de *l'Encyclopédie méthodique* éditée en 1787 par Félix Vicq d'Azyr, médecin anatomiste et secrétaire de la Société royale de médecine<sup>17</sup>. Dans l'avertissement de l'éditeur, on peut ainsi lire : « Il y a certaines questions sur lesquelles on se prononce, dans les tribunaux, qu'après avoir consulté les personnes de l'art : on appelle du nom de médecine légale, *medecina forensi*, la science qui trace la marche que l'on doit suivre dans ces recherches »<sup>18</sup>. Si cette publication est en soi une reconnaissance de la discipline, la question de son périmètre sera encore sujette à débat et évolution. En effet, l'on peut considérer que la médecine légale moderne est née dans ce contexte de réflexion. Ainsi, une loi de 1794 réorganise l'enseignement médical et donne une consécration universitaire à la médecine légale, en créant, parmi les douze chaires de la nouvelle Ecole de santé à Paris, une chaire de « médecine légale et histoire de la médecine »<sup>19</sup>. Mais ce ne sont pas les titulaires de cette chaire qui contribuèrent véritablement à donner de l'ampleur à la discipline. On notera plutôt à ce titre les interventions de François-Emmanuel Foderé, qui dès 1818 affirmait « Combien est grande l'erreur de ceux qui croient que la médecine légale ne consiste que dans le talent de rédiger un rapport de justice ». Il est d'ailleurs le premier à publier un ouvrage en langue française comprenant le terme « médecine légale » dans son titre : *Les Lois éclairées par les sciences physiques ou Traité de médecine légale et d'hygiène publique*. Il conférait dans cet ouvrage trois dimensions à la médecine légale : civile, criminelle et administrative<sup>20</sup>.

Mais cette vision était encore insuffisante pour Nicolas Pierre Gilbert, l'un des grands médecins de l'Empire et réformateur de l'ancienne médecine. En effet, même si la médecine légale s'ouvrait progressivement à de nouvelles disciplines comme l'anatomie pathologique et la toxicologie, et que l'on pouvait même noter quelques brillants travaux

---

<sup>15</sup> LACASSAGNE A., *op. cit.*

<sup>16</sup> LACASSAGNE A., *op. cit.*

<sup>17</sup> HECKETSWEILER P., *op. cit.*

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> *Ibid.*

précurseurs de la médecine légale sociale, comme l'ouvrage d'Ambroise Tardieu sur les violences à enfants (1860), le médecin légiste demeurait le « médecin des morts ». Gilbert ne se satisfaisait pas de ce statut et préconisait déjà une réforme de la médecine légale, et notamment de sa formation, qu'il envisageait clinique et pratique. Il ne cessa de lutter pour l'ouverture d'une école de médecine légale auprès de chaque tribunal d'appel, au nom de la médecine légale, « ce premier besoin de l'homme citoyen, cette garantie sacrée du corps social »<sup>21</sup>. Mais il faut attendre 1877 pour que le doyen de la faculté de médecine de Paris, Alfred Vulpian, décide d'organiser un enseignement pratique à la morgue, qui sera confié à Paul Brouardel, futur titulaire de la chaire de médecine légale (de 1879 à 1906).

Les débuts de l'enseignement clinique furent concomitants avec les premières avancées architecturales relatives aux bâtiments où se pratiquait la médecine légale. Ainsi, en 1868, Haussman fait construire une morgue sur la pointe est de l'Île de la Cité, qui devient rapidement un lieu de sortie en vogue pour les Parisiens : en effet, les cadavres y étaient exposés pendant au moins trois jours derrière des vitres, pour permettre notamment l'identification des noyés. On retrouve d'ailleurs la description d'une de ces scènes dans *Thérèse Raquin*, d'Emile Zola : Laurent ayant noyé Camille, il passe tous les jours à la Morgue dans l'attente que le corps de ce dernier soit retrouvé. Il décrit ainsi la scène : « La morgue est un spectacle à la portée de toutes les bourses, que se payent gratuitement les passants pauvres ou riches. La porte est ouverte, entre qui veut. Il y a des amateurs qui font un détour pour ne pas manquer une de ces représentations de la mort. »<sup>22</sup>. Ce bâtiment sera détruit avant la Première Guerre Mondiale et réimplanté en 1914 Quai de la Râpée, où il prend le nom d'Institut Médico-Légal de Paris. Il dispose alors de toutes les techniques nécessaires à la réfrigération pour la conservation des cadavres, évitant ainsi des scènes à la Zola, où les cadavres étaient exposés pendant plus de trois jours sans aucune conservation. Mais déjà à cette époque, l'IML de Paris adoptait un statut complexe, en tant que centre d'excellence d'une discipline médicale, localisé dans une enceinte dépendant de la préfecture de police, sans lien avec l'hôpital mais contribuant à la formation des médecins. Cette complexité se retrouve encore aujourd'hui dans le statut de plusieurs structures parisiennes de médecine légale.

Les évolutions de la discipline sont très rapides après le début de l'instruction pratique portée par Brouardel, et une demande de reconnaissance de la spécialisation commence à émerger parmi la communauté des légistes. A cette époque la spécialisation n'a pas de statut juridique précis, mais correspond à un vrai domaine de compétence,

---

<sup>21</sup> GILBERT N., 1808 « Légale (médecine légale, médecine du barreau, jurisprudence médicale) », in AGASSE H., *Encyclopédie méthodique*, p 97.

<sup>22</sup> ZOLA E., 1867, *Thérèse Raquin*, Edition de Robert Abirached. Paris : Gallimard, pp 116-117.

voire une pratique exclusive<sup>23</sup>. Ainsi en 1905, sur 3500 médecins parisiens, 1200 se déclarent spécialistes, dont moins de 1% en médecine légale<sup>24</sup>. L'absence de régulation étant problématique, un ordre des médecins est finalement créé en 1941. Mais ce fût l'Ordre des médecins refondé par le Général de Gaulle en 1945 qui structura véritablement la spécialisation. Il distingua d'une part les spécialités d'exercice exclusif, et d'autre part les « compétences », compatibles avec l'exercice de la médecine ou de la chirurgie générale. La médecine légale fut reconnue comme compétence, alors qu'elle possédait de longue date l'ensemble des caractéristiques d'une spécialité : un domaine d'expertise, un enseignement organisé (1795), une revue reconnue (1829) et une société savante (1868)<sup>25</sup>. Elle restait néanmoins une forme de spécialité, et eut à ce titre un CES (Certificat d'Etudes Spéciales), qui permettait d'être qualifié spécialiste sans passer par l'internat. Mais la loi du 6 juillet 1979<sup>26</sup> revient sur ce dispositif en prévoyant que tous les spécialistes seraient formés par la voie de l'internat. Elle supprima les CES et créa donc les DES (Diplômes d'Etudes Spécialisés). La médecine légale devient alors un « DESC non-qualifiant », soit une simple formation complémentaire qui peut s'ajouter à une « vraie spécialité ». Corollaire de ce manque de reconnaissance dans la formation et la spécialité, l'intégration hospitalo-universitaire de la discipline sera également lente, et sa structuration en pâtira.

Replacer une discipline dans le contexte de sa genèse historique a un intérêt particulier dans le cas de la médecine légale. En effet, cette démarche historiciste, de François-Emmanuel Foderé à Alexandre Lacassagne, semble valider le projet médico-légal issu des Lumières et en présente les enjeux<sup>27</sup>. De plus, leurs travaux semblent conférer une fonction légitimatrice à l'histoire de la médecine légale, dans une forme de performativité où l'écriture de l'histoire de cette science lui confère son existence en tant que discipline. Enfin, mettre en lumière les transformations du champ médico-légal permet de saisir la complexité et l'ancienneté de cette discipline que beaucoup ont perçue à tort comme « nouvelle »<sup>28</sup>.

L'ensemble de ces réflexions permettent également de définir le périmètre de la médecine légale à retenir dans le cadre de cette étude. En effet, l'histoire de la médecine légale témoigne des ajouts progressifs d'activités diverses au champ du légiste. Ainsi, tel

---

<sup>23</sup> HECKETSWEILER P., *op. cit.*

<sup>24</sup> WEISZ G., 1994, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social history of medicine*, vol. 7, n°2, pp 177-211

<sup>25</sup> HECKETSWEILER P., *op. cit.*

<sup>26</sup> Loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques. Journal Officiel, n° 54 du 7 juillet 1979, pp 1644-1645.

<sup>27</sup> ZUBERBUHLER V., 2010, « Ecrire l'histoire de la médecine légale. L'apport des manuels de Foderé à Lacassagne », *Revue d'histoire des sciences humaines*, vol.1, n°22, pp. 61-77.

<sup>28</sup> *Ibid.*

que représenté traditionnellement, la médecine légale comprend tout ce qui touche au corps mort : examens externes des corps et autopsies. Mais elle a évolué avec le temps et les pratiques. Ainsi, dès 1700, Pierre Dionis, médecin de la reine Marie-Thérèse d'Autriche, préconisait que les autopsies devaient se faire dans les 24 heures de la mort et sur les lieux où avait été trouvé le cadavre<sup>29</sup>. Avec les techniques d'examen et d'autopsies modernes, l'autopsie ne peut être envisagée ailleurs que dans les morgues. Mais cette nécessité d'observer le cadavre dans les circonstances géographiques et temporelles du décès demeure, d'où le développement de la levée de corps : le légiste intervient sur les lieux du décès pour fournir aux enquêteurs de premiers éléments médicaux qui, ajoutés aux constatations matérielles de ces derniers, serviront de base au Procureur de la République pour décider de la suite à réserver à l'enquête<sup>30</sup>.

Une seconde partie de l'activité médico-légale concerne les vivants et regroupe, d'une part, les examens de compatibilité des gardés à vue, et d'autre part l'examen des victimes d'agressions, pour la fixation d'ITT (Incapacité Totale de Travail), qui permet au magistrat de qualifier les faits sur le plan pénal. Sur cette dernière activité, le rôle du médecin légiste s'est longtemps limité à de la constatation et de la rédaction de certificats, au détriment de l'accompagnement des victimes. Ce n'est qu'à partir des années 1980 qu'un autre regard est porté par les pouvoirs publics sur les victimes de la criminalité<sup>31</sup>. Dès lors, une politique plus proactive d'aide aux victimes sera initiée, qui aura elle aussi des conséquences exposées dans cette étude sur le périmètre de la médecine légale. On retrouve également dans de nombreux rapports le terme de « troisième cercle » de la médecine légale pour désigner l'ensemble des actes périphériques mais complémentaires à l'activité de médecine légale. Cela recouvre les analyses génétiques, biologiques, toxicologiques, anatomopathologique... Si les problématiques qui y sont liées ne sont écartées en soi, elles ne feront néanmoins pas l'objet de développement particulier dans le cadre de cette étude. Enfin, si certains centres médico-légaux s'occupent également des unités sanitaires des prisons, et que la gestion sanitaire des détenus fait parfois l'objet de communications dans les colloques de médecine légale, cet aspect de l'activité ne saurait être retenu dans le cadre de cette étude, dans la mesure où il relève plus de choix organisationnels des établissements de santé que d'une réelle intégration dans la discipline qu'est la médecine légale.

La médecine légale est une discipline historiquement forte à Montpellier, qui est la première faculté de médecine française à avoir pu pratiquer des autopsies. Nous avons constaté qu'il n'en est pas nécessairement de même au niveau national, où sa

---

<sup>29</sup> HISTOIRE POUR TOUS. *Op. cit.*

<sup>30</sup> BACCINO E., JARDE O., 2015, *Médecine légale clinique : Médecine de la violence – prise en charge des victimes et des agresseurs*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 308 p.

<sup>31</sup> *Ibid.*

reconnaissance comme discipline médicale à part entière n'est pas achevée. La réforme de 2011 de la médecine légale a donc été conçue dans cet objectif, et en se basant sur la situation de structures aux réalités très diverses. Aussi, il convient de s'interroger sur la possibilité de réaliser des constats homogènes sur les impacts de cette réforme. Le questionnement principal de cette étude sera donc le suivant : quel état des lieux peut-être fait de la restructuration de la discipline opérée au niveau national, et dans quelle mesure ce constat sera-t-il applicable à des structures d'une grande hétérogénéité ? Le service de médecine légale du CHRU de Montpellier servira de support à cette mise en perspective des constats nationaux et locaux.

Ainsi, après plusieurs tentatives infructueuses de structuration de la discipline visant à lui accorder plus de visibilité, la réforme de 2011 a marqué un tournant en transformant profondément l'organisation et le mode de financement de la médecine légale. Elle a à ce titre eu un impact considérable sur les pratiques et les organisations locales, d'une manière néanmoins différenciée, liée à l'hétérogénéité des structures qu'elle a du prendre en compte. Le CHRU de Montpellier fait ainsi partie des services où la réforme a été particulièrement bénéfique. Néanmoins, face à des dysfonctionnements persistants constatés par l'ensemble des acteurs, et dans un souci d'amélioration continue du service rendu, il conviendra en dernier lieu d'identifier les marges de progression dans le champ de la médecine légale, tant au niveau national que local, et d'identifier les axes permettant de mettre les deux échelons en adéquation.

Cette étude a nécessairement commencé par un important travail bibliographique, visant à comprendre l'évolution et la construction de la médecine légale en tant que discipline. Cette première phase a été complétée par des entretiens avec des acteurs clés. Marie-Odile Moreau<sup>32</sup>, en tant que chargée de mission sur la médecine légale au ministère de la santé depuis 11 ans, a pu expliquer les constats, la méthodologie et la philosophie ayant présidés à l'élaboration de la réforme de la médecine légale de 2011, dans la mesure où elle a participé à tous les groupes de travail sur la question. Olivier Jardé<sup>33</sup>, auteur d'un rapport en 2003 considéré comme ayant servi de base à la réforme de 2011, a également apporté son éclairage historique sur la construction de la discipline. Olivier Jardé étant par ailleurs député, ces deux interlocuteurs nous permettront de distinguer les arbitrages politiques des décisions pragmatiques qui ont été prises pour structurer la médecine légale. Enfin, ils ont tous les deux contribué à dresser un bilan argumenté et critique des impacts de la réforme quatre ans après, et des conséquences prévisibles de la proposition de réforme du ministère de la justice de 2015.

---

<sup>32</sup> Cf. annexe 2

<sup>33</sup> Cf. annexe 3



Au-delà de l'aspect historique et juridique de la médecine légale, l'intérêt de cette étude pour un directeur réside dans l'appréhension des enjeux de cette discipline à l'échelle d'un établissement. D'un point de vue méthodologique, il était donc nécessaire de concentrer une partie de l'examen des impacts de la réforme de 2011 sur le département de médecine légale du CHRU de Montpellier. L'analyse du fonctionnement de ce service a nécessité le recours à plusieurs outils, complémentaires pour la connaissance et la compréhension des enjeux locaux. Ainsi, l'analyse du CREA, mise en perspective avec les données nationales relatives au montant des dotations budgétaires et à leur réévaluation, a permis d'évaluer la maîtrise des coûts de cette activité. De plus l'examen des données volumétriques d'activité, tant au niveau national qu'au niveau de l'établissement, a également été mise en parallèle avec les données du CREA. Cela a permis de déterminer la part de ces évolutions imputables à la réforme.

Une analyse des effectifs et de l'organisation du temps de travail a également été réalisée pour mesurer les conséquences de la réforme sur le quotidien des équipes, et sur le recrutement de nouveaux professionnels qu'elle est censée financer.

Un entretien et de nombreux échanges avec le chef de service et la cadre de santé du service de médecine légale ont complété cette étude en apportant des éléments d'analyse complémentaires, et pas toujours perceptibles dans les données chiffrées.

Par ailleurs, l'entretien avec le chef de service de médecine légale du CHRU de Toulouse a également permis de mettre en perspective l'ensemble de ces constats, en les comparant à une autre situation locale.

Enfin, ma participation au 49ème Congrès International Francophone de la Médecine Légale de juin 2015 m'a permis de réaliser le travail de benchmark nécessaire à la proposition de pistes d'amélioration.

# **1 Malgré un état des lieux initial partagé par tous les acteurs, la rationalisation de l'organisation de la médecine légale s'est révélée difficile à mettre en œuvre.**

Comme l'exposera cette première partie, l'ensemble des missions, inspections et groupes de travail ayant étudié la question de l'organisation de la discipline de médecine légale à l'échelle du territoire sont unanimes sur les constats des insuffisances et des priorités. Pour autant, l'hétérogénéité des pratiques, le manque d'investissement des pouvoirs publics ou encore l'absence de cadre juridique contraignant, sont autant de facteurs ayant longuement retardé l'achèvement d'une vraie réforme de la médecine légale.

## **1.1 De timides tentatives d'organisation de l'activité sans acte fort**

Tandis que, à l'heure de la structuration des spécialités médicales, la médecine légale ne bénéficiait que d'une reconnaissance partielle (cf. supra), le constat de la nécessité d'une médecine légale de qualité pour servir d'appui à la justice était pourtant partagé par tous. Or, un deuxième constat était fait, notamment par le ministère de la justice : la discipline en France, notamment en comparaison avec d'autres pays européens, manquait nettement d'organisation et d'équipements. C'est pour cette raison qu'a été créé, en 1974, le GIML (Groupe Interministériel de Médecine Légale), à l'initiative de la chancellerie, avec une mission de réflexion et de propositions visant à structurer et améliorer le fonctionnement de la médecine légale<sup>34</sup>. Ce groupe s'est dans un premier temps centré sur la formation en médecine légale, permettant la création du DESC et augmentant le nombre de postes en médecine légale au concours. Mais il a également cerné la nécessité d'opérer une structuration de fond de la discipline. Le GIML a donc demandé en 1988 à la DACG (Direction des Affaires Criminelles et des Grâces) de réaliser une enquête auprès des procureurs généraux sur la situation de la médecine légale dans le ressort de leur cour d'appel.

Les résultats de cette première enquête furent assez difficiles à exploiter, dans la mesure où le premier constat était celui d'une hétérogénéité à tous les niveaux. En

---

<sup>34</sup> DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES. Circulaire du 1<sup>er</sup> février 1999 : premier rapport du Conseil supérieur de la médecine légale. Janvier 1998. Bulletin Officiel n°73 du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 1999

premier lieu, il ya avait une importante diversité de statut des structures de médecine légale, ce qui avait nécessairement des conséquences sur leurs financements, tout aussi diversifiés, et leurs modalités de fonctionnement. On trouvait ainsi des structures hospitalières, universitaires, privées, municipales... Parmi les unités hospitalières de médecine légale, certaines, comme Montpellier, étaient déjà très satisfaisantes et sollicitées même au-delà du ressort de la cour d'appel où elles étaient situées. Montpellier faisait également partie des services de consultation d'urgence cités comme fonctionnels. Sur les structures matérielles, l'hétérogénéité était également la règle : les équipements de certaines structures étaient tout à fait satisfaisants, tandis que d'autres pratiquaient des autopsies dans des salles sous-équipées et insalubres. Il en allait de même avec les laboratoires d'analyse : certains services de médecine légale n'avaient aucune possibilité de réaliser des analyses anatomopathologiques, toxicologiques ou encore hématologiques. Enfin, la disponibilité des légistes, leur délai d'intervention, ainsi que leurs honoraires, semblaient très variables selon les régions, ce qui s'expliquait en partie par des problématiques démographiques. Ces dernières ont à la fois pour cause et conséquence une disparité régionale importante sur l'enseignement de la médecine légale.

Dans cette dynamique visant à mieux évaluer l'activité de médecine légale, le ministère de la santé a complété les premiers éléments apportés par la DACG en lançant également une enquête, auprès des médecins inspecteurs régionaux, en 1990. Elle avait cette fois-ci pour but d'affiner l'état des lieux de la médecine légale en s'intéressant à la situation des établissements de santé. Les constats furent globalement les mêmes que pour l'enquête-Justice de 1988. Des données chiffrées permirent de mesurer l'hétérogénéité des pratiques<sup>35</sup> : 38,8% seulement des autopsies de l'année 1989 avaient été réalisées dans un établissement de santé. 26 hôpitaux avaient réalisés moins de 5 autopsies et 72 en avaient réalisé moins de 30. L'activité était donc disséminée sur le territoire. Il était également souligné que les conventions entre établissements de santé et autorités judiciaires visant à la création d'unités de médecine légale telles que préconisées par le GIML étaient quasi inexistantes. Enfin, le renversement des honoraires des légistes à leur établissement était exceptionnel, conférant un financement plus que partiel à l'activité de médecine légale pour les établissements de santé qui l'accueillaient.

Face à ces constats, les deux ministères se sont rapidement entendus sur la nécessité d'intégrer les unités de médecine légale aux établissements de santé. Cela permettait en effet l'accès à un plateau technique et à des expertises complémentaires

---

<sup>35</sup> DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES. Circulaire du 1<sup>er</sup> février 1999, *op. cit.*

offertes par les autres spécialités. Cela serait également bénéfique pour la formation et la recherche dans cette discipline. En 1993, la DACG et la direction des hôpitaux préparèrent donc un schéma d'organisation qui prévoyait la création de 26 services hospitaliers de médecine légale. Ces unités seraient constituées d'une structure thanatologique et d'une unité clinique dédiée à l'accueil des victimes et aux examens de compatibilité des gardés à vue. Ce nouveau fonctionnement avait plusieurs mérites : il permettait d'assurer une permanence de l'activité 24 heures sur 24 ; il donnait plus de transparence au financement en versant directement les frais de justice à l'établissement, qui se chargeait ensuite de la rémunération des praticiens ; il offrait un cadre d'enseignement facilité pour les praticiens.

Ce plan de restructuration prévoyait également une refonte de la structure de concertation interministérielle de la médecine légale. Cette dernière proposition est en fait la seule qui sera suivie d'effet, le reste de la réforme étant simplement abandonnée.

Suite à la proposition conjointe des deux ministères, le décret du 30 décembre 1994<sup>36</sup> crée donc le CSML (Conseil Supérieur de la Médecine Légale). Cette institution est dotée d'une triple mission. Il doit assurer le suivi et l'évaluation de l'organisation de la médecine légale sur le territoire français, par la production d'un rapport annuel, ce qui permettra d'avoir une base de données actualisées dont manquaient à l'époque les deux ministères. Le CSML doit également être force de propositions pour l'amélioration de la médecine légale, de manière spontanée aussi bien qu'à la demande des ministères de la justice et de la santé. Il doit enfin encourager et développer la recherche en médecine légale. Cette institution a le mérite de réunir toutes les parties prenantes dans le champ de la discipline : placée auprès du garde des sceaux et du ministre de l'emploi et de la solidarité, elle comprend des représentants du ministère de la justice, du ministère de l'intérieur, du ministère de la défense, du ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie, et du secrétaire d'Etat à la santé. La présence de l'ensemble de ces représentants permet à la fois une expertise technique et une réflexion pragmatique sur le sujet de la médecine légale, qui devra donc aboutir à des propositions concrètes d'organisation. Pour autant, l'activité du CSML a mis plusieurs années à se structurer, et il faut attendre 1999 pour connaître les premiers résultats de leur réflexion, qui seront eux aussi peu suivis d'effets.

Durant ces années de réflexion du CSML, les ministères ont poursuivi leurs tentatives d'organiser la médecine légale. Mais il n'en est pas ressorti de conséquences significatives sur le fonctionnement de la discipline, et ce pour plusieurs raisons. Tout

---

<sup>36</sup> PREMIER MINISTRE. Décret n°94-1210 du 30 décembre 1994 portant création d'un Conseil supérieur de la médecine légale. Journal Officiel, n° 303 du 31 décembre 1994, p 19023.

d'abord, le choix d'une régulation par circulaire plutôt que par un texte législatif pouvait laisser présumer une application partielle sur le terrain. De plus, la diffusion de diverses circulaires durant les années 1990 n'a pas été doublée d'une politique proactive visant à accompagner leur mise en œuvre, ce qui explique pourquoi certaines sont restées lettre morte. Enfin, le champ d'application de ces circulaires était bien trop restreint pour permettre une restructuration d'ensemble de la médecine légale. A bien des égards, on peut donc parler d'un manque d'acte fort et structurant pour cette discipline.

On pourra néanmoins citer une circulaire de mai 1997<sup>37</sup> visant à organiser l'accueil et la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Elle prévoyait la structuration au niveau régional d'un dispositif d'accueil de ces victimes, par la désignation d'un pôle de référence répondant à des conditions précises, et en charge de l'articulation d'un réseau. La circulaire rappelait en effet que tout médecin, libéral ou hospitalier, pouvait être amené à accueillir ce type de victimes, et devait être ainsi en mesure d'assurer la prise en charge initiale. Il devait ensuite pouvoir l'orienter vers la structure la plus adaptée, tant en termes de suivi qu'en termes d'expertise si la victime souhaitait porter plainte. Bien que se rapportant à une petite partie de l'activité de médecine légale, cette circulaire aurait néanmoins pu contribuer à la structuration de la discipline en établissant les unités de médecine légale des établissements hospitaliers comme référents régionaux, leur imposant ensuite d'organiser le dispositif régional autour d'elles. Mais ce texte n'a eu que peu d'impact sur le terrain, et aucune conséquence sur l'organisation de la médecine légale. Pourtant, les structures désignées « pôle de référence » avait reçu des financements adéquats, mais n'ont pas développé leur activité d'accueil de victimes ou n'ont pas pris en charge la structuration du réseau, certaines unités ignorant même leur labellisation comme pôle de référence<sup>38</sup>.

L'extension du champ d'application de cette circulaire à l'ensemble des cas de maltraitance sur les mineurs par une circulaire de 2000<sup>39</sup> et à l'ensemble des violences et des personnes en situation de détresse psychologique par une circulaire de 2001<sup>40</sup>, n'a pas davantage eu d'impact sur le sujet, les structures ne s'étant pas plus saisie de l'enjeu. Par ailleurs, la circulaire de 2001, qui avait cette fois-ci un périmètre très large, concernait

---

<sup>37</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGS/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. Non publié au Journal Officiel.

<sup>38</sup> Cf. Annexe 3, entretien avec M-O Moreau

<sup>39</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Circulaire DGS/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 n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. Bulletin Officiel n°2000-30, SP 3 312.

<sup>40</sup> Circulaire n°DHOS/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. Bulletin officiel, n°2001-44 du 29 octobre au 4 novembre 2001, SP 3 311.

en grande partie la prise en charge aux urgences, et ainsi la prise en soins, n'évoquant la médecine légale que dans sa nécessité d'articulation avec les SAU (Service d'Accueil des Urgences) des établissements.

En 1998, les ministères de la justice et de la santé recentrèrent leur action sur le périmètre de la médecine légale en prévoyant dans une circulaire la création de consultations médico-judiciaires d'urgence<sup>41</sup>. Cette circulaire eut le mérite de répondre à une nécessité, celle de la structuration de la médecine légale du vivant, souvent délaissée au profit de réflexions exclusivement centrées sur la thanatologie. Sur le fond, elle prévoyait à raison l'inscription de ces dispositifs dans un cadre hospitalier, tout comme l'activité autopsique. D'un point de vue méthodologique, elle confiait aux procureurs généraux et aux directeurs des ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation) le soin de piloter ces projets en concertation. Les tutelles judiciaires et hospitalières devaient donc, dans un premier volet, décrire précisément l'ensemble des structures médico-judiciaires existantes, leurs ressources, leur activité et leurs modalités de fonctionnement. Cet aspect du dossier permettait aux ministères d'analyser au mieux les besoins en nouvelles implantations, et, dans le même temps, de compléter leurs données sur l'activité de médecine légale, toujours partielle en raison de l'hétérogénéité des pratiques et des lieux d'exercice. Dans un deuxième temps, les instances régionales devaient indiquer les lacunes de leurs dispositifs et présenter un argumentaire justifiant de la nécessité d'installer une structure de consultation médico-judiciaire d'urgence. Si ce mécanisme proposé par les ministères se présentait comme un moyen sûr de rationaliser l'organisation de la médecine légale du vivant sur le territoire, l'absence d'adhésion des institutions régionales a conduit à l'échec de ce projet.

En 1999 est diffusé le premier rapport du CSML<sup>42</sup>. Il est le fruit de plusieurs années de recueil de données, d'analyse et de groupes de travail pour être en mesure de dresser un état des lieux fiable de la médecine légale. Dans un premier temps, ce rapport rappelle ce qui doit être regardé comme le périmètre de la médecine légale, qui se répartit selon l'analyse du CSML en trois champs concentriques. Le noyau dur de la médecine légale est sans surprise l'activité thanatologique : le groupe recense à ce titre entre 6 500 et 7000 autopsies par an à cette époque. Néanmoins, les disparités locorégionales sont toujours une réalité. Si 75% des autopsies sont pratiquées dans des centres spécialisés, c'est-à-dire des CH (Centre Hospitalier) ou CHU, il demeure un quart de ces actes

---

<sup>41</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ET MINISTERE DE LA JUSTICE. Circulaire DH/AF1 n°98-137 du 27 février 1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence. Bulletin Officiel, n° 98-11 du 9 au 15 mars 1998, SP 3 332.

<sup>42</sup> DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES. Circulaire du 1<sup>er</sup> février 1999 : premier rapport du Conseil supérieur de la médecine légale. Janvier 1998. Bulletin Officiel n°73 du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 1999

pratiqué dans des locaux inadaptés. Le constat est donc le même qu'au début des années 1990, et la préconisation principale également : les autopsies doivent être menées là où il ya une possibilité de réaliser des examens complémentaires (anatomopathologiques, biochimiques, toxicologiques...), donc dans les établissements de santé.

Le deuxième champ d'activité de la médecine légale recouvre toutes les interventions sur le vivant. Néanmoins, ces interventions peuvent prendre plusieurs formes, et ce rapport est un des premiers à distinguer l'examen des victimes d'agression au titre d'une réquisition, les expertises de dommage corporel à la demande des juridictions, les expertises ordonnées dans les instances en responsabilité médicale, les expertises des préjudices corporels réclamées par les compagnies d'assurance, et les expertises à la demande des organismes de protection sociale, notamment dans le cadre des accidents du travail. Mais il convient de préciser que, si tous les médecins légistes pratiquent les examens de victime sur réquisition de l'autorité judiciaire, les diverses pratiques expertales ne sont pas nécessairement leur spécialité. D'abord parce qu'elles nécessitent, pour les expertises judiciaires, l'inscription sur une liste d'experts près des tribunaux, et tous les légistes n'y figurent pas nécessairement. Par ailleurs, d'autres médecins spécialistes peuvent être sollicités, lorsque le cas à expertiser se rapporte plus particulièrement à leur spécialité (l'orthopédie par exemple). Aussi, l'ensemble du champ expertal est regardé par beaucoup comme ne relevant pas de la médecine légale à proprement parler.

On trouve en revanche, de manière unanime, l'examen de compatibilité des gardés à vue dans le cadre de la médecine légale du vivant. Le légiste intervient alors pour répondre à la possibilité offerte aux personnes mises en examen de solliciter un contrôle médical. Enfin, le rapport souligne des pratiques encore peu répandues, mais qui témoignent de l'évolution de la place accordée à la parole de la victime. Ainsi, le CSML fait état d'un développement positif de la victimologie, née au sein de mouvements associatifs et qui se s'étend dans les structures médico-judiciaires d'urgence. En effet, de plus en plus de légistes assurent l'accueil de victimes, même hors réquisition. Tout en dissociant leur mission d'évaluation de celle du soin, ils s'appuient sur les psychiatres, donc certains ont une qualification médico-légale, pour le suivi et le soutien des patients. Enfin, le CSML fait allusion à la prise en charge sanitaire des détenus, tout en excluant le soin de ces individus du champ de la médecine légale.

Le troisième cercle de la médecine légale regroupe enfin l'ensemble des réponses techniques pouvant être sollicitées à l'appui des deux premiers cercles de médecine légale : l'anatomopathologie, la toxicologie, la biologie, l'imagerie médicale, et des

spécialités médicales comme la stomatologie, précieuse pour l'identification dentaire. Mais cette dimension ne sera que peu explorée dans le cadre de cette étude, sauf à appuyer les difficultés rencontrées dans les deux premiers aspects de la médecine légale.

Dans un deuxième temps, le CSML dresse un état des lieux de l'organisation de la médecine légale en France, complété par des préconisations en la matière. Les constats de cette instance ne diffèrent pas vraiment de ceux réalisés au début des années 1990 par les ministères de la justice et de la santé. En effet, il relève une insuffisante structuration de la thanatologie médico-légale, avec une disparité régionale, notamment dans les conditions de pratique des autopsies. Mais le CSML note également, comme cela a été le cas dans toutes les analyses nationales sur la médecine légale de ces dernières années, une réelle difficulté à obtenir des données chiffrées fiables. La préconisation associée est, sans surprise, la rédaction d'un décret qui désignerait les établissements où doivent avoir lieu les autopsies. Dans un objectif de regroupement des pratiques thanatologiques dans les CHU ou les gros CHR, ainsi que d'amélioration qualitative de ces pratiques. Il reprend d'ailleurs en appui les dernières nouveautés du cadre juridique européen et en ce sens la recommandation du comité des ministres du Conseil de l'Europe de 1999 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale<sup>43</sup>. Elle n'impliquait pas nécessairement de grands travaux pour être appliquée en France, dans la mesure où 75% des autopsies étaient alors pratiquées dans des CHU/CHR, par des légistes, et avec l'appui de plateaux techniques développés. La recommandation passe donc en revue les pratiques qui doivent être systématisées en matière de prélèvements, dissections, rédaction de rapports... Mais deux prescriptions européennes ont particulièrement retenu l'attention, en ce que la France est en revanche loin de les appliquer. Tout d'abord, le comité des ministres encourage à la levée de corps systématique par un légiste en cas de décès suspect. Or, cette pratique n'est à l'époque que peu mise en œuvre en France, notamment en raison de l'irrégularité de répartition démographique des légistes, mais aussi du manque de structuration de la thanatologie qui conduit à des disparités régionales importantes dans les pratiques. Ensuite, la recommandation de 1999 fixe une dizaine de critères devant conduire à la décision systématique d'autopsie, telles la suspicion de faute médicale, la maladie professionnelle, la mort subite inattendue (y compris la mort subite du nourrisson)... L'application de telles dispositions augmenterait considérablement le nombre d'autopsies, et c'est une piste qui a été en partie suivie à partir de l'application de la réforme de 2011, qui a conduit à une

---

<sup>43</sup> COMITE DES MINISTRES. Recommandation n° R(99)3 aux Etats membres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. Adoptée lors de la 658<sup>ème</sup> réunion des Délégués des Ministres.



augmentation de 7,8% du nombre d'autopsies au niveau national<sup>44</sup>. Cependant la France était et demeure encore loin de ces recommandations européennes en matière d'autopsie.

De la même manière, le CSML relève une organisation des consultations médico-judiciaires toujours insuffisante, qui traduit bien l'absence d'impacts de la circulaire de 1998. On note principalement un éparpillement sans logique géographique sur le territoire, une hétérogénéité dans la forme des structures (qui n'ont d'ailleurs pas toutes la même appellation), et une disparité des prestations fournies. Le CSML préconise donc un maillage territorial à trois niveaux : des services de consultations médico-judiciaires dans tous les CHU ; des consultations de même type dans les CH des villes de taille moyenne ; dans les villes de moindre importance, un recours aux médecins libéraux qui devront être formés à la médecine légale. Le rapport développe également longuement l'exemple du fonctionnement et du financement de l'UMJ de l'Hôtel-Dieu à Paris. Elle existe en effet depuis 1985, créée à l'initiative du procureur du parquet Paris Laurent Davenas, alors en charge de la section des « flagrants délits » et de Gérard Vincent, alors directeur de l'établissement. Elle est donc une forme de modèle, en ce qu'elle est parvenue à uniformiser les pratiques de prise en charge des victimes et notamment la fixation des ITT, en les confiant uniquement à des légistes hospitaliers.

Le CSML propose enfin une rationalisation des frais de justice, par le biais d'un changement du mode de financement. Il préconise ainsi le versement d'une dotation globale aux établissements, variable en fonction de l'activité. Ce mode de financement est celui en vigueur aujourd'hui.

Tant d'un point de vue organisationnel que financier, le rapport du CSML souhaite la mise en œuvre de mesures quasiment similaires à celles qui existent aujourd'hui, résultant de la réforme de 2011 de la médecine légale. Pour autant, ce rapport n'a pas été suivi d'effets, et sa médiatisation est demeurée moindre dans le champ de la médecine légale. Il n'a pas été pris en main par le législateur, et il semble, à la lumière des expériences des années 1990, que les circulaires n'aient jusque là pas eu d'impact majeur sur le terrain. Malgré la richesse de ce rapport, et son aspect visionnaire, il ne constitue donc pas l'acte fort dont avait besoin la médecine légale pour asseoir son organisation.

---

<sup>44</sup> Cf. Annexe 1

## **1.2 La réflexion initiée dès le début des années 2000 par le rapport Jardé marque un tournant dans la dynamique d'élaboration d'une réelle réforme de la médecine légale**

Au début des années 2000, le Professeur Olivier Jardé, député et responsable de l'unité de médecine légale du CHU d'Amiens, décide d'utiliser son positionnement sur la scène parlementaire pour faire évoluer la médecine légale. Il part du constat d'importantes disparités dans la prise en charge des victimes sur le territoire national, avec des zones criminogènes spécifiques où le niveau de prise en charge n'était pas en adéquation avec les besoins locaux<sup>45</sup>. Or, selon lui l'hôpital moderne doit prendre la personne dans sa globalité. En tant que parlementaire, il a donc proposé à Dominique Perben, alors garde des sceaux, et à Jean-François Mattei, ministre de la santé, de réaliser un état des lieux de la médecine légale en France. Ce travail, réalisé en collaboration avec François Molins, actuel procureur de la République près le TGI de Paris, qui était à l'époque à la DACG, s'est matérialisé par la remise d'un rapport en 2003, aujourd'hui considéré comme fondateur de la réforme de 2011.

Dans son rapport, le professeur Jardé décide de se concentrer sur ce que le CSML avait appelé le premier et le deuxième cercle de la médecine légale : la thanatologie, à travers les autopsies et les levées de corps, et la médecine légale du vivant avec les examens de victimes et les examens de compatibilité des gardés à vue. Il choisit par ailleurs d'exclure Paris et les DOM-TOM, en raison de leurs particularités tant dans les structures hospitalières que dans l'organisation de la police judiciaire. D'un point de vue méthodologique, il commence par souligner les difficultés rencontrées, qui sont récurrentes dans le champ de la médecine légale<sup>46</sup>. Ainsi, le principal obstacle pour réfléchir à l'organisation de cette activité sur le territoire national demeure l'absence d'indicateurs de mesure de l'activité, et la difficulté à obtenir des données sur le sujet. L'absence de coordination sur le plan national du côté de la justice ne permet pas de mieux cerner la problématique, dans la mesure où chaque tribunal a sa stratégie et où aucun système d'information unifié ne permet le recueil de données relatives au nombre de réquisitions. Il est tout aussi difficile de comptabiliser les structures pratiquant la médecine légale, dans la mesure où elles sont de natures très diverses, allant de l'unité de médecine légale installée dans un CHU à de simples consultations adossées à d'autres services hospitaliers (gériatrie, orthopédie), en passant par des structures associatives. Ainsi, il n'existait à l'époque que huit structures hospitalières officiellement

---

<sup>45</sup> Cf. annexe 2, entretien avec le Pr Jardé

<sup>46</sup> JARDE O., 2003, *Rapport au Premier ministre sur la médecine légale*. Paris : La Documentation Française, 30 p.

autonomes, sous la forme d'unités de médecine légale installée dans un CHU<sup>47</sup>. Montpellier en faisait d'ailleurs partie. Le rapport soulève également l'absence totale de coordination de l'activité de médecine légale du vivant, en dépit des différentes circulaires qui visaient à organiser et unifier les prises en charge. Elles ont même en partie empiré les choses : en effet, de nombreuses structures ont pris l'étiquette « consultation médico-judiciaire d'urgence », sans qu'il n'y ait derrière l'organisation cible définie par les ministères de la justice et de la santé. Enfin, il semblait également impossible à l'époque de comptabiliser le nombre de médecins légistes en activité, d'autant plus que le rapport relève une absence fréquente de collaboration entre ces médecins. Ainsi, comme le résumait Michel Penneau, médecin légiste au CHU d'Angers, lors d'un colloque Justice/Santé le 30 avril 2004 à la cour d'appel de Riom : « 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 XIX<sup>ème</sup> siècle. »<sup>48</sup>.

Le rapport Jardé se poursuit par un état des lieux détaillé de chaque activité. Pour les autopsies, il en relève environ 5 000 par an, dont 4 000 réalisées en CHU. Ces chiffres sont étonnants, dans la mesure où le CSML recensait entre 6 500 et 7 000 autopsies par an en 1999, et que l'ONML en dénombre plus de 7 700 aujourd'hui<sup>49</sup>. Cela témoigne de la difficulté à disposer de données fiables sur la pratique médico-légale. Mais le plus inquiétant dans ce constat demeure les 1000 autopsies réalisées hors CHU, de manière très inégale, et souvent dans des lieux ne répondant pas aux exigences de sécurité sanitaire<sup>50</sup>. Sur les levées de corps, le rapport constate que la France est bien loin des objectifs fixés par le comité des ministres du Conseil de l'Europe, qui incite à la systématisation de cette pratique. Seuls 4 ou 5 centres semblent en conformité<sup>51</sup>. Dans le champ de la médecine légale clinique, seuls 6 centres assurent la totalité de l'activité de ce domaine. Les autres structures assurent uniquement des consultations pour les victimes, avec ou sans réquisition, et avec des financements variables. La prise en charge des victimes d'agression sexuelle et des mineurs victimes de violence n'est absolument pas coordonnée et il n'y a aucun systématisme dans l'intervention de la médecine légale pour ces profils particuliers de victimes, ce qui témoigne, sans surprise, de l'absence d'application des circulaires des années 1990. Ces prises en charge sont d'autant plus incomplètes que, d'une manière générale, les examens psychiatriques sont complètement délaissés du fait de l'absence de vocations dans la profession. Enfin, si l'enseignement de

---

<sup>47</sup> JARDE O., 2003, p 14.

<sup>48</sup> PENNEAU M., 4-6 mai 2003, « Plaidoyer pour une médecine légale moderne », *La Gazette du Palais*, n° 124

<sup>49</sup> Cf. annexe 1

<sup>50</sup> JARDE O., 2003, p 14.

<sup>51</sup> JARDE O., 2003, p15.

la discipline s'étoffe progressivement, dans la mesure où l'on compte un enseignement en médecine légale dans chaque CHU, il n'y a pas pour autant de réelle intégration hospitalo-universitaire de la discipline.

Le travail occasionné par la production de ce rapport a donc confirmé ce que pressentaient leurs auteurs sur l'état des lieux de la médecine légale<sup>52</sup>, dans la mesure où ils partagent les constats réalisés par toutes les enquêtes précédentes (1988, 1990, 1999). Et, sans surprise, ils convergent vers les solutions régulièrement proposées par tous les groupes de travail ayant étudié ce sujet. Il pourrait ainsi sembler légitime de penser que le rapport Jardé n'aboutirait pas plus que les études antérieures. Mais ce groupe de travail se différencie de ses prédécesseurs par la réflexion qu'il mène sur les causes des précédents échecs.

Il souligne en premier lieu le risque du choix d'une circulaire pour cette réforme : d'abord ce type de textes n'est pas contraignant, ce qui aurait probablement été nécessaire au vu du manque de structuration de la discipline. Par ailleurs, le format circulaire laissait une large place aux initiatives locales, prenant ainsi le risque soit de leur absence, soit de l'hétérogénéisation des pratiques, qui s'est finalement produite, et qui allait donc à l'encontre des objectifs initiaux. Le groupe de 2003 constate également un certain manque de priorisation dans les propositions faites jusqu'alors. Si par exemple il ne nie pas la nécessité d'encourager le développement de l'enseignement et de la recherche, il estime qu'au vu de l'ampleur de la tâche de la structuration de la médecine légale, il aurait été plus simple de se concentrer dans un premier temps sur le cadre d'exercice de l'activité et sa régulation au niveau national. Le foisonnement de propositions d'amélioration relatives à tous les aspects de la discipline n'a pas forcément servi l'objectif que s'étaient fixés les groupes de travail précédents, à savoir la réforme en profondeur de l'organisation de la médecine légale. Enfin, le rapport déplore la tendance des précédentes tentatives de restructuration à dissocier les deux pans de la médecine légale. En effet, la plupart des efforts ont jusque là porté sur la médecine légale clinique, et plus précisément encore sur la prise en charge des victimes de violences : physiques psychologiques, sexuelles, sur les mineurs... Si l'on a vu que les erreurs commises précédemment avaient parfois nui à l'homogénéisation des pratiques, la tendance à laisser de côté tout le pan thanatologique a également accru l'hétérogénéité des situations et la confusion. Ainsi que le souligne le rapport Jardé : « la mission de prise en charge médico-légale des victimes vivantes ne peut pas être dissociée de celle des victimes décédées. Dans une recherche de cohérence, assumer l'une oblige à assumer

---

<sup>52</sup> Cf. annexe 2

l'autre »<sup>53</sup>. En résumé, les objectifs que se fixe le groupe de travail de 2003 sont ambitieux : une structuration holistique de l'activité de médecine légale, tout en priorisant les axes de réforme.

Comme l'explique Olivier Jardé<sup>54</sup>, sa réflexion face à ces constats a été la suivante : quel est l'établissement de soins ouvert 24h/24 et qui peut faire des radios et des prises de sang ? Ce n'est pas le système libéral, les médecins généralistes ne peuvent assurer ce service. Il semblait donc nécessaire de remettre toute la médecine légale dans les hôpitaux publics, ce qui n'empêchait pas une hiérarchisation : les actes de spécialité dans les établissements spécialisés, et les actes plus communs dans un cadre de proximité. Par exemple, les autopsies, qui sont des gestes très techniques pouvant nécessiter le recours à un plateau technique, notamment pour les prélèvements, doivent être faites dans les CHU.

De ces réflexions ont naturellement découlé deux préconisations du rapport. La « reconnaissance d'un service public de médecine légale, auxiliaire du service public de la justice » : cette proposition traduit la volonté de replacer l'activité de médecine légale dans les établissements publics de santé, avec un financement permettant de rééquilibrer les budgets des hôpitaux. « L'organisation à deux niveaux » : on retrouve ici la nécessaire adaptation à la démographie, et aux situations des victimes, les autopsies étant un acte technique nécessitant d'être pratiqué dans un CHU tandis que les structures de proximité sont nécessaires pour les examens de GAV (Gardé A Vue) et les victimes. Il s'ensuit logiquement que l'organisation régionale devra être coordonnée par le CHU, qui sera centre de référence. En revanche, sur le volet de la recherche, le rapport préconise des réseaux interrégionaux, qui faciliteraient le recueil d'informations et l'habilitation des équipes de recherche.

Ces organisations seraient pérennisées par deux actions : l'engagement des autorités judiciaires à recourir de manière prioritaire aux structures installées, d'une part, et la signature de conventions types au niveau local entre les autorités sanitaires et judiciaires d'autre part. Enfin, un financement par les frais de justice d'une dotation aux établissements, leur permettant de maintenir l'équilibre budgétaire sur cette activité, ainsi qu'une mise en place progressive permettant d'affiner les estimations financières et d'obtenir l'adhésion des acteurs, devraient garantir la stabilité et la viabilité d'une vraie réforme de la médecine légale.

---

<sup>53</sup> JARDE O., 2003, *Rapport au Premier ministre sur la médecine légale*. Paris : La Documentation Française, 30 p.

<sup>54</sup> Cf. annexe n°2

Si ce rapport présente des constats peu surprenants et des préconisations déjà reconnues comme nécessaires, une différence majeure avec les travaux précédents réside dans le fait que ces propositions sont soumises dans un sens ascendant, du terrain vers l'administration, alors que les précédentes résultaient plutôt d'une volonté descendante, par ailleurs peu accompagnée, et ce bien que des acteurs locaux aient en général été inclus dans les groupes de travail.

Mais, si ce rapport a sans doute permis d'accélérer la prise de conscience sur la situation nationale de la médecine légale, et d'apporter des réponses concrètes à cette situation, la structuration de la discipline va prendre encore plusieurs années. En effet, il est annoncé dans un premier temps une réforme de la médecine légale prévue pour 2005<sup>55</sup>. Mais elle semble centrée sur les problématiques de prise en charge des victimes, alors que le rapport Jardé rappelait par exemple la nécessité de ne pas dissocier les deux volets de l'activité de médecine légale. Il est finalement décidé en décembre 2004 de saisir l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et l'IGSJ (Inspection Générale des Services Judiciaires) d'une mission conjointe sur la médecine légale<sup>56</sup>, permettant de réaliser une étude semblable à celle du professeur Jardé mais avec plus de moyens. C'est également l'explication fournie par Marie-Odile Moreau, chargée de mission sur la médecine légale au ministère de la santé depuis 2002<sup>57</sup>. Elle indique que la DACG et le ministère de la santé ont rapidement partagé le constat du rapport Jardé et la nécessité d'une réforme. En effet, la discipline n'était « régulée » que par des circulaires interministérielles sans effet, et on relevait des dysfonctionnements graves au point de vue financier. Une rencontre a donc été organisée entre M. Jardé, M. Castex (alors DHOS) et Mme Moreau. Ils sont alors parvenus à lancer le travail conjoint IGAS/IGSJ, qui a conduit au rapport de 2006.

Ce rapport reprend la plupart des constats des études précédentes : activité peu structurée, disparate, non évaluée... Il souligne également le problème du financement, avec une dépense liée à la médecine légale estimée à 80 millions d'euros, en 2004, et qui représente environ 25% du montant des frais de justice<sup>58</sup>, sans pour autant parvenir à couvrir la dépense engendrée pour les établissements de santé. Enfin, les inspections relèvent le triplement en deux ans du nombre de CHU ne comportant plus de praticien de médecine légale, et la menace que cela représente pour la profession. C'est d'ailleurs l'inquiétude portée sur la scène nationale par les médecins légistes, via la collégiale des

---

<sup>55</sup> APM, 29 septembre 2004, « Une réforme de la médecine légale prévue pour 2005 », *APM news* [en ligne].

<sup>56</sup> APM., 4 mai 2006, « Médecine légale : la mission conjointe de l'IGAS et de l'IGSJ se prononce pour une réorganisation de son fonctionnement et de son financement », *APM news* [en ligne].

<sup>57</sup> Cf. annexe 3

<sup>58</sup> APM., 4 mai 2006, *op. cit.*

médecins légistes hospitaliers, qui ont souligné l'ensemble de ces problématiques lors d'une conférence de presse tenue en mars 2006<sup>59</sup>. Ils dénonçaient alors, à juste titre, la suppression des postes de chefs de service de médecine légale, le manque d'organisation de la discipline, et la nécessité de la reconnaître comme une mission de santé publique. Les inspections vont naturellement dans ce sens en proposant, une nouvelle fois, l'intégration systématique de la médecine légale dans les centres hospitaliers, qui deviendraient des « centres de référence » chargés d'animer le réseau de proximité. Mais l'innovation apportée par ce rapport des inspections est la proposition de faire contribuer l'assurance maladie au financement de l'activité de médecine légale, et en particulier aux examens médico-légaux des victimes, considérant que cela comprend « une forte dimension de soin »<sup>60</sup>. Cette contribution viendrait s'ajouter à des frais de justice aux montants réévalués (car insuffisants) pour constituer une dotation globale versée aux hôpitaux. Enfin, le rapport préconise en toute logique, et au vu des échecs précédents, de donner un cadre législatif et réglementaire à la médecine légale, afin de l'asseoir enfin sur un dispositif pérenne. Si cette dernière incitation n'est toujours pas retenue par les pouvoirs publics, la réforme de la médecine légale de 2011, par voie de circulaire, constitue néanmoins l'acte fort de structuration de la médecine légale qui était attendu.

### **1.3 La réforme de 2011 : entre régulation nationale et ajustements locaux de la pratique de la médecine légale**

Le travail d'élaboration de la réforme de 2011 s'est fait à la lumière des constats et des recommandations de l'ensemble des études précédentes sur ce sujet. Selon O.Jardé, les priorités d'action étaient alors de deux ordres. Il relève ainsi un premier axe organisationnel<sup>61</sup>. Il n'y avait pas de problème de démographie médicale sur les légistes, il s'agit même une discipline qui attire énormément aujourd'hui. Le problème était surtout celui du fonctionnement 24 heures sur 24. Mais les enjeux financiers étaient également majeurs. Il avait dès 2003 relevé la problématique de l'impact de la médecine légale sur le budget des hôpitaux. Il a donc milité pour la création d'une ligne régaliennne dans le budget de l'Etat pour la médecine légale, et a pris du temps pour en évaluer le montant, qui a d'ailleurs été confirmé par le rapport de 2006, autour de 52 millions d'euros. Ces constats sont partagés par M-O Moreau, qui fait état du travail ayant abouti à

---

<sup>59</sup> APM, 10 mars 2006, « Les médecins légistes, inquiets pour leur avenir, souhaitent la création de véritables services spécialisés », *APM news* [en ligne].

<sup>60</sup> DESPORTES F., LORRANG F. et al., 2006, *Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale*. Paris : La Documentation Française, 109 p.

<sup>61</sup> Cf. annexe 2

la réforme de 2011<sup>62</sup>. Pascal Clément, alors garde des sceaux, a remis en marche le CSML puis a lancé un groupe de travail. Cette dynamique avait le mérite de vouloir assainir les dysfonctionnements financiers, prenant en compte la difficulté résultant du fait qu'il n'y avait pas de comptabilité analytique dans les ES (établissements de santé) à l'époque. Cela a d'ailleurs aussi accéléré la réforme. L'arrivée de la T2A, la suppression du budget global et les difficultés qui s'annonçaient ont été des éléments moteurs et sous-jacents de ce travail. Cette réforme était aussi nécessaire selon elle pour que la justice accepte de financer intégralement cette activité, qui n'était pas, selon les participants, une activité de soins mais une activité prévue dans le CPP (Code de Procédure Pénale) et uniquement au service de la justice.

Le groupe est ensuite parti de la situation de l'époque, où les OPJ (Officier de Police Judiciaire) réquisitionnaient directement les médecins légistes. Gérard Vincent et Laurent Davenas, en travaillant sur la structuration de l'UMJ de l'Hôtel-Dieu, avaient réfléchi à la prise en charge des victimes et constaté l'hétérogénéité des pratiques, notamment sur les ITT (Incapacité Totale de Travail), selon l'endroit où se faisaient examiner les victimes, d'où l'intérêt de centraliser leur accueil dans des UMJ hospitalières. Cet élément est d'autant plus important que l'ITT accordé aux victimes sert également à la justice pour qualifier le niveau de gravité de l'agression et ainsi les peines encourues, entre contravention, délit et crime : ainsi, une agression ayant occasionné une ITT de moins de huit jours est une contravention, alors que plus de 8 jours d'ITT font basculer l'acte dans la catégorie des délits.

Sur le financement, les actes étant tarifés dans le CPP, il semblait logique de considérer que pour chaque réquisition et acte, les frais de justice étaient versés à l'hôpital. Mais cette situation n'était pas équilibrée pour les hôpitaux. D'abord parce qu'un médecin à temps plein coûte environ 100 000 € et qu'un examen de victime est rémunéré 80 € et un GAV 30 €, donc ces actes ne remboursaient pas le médecin légiste que l'on dédiait à l'UMJ. De plus, dans le CPP, il est dit que procureur requiert le médecin de son choix pour l'acte, le médecin faisait donc parfois des mémoires de frais à son nom selon ce système. Enfin, le CPP était rarement respecté. Pour les GAV, le mémoire de frais pouvait monter pour certains hôpitaux ou médecins jusqu'à 150 € (ils comptaient des appels téléphoniques, des frais kilométriques...). Le ministère de la santé a essayé de chiffrer la dette des hôpitaux, ce qui était difficile sans comptabilité analytique, mais elle était estimée à 25 ou 26 millions sur 10 ou 15 établissements<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> Cf. annexe 3

<sup>63</sup> *Ibid.*



Contrairement à ce que préconisait le rapport des inspections conjointes de 2006, il n'a en revanche pas été retenu l'idée d'une participation de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) au financement de cette réforme. La logique du groupe de travail était la suivante<sup>64</sup> : la médecine légale est dans le CPP, pour les vivants elle représente des ITT et des examens de compatibilité. Il peut y avoir un soutien psychologique pour les victimes, mais uniquement dans l'immédiateté en ce qui concerne la médecine légale, c'est pour cela qu'a été décidé le financement par le ministère de la santé d'un ETP de psychologue par UMJ. Mais si la victime a besoin d'un vrai soutien pendant plusieurs années, elle rentre dans le soin et dans le cadre de l'Assurance Maladie.

Face à l'ensemble de ces constats, la tâche du groupe de travail, composé des ministères de l'intérieur, de la justice, et de la santé fût particulièrement complexe. Il a été, comme toujours, très difficile de recenser les structures existantes (UMJ, structures hospitalières, ou même n'importe quel endroit où un légiste pratiquait des autopsies) et d'évaluer l'activité<sup>65</sup>. En effet, les structures n'étaient pas encadrées donc ne remontaient pas l'information au ministère de la santé, l'intérieur n'avait pas de centralisation des réquisitions, et la justice n'avait pas de système d'information fonctionnel pour le suivi des frais de justice. L'étude initiale était donc compliquée mais le groupe a quand même pris la décision de réformer le système de financement, en se basant sur les éléments d'activité qu'il détenait, d'où des décalages ultérieurs. La méthodologie était la suivante : pour chaque structure, quelque soit son « format », le groupe évaluait l'activité, déterminait, en particulier avec le ministère de la justice, les besoins en amplitude horaire et en légistes, et des légistes étaient par ailleurs présents pour aider à l'évaluation des besoins en effectifs paramédicaux. C'est en procédant ainsi que le groupe est arrivé au schéma d'organisation de la médecine légale de 2011.

La réforme de 2011 a été mise en place par deux circulaires, du 27<sup>66</sup> et du 28<sup>67</sup> décembre 2010, pour une mise en application au 15 janvier 2011. Elle instaure, d'une part un nouveau schéma directeur qui repose sur un maillage territorial à 3 niveaux couvrant la totalité du territoire, et d'autre part un dispositif financier innovant, sur la base d'un paiement annuel et forfaitaire par dotation budgétaire des frais occasionnés par la médecine légale aux établissements de santé. Cette réforme, conformément aux

---

<sup>64</sup> *Ibid.*

<sup>65</sup> Cf. annexe 3

<sup>66</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin officiel, n°2011-01 du 31 janvier 2011. NOR : JUSD1033099C

<sup>67</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin officiel, n°2011-01 du 31 janvier 2011. NOR : JUSD1033764C

préconisations des rapports Jardé et des inspections en 2006, porte sur l'activité thanatologique autant que sur la médecine légale du vivant. Elle commence même par un enjeu d'harmonisation sémantique : dorénavant, les structures thanatologiques seront dénommées institut médico-légal (IML), et celles de médecine légale du vivant sont appelées unité médico-judiciaire (UMJ).

D'un point de vue organisationnel, ces textes envisagent le maillage territorial comme suit. Au niveau régional, les CHU, appelés «centres-pivots», comportent un IML et une UMJ et sont en charge de l'animation du réseau de proximité et de la formation des médecins légistes. Au niveau départemental, on peut retrouver une UMJ indépendante. Au niveau local, le réseau de proximité repose d'une part sur les urgences des structures hospitalières qui n'ont ni UML ni UMJ, et d'autre part sur les médecins libéraux et les associations de médecins. Le choix du niveau de référence attribué aux structures existantes s'est fait sur plusieurs critères, et notamment sur le volume d'activité. Pour De nouvelles structures ont par ailleurs été créées ex nihilo, et ont donc des objectifs d'activité en fonction des besoins estimés par la justice sur le territoire concerné.

Pour les IML, l'activité minimale que les professionnels de médecine légale, notamment les universitaires, estiment nécessaire pour garantir la bonne qualité des autopsies a été fixée à 100 autopsies par an et 50 autopsies par praticien. On distinguera ensuite l'organisation des IML pratiquant moins de 300 autopsies par an de ceux en pratiquant plus. Les plus petits centres bénéficient d'1,5 ETP de médecin, permettant une permanence 8 heures par jour et 5 jours sur 7. Les plus gros ont 2,5 ETP de personnel médical pour une présence 12 heures par jour et 6 jours sur 7. La pratique thanatologique sera ainsi particulièrement affectée, dans la mesure où la concentration géographique des IML va occasionner des allongements des distances de transports de corps et l'augmentation des coûts afférents.

Pour la structuration des UMJ, c'est également le volume d'actes réalisés qui a été pris en compte avec une déclinaison en 5 niveaux d'organisation, chacun définissant le niveau de permanence médicale nécessaire et le nombre d'ETP (Equivalent Temps Plein) correspondant. Ces 5 niveaux d'organisation sont résumés dans le tableau ci-dessous :

UMJ	Organisation 1 renforcée	Organisation 1	Organisation 2 renforcée	Organisation 2	Organisation 3
Fonctionnement	- 2 lignes de garde 24h/24 (1 médecin pour examen de victimes et 1 pour examen GAV dans les locaux police et gendarmerie)  - 1 médecin de 8h à 20h, 6 jours/7 pour examen GAV dans les locaux police et gendarmerie. - 3 médecins de 8h à 20h, 6 jours/7 pour examen de victimes. - 1 IDE 12h/24 les jours ouvrables ou 8h/24 7 jours/7	- 2 lignes de garde 24h/24 (1 médecin pour examen de victimes et 1 pour examen GAV dans les locaux police et gendarmerie) - 1 IDE 12h/24 les jours ouvrables ou 8h/24 7 jours/7	- 1 ligne de garde 24h/24 (1 médecin pour examen de victimes et GAV)  - 1 médecin de 8h à 20h, 6 jours/7 pour examen GAV dans les locaux police et gendarmerie. - 1 IDE 12h/24 les jours ouvrables ou 8h/24 7 jours/7	- 1 ligne de garde 24h/24 (1 médecin pour examen de victimes et GAV) - Présence d'1 IDE 12h/24 les jours ouvrables ou 8h/24 7 jours/7	- Equipe médicale unique pour examen de victimes et de GAV aux heures ouvrables 6 jours/7 et astreintes médicales aux heures non ouvrables, WE et fériés. - 1 IDE 8h/24 6 jours/7
Personnel	- 17 ETP de médecins - 3 ETP d'IDE - 1 ETP de secrétariat - 2 ETP autres personnel	- 12 ETP de médecins - 3 ETP d'IDE - 1 ETP de secrétariat - 2 ETP autres personnel	- 8,5 ETP de médecins - 3 ETP d'IDE - 1 ETP de secrétariat - 1 ETP autre personnel	- 6 ETP de médecins - 3 ETP d'IDE - 1 ETP de secrétariat - 1 ETP autre personnel	- 1 ETP de médecin - 12 demi-journées de médecins - 2 ETP d'IDE - 1 ETP de secrétariat - 1 ETP autre personnel

68

Le réseau de proximité viendra enfin en appui à cette organisation, pour les juridictions qui ne sont rattachées à aucune structure dédiée, et parfois à titre dérogatoire. Sont envisagées les situations suivantes : les jours et heures non ouvrables de l'UMJ de rattachement, les circonstances particulières qui le nécessitent (éloignement géographique, délai de transport), les circonstances urgentes et imprévisibles (intempéries, urgences, dangerosité d'un gardé à vue, contraintes opérationnelles, nombre important d'examen de GAV simultanés...). Pour prévoir ces cas, des conventions ou protocoles nouveaux devront être établis entre les juridictions, les

<sup>68</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Circulaire du 27 décembre 2010 – Annexe 3

établissements de santé siège d'une structure médico-légale, ainsi que les services de police et les unités de gendarmerie nationales.

La réforme met ensuite en œuvre les modalités de financement qui ont toujours été prônées dans les études sur l'activité de médecine légale. D'une part, les structures hospitalières dédiées sont financées par les crédits issus du programme d'intervention n°166 « Justice judiciaire » du ministère de la justice. Ce financement se fera par dotation budgétaire allouée annuellement, directement aux établissements publics de santé, en fonction de leur niveau d'organisation. Les crédits seront actualisés annuellement selon un effet prix et un effet volume. Sur l'effet prix, la dotation est l'addition des dépenses de personnels (84% de son montant), dont le montant pourra varier en fonction de l'évolution du GVT (Glissement Vieillesse Technicité), et de la valeur du point d'indice de la fonction publique ; et de charges de structure (16% du montant de la dotation), dont le montant pourra varier en tenant compte du taux de l'inflation.

L'effet volume sera le simple réajustement de la dotation en fonction de l'activité réelle constatée de la structure, qui pourra même conduire, si elle est trop différente de l'activité prévisionnelle estimée, à un reclassement au sein des cinq types d'organisation, avec les conséquences financières que cela implique. En revanche, les levées de corps, le gardiennage des scellés et les examens complémentaires (actes d'anatomocytopathologie, d'imagerie médicale, de biologie médicale, ...) réalisés par ces structures dédiées continueront de faire l'objet d'un paiement à l'acte, sur frais de justice, sans préjudice du paiement forfaitaire aux structures hospitalières. Mais, avancée notable, ce paiement sera versé directement à l'établissement de santé, dans la mesure où l'hôpital doit obligatoirement être requis par l'intermédiaire de son représentant légal, à charge pour ce dernier de désigner le médecin qui aura à effectuer l'acte demandé. Il en va de même pour l'ensemble des actes médico-légaux assurés par le réseau de proximité, qui continuera à faire l'objet d'un paiement à l'acte. Enfin, l'assurance maladie, pour contribuer à la prise en charge psychologique des victimes, financera un ETP de psychologue par structure hospitalière dédiée.

En résumé, on assiste à la création, ou reconnaissance, de 48 structures hospitalières dédiées à la médecine légale sur l'ensemble du territoire, dont 30 regroupent thanatologie et médecine du vivant. Le principe est celui du rattachement d'une juridiction à une structure hospitalière dédiée, une structure étant en revanche rattachée à plusieurs juridictions (Cour d'Appel et Tribunal de Grande Instance). Certaines juridictions sans rattachement pourront avoir recours aux praticiens libéraux ou services hospitaliers dans le cadre du réseau de proximité, formé et animé par les ES sièges d'IML et /ou UMJ.

Quelques structures demeurent sous un régime particulier, comme l'IML de Paris, historiquement rattaché à la préfecture de police, et l'UMJ de l'Hôtel-Dieu, compte tenu de son volume d'activité, qui demeurent dans un système de paiement à l'acte. Pour l'IML, les réquisitions sont adressées nommément au légiste, pour l'UMJ elles sont adressées au responsable du service qui délègue ensuite à un praticien. L'IRCGN (Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale) fait également figure d'exception : toute juridiction peut y avoir recours pour des autopsies suite à une catastrophe avec afflux massif de victimes par exemple, et doit y avoir recours pour les autopsies des militaires en service. De même, pour certaines juridictions (les îles en particulier), il n'y a pas d'IML de rattachement, elles restent donc sur les pratiques en cours, à savoir la transmission à l'IML de leur choix, avec pour seul impératif la maîtrise des frais de justice.

Deux activités ne sont que peu concernées par la réforme. Ainsi, elle devrait avoir a priori peu d'impact sur les levées de corps, dans la mesure où les pratiques en place, c'est-à-dire le recours à un légiste, ou à un autre praticien n'exerçant pas en IML, peuvent perdurer. Il est en revanche de la responsabilité de l'IML d'assurer la formation des médecins n'exerçant pas en IML mais requis pour pratiquer ce type d'actes. Et il est surtout rappelé que peuvent être requis pour les actes de médecine légale tout praticien doté d'une capacité de pratique médico-judiciaire, ce qui devrait théoriquement exclure tout praticien libéral généraliste non formé à cet examen. Mais aucune modalité pratique n'est spécifiée quant à la gestion de la formation du réseau de proximité.

Enfin, les deux circulaires prévoient une évaluation rapide des effets de la réforme. Un bilan sur le ressort de chaque cour d'appel devra être réalisé avant septembre 2011, dans la mesure où les données d'activité sur lesquelles s'est basé le groupe pour structurer la réforme n'étaient pas garanties. A ce titre, et pour affiner ces données, la réforme affirme la nécessité de mettre en place au niveau local un dispositif de recensement des différents types de réquisitions médico-légales. Elle prévoit par ailleurs la réalisation de bilans financiers au niveau local pour mesurer l'évolution des frais de justice. L'ensemble de ces données permettra de réajuster le schéma directeur si nécessaire, et d'en mesurer l'application au niveau local, notamment par le biais de la pertinence des conventions ou protocoles.

En avril 2012, les premiers résultats des évaluations de terrain conduisent à une révision du schéma directeur de la médecine légale<sup>69</sup>. La circulaire du 25 avril fait état d'une amélioration de l'organisation et de la qualité des pratiques, mais un certain nombre

---

<sup>69</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Circulaire du 25 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin officiel complémentaire du 23 août 2012.

d'insuffisances sont déjà relevées. Ainsi, les magistrats et enquêteurs ont souligné des difficultés pour faire procéder aux levées de corps, mais aussi aux examens de compatibilité des gardés à vue *in situ*, soit du fait d'une indisponibilité des légistes, soit par manque de coopération des médecins libéraux. Les données de l'ONML feraient par ailleurs état de niveaux d'organisation et d'activité hétérogènes entre IML et UMJ de même niveaux, pouvant justifier une révision du schéma d'organisation.

Sur le volet thanatologique, cette révision prévoit ainsi le redimensionnement, à la baisse, de deux IML, qui passent dans la catégorie « - de 300 autopsies ». Elle opère également trois changements de rattachement de ressorts judiciaires. Enfin, elle revient sur des arbitrages qui avaient été complexes lors de la première mouture de la réforme, comme en témoigne O. Jardé<sup>70</sup>. Il indique ainsi qu'il y a eu des arbitrages locaux plus difficiles, et qui relevaient plus du politique que de la médecine légale. C'était le cas du Languedoc-Roussillon, où la réforme de 2011 avait initialement placé un centre à Montpellier et pas à Nîmes. Mais les politiques locaux ont milité pour l'ouverture de ce centre et la révision de 2012 du schéma d'organisation prévoit ainsi la création de l'IML de Nîmes.

Pour la médecine légale du vivant, la circulaire de 2012 permet avant tout de préciser les moyens alloués en fonction du niveau d'organisation requis. A titre d'exemple l'UMJ de Montpellier, en organisation de niveau 2 (O2), se voit imposer les contraintes de fonctionnement suivantes, avec les ETP nécessaires en regard : un médecin présent 24 heures sur 24 à l'UMJ. Ce besoin est couvert par le financement de 6 ETP de médecins. Il pourra ensuite s'appuyer sur 3 ETP d'IDE (Infirmière Diplômée d'Etat), 1 ETP de secrétariat, et 2 ETP d'autres personnels.

La circulaire de 2012 complète enfin le dispositif avec la création d'équipes mobiles devant permettre de répondre aux sollicitations de la justice et de la police relatives aux levées de corps et aux examens de gardés à vue dans les locaux des commissariats. Ces équipes seront également en charge d'une nouvelle tâche : les examens cliniques et prélèvements biologiques exécutés sur réquisition judiciaire en application des articles L234-4 et L235-2 du code de la route (examens visant à mesurer l'alcoolémie d'un conducteur). Ainsi, 15 UMJ bénéficient de ce dispositif, dont Montpellier qui reçoit une équipe mobile (EM) de niveau 3 avec les caractéristiques suivantes : une permanence médicale 10 heures par jour et 6 jours sur 7, assurée par le financement de 2,1 ETP de médecin.

---

<sup>70</sup> Cf. annexe 2

Ces révisions mises en œuvre au 15 mai 2012, participeront donc aux effets perceptibles de la réforme sur le terrain.

Entre la première enquête demandée par le GIML en 1988 et l'aboutissement de la réforme de la médecine légale, par ailleurs révisée en 2012, il aura donc fallu plus de 20 ans pour doter la discipline d'une véritable organisation et d'un financement semblant équitable. Néanmoins, dans la mesure où il s'agit de la première application concrète de l'ensemble des préconisations des acteurs institutionnels ayant travaillé sur le sujet, certaines difficultés qui n'auraient pas été anticipées pourraient surgir. De plus, si l'économie générale de la réforme semble conforme aux attentes de tous, les détails des niveaux d'organisation et de financement ont tout de même été arrêtés sur la base de données jugées peu fiables par les propres auteurs du texte. Enfin, le choix, à nouveau, d'une circulaire pour réguler cette activité peut laisser craindre une application limitée sur le terrain.

Il convient donc dans un second temps de déterminer les conséquences mesurables de cette nouvelle réforme sur l'organisation, le financement, et la pratique de la médecine légale.

## **2 Le constat de l'inégalité des impacts financiers et organisationnels de la réforme de 2011 sur le territoire appelle à des arbitrages forts pour la pérennisation de l'activité**

Dans cette deuxième partie, plusieurs sources seront exploitées pour cerner au mieux les impacts de la réforme de 2011. Pour les impacts nationaux, nous nous baserons en particulier sur le rapport d'évaluation de la réforme produit par six corps d'inspection en décembre 2013, mais également sur les témoignages de M-O Moreau et O.Jardé, dont l'expertise sur le sujet de la médecine légale et le positionnement sur la scène nationale leur permettent de bénéficier d'un certain recul et d'une vision plutôt globale de la situation en 2015. Nous nous appuierons également sur les données de l'ONML, qui sont disponibles jusqu'à 2014, dernière année pleine. Enfin, nous verrons le niveau d'adéquation entre les constats réalisés à l'échelle nationale et ceux constatés par les acteurs sur le terrain.

Dans un second temps, nous mettrons en perspective les impacts relevés à l'échelle nationale avec les données du CHRU de Montpellier, tant en termes d'évolution d'activité, d'organisation, de financement, que de dysfonctionnements encore existants. Nous déterminerons si l'impact de la réforme sur le service de médecine légale a été positif ou négatif, conforme ou non aux objectifs annoncés, et si à ce titre Montpellier fait partie des « gagnants » ou des « perdants » de cette réforme. Nous préciserons enfin la part de responsabilité des éventuelles particularités locales sur les constats effectués.

Enfin, à la lumière des constats réalisés, il conviendra d'envisager les pistes pertinentes de développement ou de réorganisation de l'activité qui seront à même d'assurer son avenir.

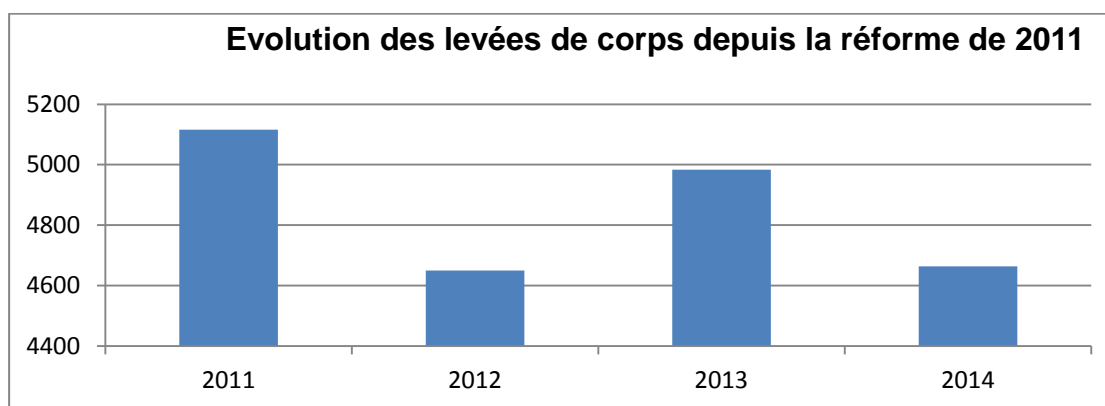
### **2.1 Un bilan des conséquences de l'application de la réforme au niveau national partagé par la plupart des acteurs**

Une évaluation très complète de la réforme de la médecine légale a été réalisée en 2013, par six corps d'inspection conjoints : l'IGA (Inspection Générale de l'Administration), l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), l'IGF (Inspection Générale des Finances), l'IGGN (Inspection Générale de la Gendarmerie Nationale), l'IGPN (Inspection Générale de la Police Nationale), et l'IGSJ (Inspection Générale des Services Judiciaires). Si un bilan rapide avait été réalisé avant la circulaire de 2012 par le



ministère de la justice, les ministères de la santé et de l'intérieur ont milité pour une nouvelle inspection<sup>71</sup>, telle qu'elle était prévue dans la circulaire de 2011. Elle fait donc un état des lieux fidèle et très détaillé de la situation à décembre 2013. Cette analyse est complétée par les données de l'ONML, arrêtées à décembre 2014, et les témoignages des acteurs de terrain, recueillis sur l'année 2015, permettant ainsi une prise de recul de presque cinq ans sur les impacts de cette réforme.

Si l'esprit de la réforme, et la volonté de structurer et organiser la médecine légale sur le territoire, sont salués par les inspections dans leur rapport de 2013, elles déplorent avant tout un manque d'ambition dans le périmètre retenu. En effet, les levées de corps, examens externes de corps, et actes liés à la route, n'étaient pas inclus initialement dans la réflexion et n'ont été ajoutés qu'en 2012. De plus, certains actes propres à la médecine légale, comme les examens d'âge osseux, ou les expertises, ne sont pas pris du tout en compte dans le périmètre. Ces éléments sont d'autant plus regrettables que les inspections y ajoutent le constat d'un échec de cette réforme sur deux catégories majeures d'actes : les examens médicaux des GAV et les levées de corps. En effet, pour les examens des GAV, il a été dès le début tranché que ces examens devaient impérativement être exécutés par des légistes, ce qui ne semble pas indispensable aux inspections, et a conduit à « refermer un éventail de possibilités concurrentes »<sup>72</sup>, qui auraient nettement simplifié l'organisation de ces examens sur le territoire. De plus, il était prévu une diminution progressive du nombre de GAV, et ainsi d'examens médicaux relatifs, prévision qui ne s'est pas vérifiée. En ce qui concerne les levées de corps, les inspections ne relèvent aucune progression notable depuis le milieu des années 2000, et déplorent ainsi que, dans près de 45% des juridictions, l'IML de rattachement n'assure aucune levée de corps<sup>73</sup> (cf. tableau ci-dessous). Par ailleurs, le constat demeure d'un réseau de proximité insuffisamment formé à cette pratique, et pas toujours disponible pour le réaliser.



- d'après les données de l'ONML -

<sup>71</sup> Cf. Annexe 3

<sup>72</sup> IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *op. cit.*, p 39.

<sup>73</sup> IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *op. cit.*, p 46.

Les inspections attirent néanmoins l'attention sur la situation démographique des légistes, qu'elles considèrent en tension, et qui serait un des facteurs explicatifs à la difficulté de mobiliser des médecins compétents pour réaliser cet acte de médecine légale, même si la création de la capacité a permis de compenser la diminution des légistes issus du CES<sup>74</sup>.

D'un point de vue organisationnel, le principal reproche effectué aux ministères en charge de cette réforme est sa mise en œuvre bien trop précipitée. Si son élaboration a été progressive, fruit d'une réflexion conjointe et mesurée, la mise en œuvre en à peine 15 jours (diffusion les 27 et 28 décembre 2010 pour une application au 15 janvier 2011) a été très déstabilisante pour les équipes de terrain. De plus, cette précipitation n'a pas été compensée par un accompagnement plus appuyé. Au contraire, le rapport relève également un défaut de dispositif institutionnel de pilotage, tant au niveau national, où il est indispensable pour impulser une dynamique, qu'au niveau local où il ne saurait reposer que sur des initiatives.

La réorganisation de l'offre de médecine légale sur le territoire est également sujette à caution selon les inspections. En effet, la concentration de l'activité autopsique sur 31 IML a eu, tel que l'anticipait d'ailleurs la réforme, des conséquences non négligeables sur les délais de déplacement, avec une durée de déplacement moyenne de plus de deux heures aller-retour<sup>75</sup>. Mais elle a également conduit à la démotivation d'un grand nombre de légistes, qui auraient pu constituer une forme de réseau de proximité en thanatologie, et qui se retirent de cette pratique devant le constat d'une dévalorisation de leur participation. Il s'agit ici d'une des raisons pour lesquelles les inspections concluent à une négligence majeure du réseau de proximité dans l'élaboration de cette réforme. Il en va de même pour le dispositif des UMJ, qui ne couvre que la moitié de la population nationale, et qui n'est pas nécessairement appuyé par le réseau de proximité pour prendre en charge l'autre moitié. Ce constat a été soulevé notamment pour les examens médicaux des GAV, pour lesquels les équipes mobiles très restreintes des UMJ ne parviennent pas à compenser les difficultés de prise en charge soulevées en 2012. A ce titre, on peut préciser que sur 93 groupements de gendarmerie départementale, 55 d'entre eux ne sont pas rattachés à une UMJ, et devraient alors avoir recours au réseau de proximité pour assurer les examens de GAV. Le manque d'organisation de ce réseau est donc particulièrement regrettable pour ce type d'examen.

En résumé, le recours au réseau de proximité intervient beaucoup plus souvent que ne l'envisageait la réforme, et son défaut d'organisation est ainsi encore plus pénalisant au regard de la fréquence des sollicitations.

---

<sup>74</sup> IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *op. cit.*, p 49.

<sup>75</sup> IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale*. Paris : la Documentation Française, p 31

Les inspections constatent également, près de trois ans après la réforme, un certain nombre de dysfonctionnements qu'elle était censée réguler, et qui demeurent pourtant d'actualité. Il en va ainsi de la gestion des réquisitions, qui sont encore insuffisamment harmonisées, ne respectent pas toujours les règles de forme prévues par le CPP, ne présentent pas toujours de numéro d'ordre et manquent de précision. Sur le fond, il convient de souligner que des victimes sont encore examinées par les UMJ sans réquisition à l'appui.

La gestion des prélèvements et scellés fait également l'objet de critiques. En effet, contrairement aux préconisations, voire au cadre réglementaire sur le sujet, les prélèvements effectués dans le cadre d'actes de médecine légale ne feraient l'objet d'une mise sous scellés, pourtant obligatoire, que dans 5% des cas selon la DGOS<sup>76</sup>. Cela représente un réel risque juridique de non-validité des procédures judiciaires s'appuyant sur ces prélèvements. Par ailleurs, les établissements demeurent en difficulté sur le stockage et les modalités particulières de conservation de ces prélèvements, tant en termes d'exigences techniques qu'en termes financiers, les frais inhérents de ce gardiennage n'étant que rarement facturés à la justice.

Enfin, la principale difficulté du champ de la médecine légale, à savoir la difficulté d'en mesurer l'activité et les coûts, semble toujours d'actualité. Les inspections déplorent ainsi le système d'information incomplet du ministère de la justice, qui ne permet pas la comparaison avec les données de l'ONML, et ainsi l'absence de certitudes quant à ces données.

Pour la première année de la réforme, l'enveloppe de financement des structures dédiées de médecine légale qu'elle instaurait était évaluée à 54,2 M€<sup>77</sup>. Les frais de justice relatifs au paiement à l'acte, adossés à cette première enveloppe, furent estimés à 9,6 M€. Le surcoût global de la réforme par rapport au système antérieur était donc évalué à 29,3 M €, et le premier constat du rapport des inspections conjointes est donc naturellement celui d'une réforme qui se veut ambitieuse. Mais il est vite complété par un second constat, déjà souligné maintes fois par les concepteurs de la réforme eux-mêmes : l'incertitude sur les données d'activité a donné lieu à des calculs approximatifs pour déterminer les financements. De plus, le rapport des inspections fait valoir qu'il était problématique d'un point de vue financier d'exclure les structures parisiennes de la réforme, car elles sont plus onéreuses ; ce même raisonnement s'applique aux analyses génétiques et à la gestion des scellés, éléments parmi les plus

---

<sup>76</sup> IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *op. cit.*, p 52.

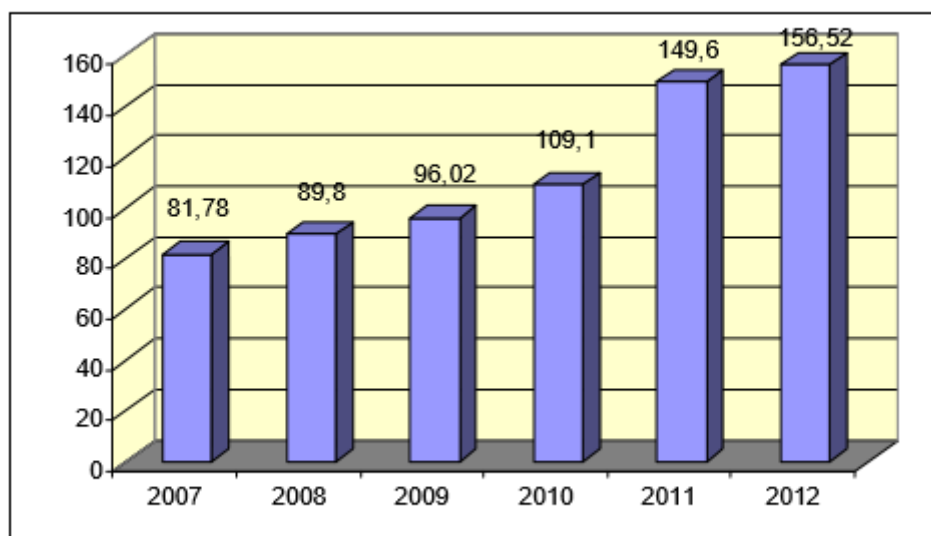
<sup>77</sup> IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale*. Paris : la Documentation Française, p 14.

onéreux de la médecine légale, et dont la réforme ne se préoccupe pas. Enfin, il aurait été pertinent de prendre en compte les possibilités de progrès techniques, susceptibles elles-aussi d'augmenter les dépenses liées à cette activité. Considérant ces arguments, il semble donc aux inspections que le financement de cette réforme était approximatif.

Il n'est donc pas surprenant, à la lumière de cette analyse, que les inspections concluent à la même approximation dans l'attribution des dotations forfaitaires. En effet, l'enveloppe globale de financement ayant été mal évaluée, et les niveaux d'activité des structures étant hétérogènes et mal mesurés, il semblait difficile de parvenir à une répartition équilibrée de ces dotations. Mais en mettant en rapport l'activité mesurable des différentes structures avec le montant des dotations qui leur sont attribuées, il apparaît des inégalités importantes sur le territoire, notamment lorsque l'on calcule le coût moyen de l'acte dans chaque structure.

Par ailleurs, le coût élevé de la réforme tient également à la part encore importante de dépenses relatives au paiement à l'acte. Mais il est important de souligner qu'il n'y a toujours pas de modalités de suivi opérationnelles de la partie des dépenses restée en tarification à l'acte, ce qui explique également que les pratiques de tarification connaissent encore une grande hétérogénéité selon les régions et les praticiens. La sous-budgétisation chronique des frais de justice relevée dans ce rapport vient s'ajouter à ces constats, les inspections précisant ainsi que si la dépense supplémentaire de 54,2 M € avait été anticipée, elle était censée être compensée par une économie de 30 M € sur les honoraires médicaux, qui a visiblement été surévaluée. En résulte ainsi une croissance importante des frais de médecine légale, qui pèse de manière constante sur le budget de la justice, comme l'illustre le graphique ci-dessous :

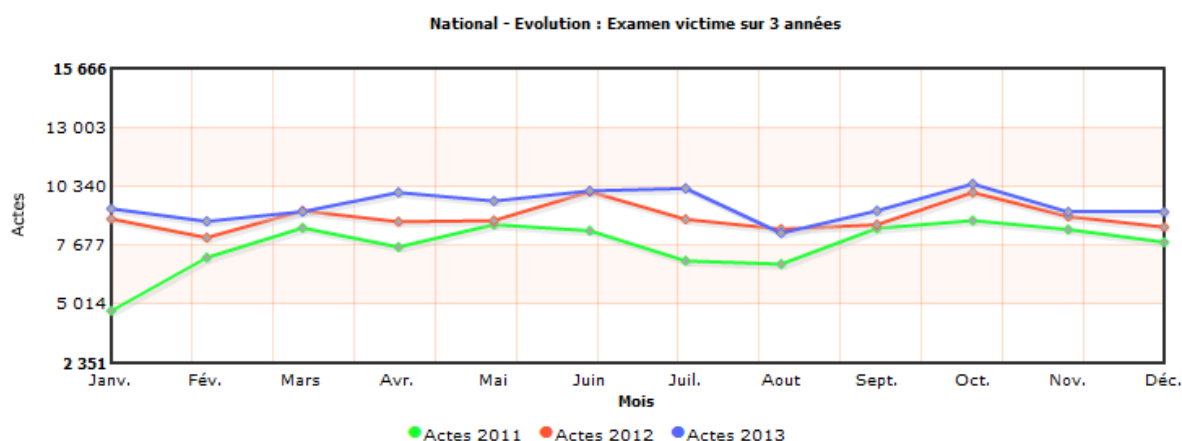
**Evolution des frais de médecine légale et assimilés entre 2007 et 2012**



Source : graphique élaboré à partir des données fournies par la DSJ.

L'augmentation de ces dépenses, mal anticipée, couplée à la sous-budgétisation relevée, conduit à d'importants impayés, les ES supportant toujours d'importants frais liés à la médecine légale. L'absence ou le retard de paiement de certaines prestations par le ministère de la justice pénalise ainsi la trésorerie des hôpitaux.

Il convient d'équilibrer l'ensemble de ces constats négatifs avec la preuve d'améliorations du fonctionnement de la médecine légale. Ainsi, le rapport de 2013 relève que les standards de qualité en matière d'autopsie s'élèvent, et ce notamment grâce à une plus grande disponibilité et une meilleure réactivité des légistes, des plateaux techniques mieux équipés, des meilleures relations entre OPJ et PH, et des investigations plus approfondies, avec un ou plusieurs examens complémentaires par autopsie dans 78% des IML<sup>78</sup>. Sur le volet médecine légale du vivant, il convient également de relever une progression qualitative et quantitative, dans la mesure où le recours à un médecin légiste est aujourd'hui quasiment systématique pour les examens de victimes. Ce constat est en partie confirmé par la progression significative entre 2011 et 2014 du nombre de victimes examinées d'après les données de l'ONML, estimée à 14% pour le niveau national<sup>79</sup>, comme l'illustre le graphique ci-dessous :



80

L'étude réalisée par les six inspections est ainsi unanimement saluée par les acteurs de terrain pour son sérieux et son analyse approfondie des problématiques du champ de la médecine légale. On constatera donc sans surprise que les acteurs partagent la plupart des éléments relevés par cette mission. Néanmoins, l'un des principaux constats étant l'hétérogénéité des pratiques et des situations selon les structures, il demeure nécessaire d'entendre les acteurs sur leur ressenti au niveau local de l'impact de cette réforme.

<sup>78</sup> IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *op. cit*, p 29.

<sup>79</sup> IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *op. cit*, p 33.

<sup>80</sup> Données ONML

En premier lieu, le ministère de la santé constate que les améliorations apportées par la réforme auraient été plus marquées si la circulaire n'avait pas été mise en œuvre si rapidement, et si son déploiement avait été accompagné d'une communication beaucoup plus importante sur le sujet<sup>81</sup>.

Au niveau national, le rapport de 2013 relève une hétérogénéité persistante dans le format des structures ainsi que dans les pratiques médico-légales, malgré une amélioration qualitative notable tant sur les autopsies que sur la prise en charge des victimes. Ce constat est tout à fait partagé par le ministère de la santé<sup>82</sup>. La chargée de mission sur la médecine légale souligne avant tout que le choix d'unifier les termes (UMJ pour la médecine légale du vivant et IML pour la thanatologie) a donné beaucoup plus de lisibilité pour les citoyens et en particulier les victimes.

Le constat d'un réseau de proximité mal organisé semble également recueillir l'adhésion des acteurs. Dans la région de Toulouse, le CHU a pourtant essayé de l'organiser, mais sans coopération, notamment financière, des autres établissements, cela a finalement échoué<sup>83</sup>. Ce constat entraîne également une réflexion sur le rôle des ARS (Agence Régionale de Santé), et notamment de leurs DT (Délégations Territoriales), sur le pilotage et la structuration de ce réseau de proximité. Le ministère de la santé nuance toutefois le propos, en soulignant que l'implication des ARS est très variable selon les régions. Certaines ARS sont très impliquées et l'étaient même parfois déjà avant la réforme. Mais ce n'est pas le cas de toutes, notamment parce que le financement de la médecine légale ne passe pas par elles : le financement provient en effet du programme 166 du budget de la Chancellerie, et est versé directement aux établissements. Une autre difficulté résulte du fait que, globalement, le découpage du schéma fait correspondre les ARS et les cours d'appel, mais pas systématiquement. Par exemple, un établissement peut dépendre d'une ARS pour son activité hospitalière, mais de la cour d'appel plus proche d'une autre ARS pour la médecine légale. Ces éléments sont à prendre en compte pour juger de l'implication des ARS dans la régulation de cette activité.

Sur la gestion des réquisitions, il n'y a que peu de dissonances entre les niveaux national et local. Si le ministère de la santé tient à préciser que l'harmonisation des procédures pénales a tout de même progressé, avec une amélioration sur les réquisitions, presque toujours adressées à l'établissement de santé et non à un médecin, il partage toutefois avec les structures de médecine légale le constat d'un certain nombre de

---

<sup>81</sup> Cf. annexe 3

<sup>82</sup> *Ibid.*

<sup>83</sup> Cf. annexe 5.

dysfonctionnements qui demeurent. Ainsi, pour tous les établissements de santé qui n'ont pas de structure mais peuvent rentrer de facto dans le réseau de proximité, le principe est celui de la réquisition à l'établissement, mais cela n'est jamais respecté et le reversement des frais ne se fait pas toujours. Par ailleurs, il n'y a toujours pas d'harmonisation dans la gestion, pas de système unifié de numérotation, et parfois même des réquisitions sans numéro. Le responsable du service de médecine légale du CHU de Toulouse<sup>84</sup> reconnaît également faire beaucoup d'actes sur réquisition, mais partage le constat d'irrégularités fréquentes sur la forme : il n'y a pas de numéros de PV (procès verbal) sur les réquisitions, les questions sont très hétérogènes, les OPJ tentent de faire passer des questions de mission d'expertise dans le système de réquisition...

La gestion des prélèvements et scellés est également une inquiétude partagée par tous. Le ministère de la santé a conscience qu'il s'agit d'une vraie difficulté pour les établissements. Il est également lucide sur la situation : beaucoup de prélèvements non scellés, des conditions de conservation qui ne sont pas toujours adéquates... A Toulouse, le constat est le même, ce qui pousse le chef de service à la remise en cause de ses pratiques. Ainsi, selon lui, les médecins légistes doivent réfléchir sur l'utilité de la chose, pour minimiser le nombre de scellés. Par ailleurs, il ne devrait pas y avoir de conservation de scellés pendant des mois et des années. Enfin, il souligne l'incapacité de son établissement à mettre en place un système de gestion et de facturation des scellés, qui a clairement nui à la résolution de ce problème.

L'existence de ces problématiques relevées au niveau national, semble donc confirmée par le ressenti des acteurs locaux. Mais il convient également de prendre en compte les conséquences sur leurs propres structures des réorganisations de la réforme, dans la mesure où les données macroscopiques de l'analyse fournie par la mission de 2013 ne sauraient suffire à l'évaluation de l'impact réel de la réforme.

Ainsi, interrogés sur l'impact financier de la réforme, les structures de Toulouse et Amiens s'entendent pour dire qu'il s'est révélé plutôt positif. Toulouse explique par exemple que la thanatologie était historiquement déficitaire, parce que le paiement à l'acte de 138 € ne couvrait pas le coût moyen d'une autopsie, estimé à 1000€. Dès lors, la réforme a tout remis à plat, avec le système « - de 300/+de 300 autopsies ». Toulouse a été classé en moins de 300 autopsies, donc payé environ 300 000€ (1000€ l'autopsie), ce qui permettait de rentrer à peu près dans les frais. Mais, reprenant un constat du rapport de 2013, le chef de service tient à faire part de la problématique de l'attribution approximative des dotations budgétaires, avec le problème des effets de seuils, deux établissements ayant la même dotation en faisant 100 ou 295 autopsies. Le responsable du service de

---

<sup>84</sup> Cf. annexe 5.

médecine légale d'Amiens, le Pr O.Jardé, ne peut que partager ce constat, dans la mesure où, en tant que co-auteur de la réforme, il sait le manque de fiabilité des données sur lesquelles elle a été construite, conduisant à ces approximations.

Les constats sont également partagés sur la relative augmentation d'activité résultant de la réforme, bien que les variations d'activité soient multifactorielles, et en partie dépendante de la politique pénale locale<sup>85</sup>.

En revanche, les avis divergent lorsqu'il est question du périmètre de la médecine légale. Le Pr Jardé, concepteur de la réforme, considère que la prise en charge des détenus et les examens de compatibilité des gardés à vue sont une forme de médecine particulière, à la limite du droit, et qu'ils correspondent en ce sens plutôt bien à la médecine légale. Il fait par ailleurs état de la conférence de consensus coordonnée par la HAS en 2004, qui a donné lieu à une préconisation dans le sens d'une intervention privilégiée des légistes auprès des GAV. En revanche le Pr Telmon, chef de service au CHU de Toulouse, considère qu'il ne s'agit pas de médecine légale. Au contraire, il qualifie cela d'activité purement médicale voire clinique, et les légistes, qui cessent la pratique de l'activité de médecine clinique assez rapidement, seraient donc loin d'être les mieux placés pour le faire. Si la chargée de mission du ministère de la santé sur le sujet précise qu'il y a là un débat à composante médicale, elle rappelle néanmoins que dès la réforme mise en œuvre et la fin du paiement à l'acte directement au médecin, beaucoup de médecins ont alors déclaré qu'il n'y avait pas d'intérêt à ce que les examens de compatibilité soient réalisés par des légistes. Par ailleurs, seuls 3% des GAV auraient une pathologie nécessitant la suspension de la garde à vue<sup>86</sup>.

Le débat est le même sur la question des levées de corps. M-O Moreau, du ministère de la santé, souligne que l'ensemble des inspections conclut qu'il s'agit d'un acte très spécialisé qui doit être fait par un légiste<sup>87</sup>. Le Pr Jardé confirme cette analyse<sup>88</sup>, en indiquant également la corrélation entre la fréquence des levées de corps et la baisse du nombre d'autopsies. Mme Moreau indique en ce sens un travail à faire sur les pratiques. Certains IML ont des nombres très importants d'autopsies, mais ne font jamais de levée de corps. Certains ont autant de levées de corps que d'autopsies, ce qui laisserait penser que toutes les situations ont justifié un examen autopsique ultérieur. Et enfin certains IML ont un rapport de ½ entre autopsie et levée de corps, ce qui semble, en comparaison des autres situations, le plus cohérent. Pour le Pr Telmon<sup>89</sup>, il y a deux écoles sur la levée de corps : ceux qui pensent que cela ne sert à rien et ceux qui pensent

---

<sup>85</sup> Cf. Annexe 5

<sup>86</sup> Cf. Annexe 3

<sup>87</sup> *Ibid.*

<sup>88</sup> Cf. Annexe 2.

<sup>89</sup> Cf. annexe 5.



que c'est indispensable. Selon lui, cela l'était il y a 20 ans, lorsque le légiste était le plus qualifié en la matière sur la scène de crime. Aujourd'hui, les techniciens de police scientifique et les techniciens d'identification criminelle sont tout aussi qualifiés sur le sujet et cela lui semble suffisant.

Enfin, un regret est exprimé tant par les acteurs locaux que par le bilan des inspections : il s'agit de l'absence d'avancées sur l'intégration hospitalo-universitaire de la médecine légale. Le ministère de la santé confirme la nécessité de poursuivre cette intégration, qui ne pourra se faire selon la chargée de mission sur la médecine légale qu'avec la formation de nouveaux médecins légistes<sup>90</sup>. Le professeur Jardé souligne pour sa part que sur l'enseignement, le DESC fonctionne bien et que la création de la capacité en médecine légale a permis des avancées, notamment pour la formation des urgentistes, qui n'aurait pas pu se faire par le biais du DESC<sup>91</sup>. Il reconnaît en revanche qu'il y a un vrai problème sur la recherche, qui est aujourd'hui un des points faibles de la discipline. Le Pr Telmon, du CHU de Toulouse, qualifie même le champ de la recherche en médecine légale de *no man's land*<sup>92</sup>. Pour lui, l'enseignement et la recherche manquent sont les perdants de cette réforme, mais cela n'est pas surprenant car il considère que la réforme n'a pas été conçue pour être hospitalo-universitaire. Dès lors, il y a encore de larges marges de progression pour permettre à la discipline de connaître l'achèvement de son intégration hospitalo-universitaire.

Si la plupart des acteurs partage les constats de la mission des inspections conjointes sur le bilan de la réforme de 2011, une analyse plus fine est nécessaire pour évaluer l'éventuel écart entre les impacts nationaux et les changements mesurés au niveau local, et ainsi la dimension « universelle » du constat des inspections. Le CHU de Montpellier servira ainsi de base à cette comparaison.

## **2.2 Mise en perspective des constats nationaux par la mesure des impacts de la réforme de 2011 sur le département de médecine légale du CHRU de Montpellier**

La faculté de médecine de Montpellier fut la première à obtenir l'autorisation de réaliser des dissections et des autopsies, en 1374. Cette autorisation symbolique a eu des conséquences à très long terme, puisqu'elle a permis à la médecine légale de bénéficier d'une reconnaissance locale plus développée que celle qui lui était accordée au

---

<sup>90</sup> Cf. annexe 3.

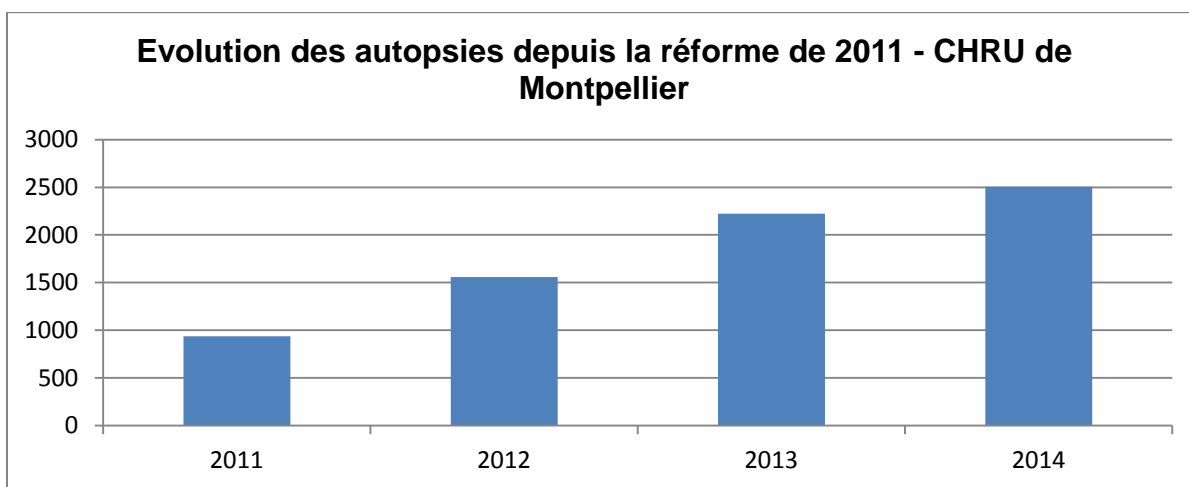
<sup>91</sup> Cf. annexe 2.

<sup>92</sup> Cf. annexe 5.

niveau national. Avant la réforme de 2011, l'activité de médecine légale de Montpellier faisait déjà partie des plus structurées. Il était ainsi souligné, dès le rapport Jardé de 2003, que Montpellier faisait partie des huit structures de médecine légale officielles, autonomes et structurées<sup>93</sup>, sous forme de service intégré au CHRU. Pour autant, tous les actes inclus dans le périmètre de la réforme n'étaient pas nécessairement pratiqués. Il convient donc dans un premier temps d'étudier l'évolution de l'activité.

Il est utile à ce stade de préciser que, dans la classification applicable depuis la réforme, l'IML de Montpellier est classé en « plus de 300 autopsies », ce qui lui confère 2,5 ETP de médecin, avec un médecin présent 12 heures par jour et 6 jours sur 7. Son UMJ est en O2, ce qui signifie une permanence médicale 24 heures sur 24 pour les examens de gardé à vue et de victimes, et un financement des ETP suivants : 6 ETP de médecins, 3 ETP d'IDE, 1 ETP de secrétariat et 2 ETP d'autres personnels. Enfin, la circulaire de 2012 lui a accordé une équipe mobile (EM) de niveau 3, soit un médecin présent 10 heures par jour, 6 jours sur 7, et ainsi 2,1 ETP supplémentaires pour assurer ce poste. Il convient également de préciser que l'ensemble des ETP financés par la réforme sont utilisés.

Sur les autopsies, on constate une nette progression de l'activité, de l'ordre de 30%, tandis que la progression nationale n'est que de 7,8% :

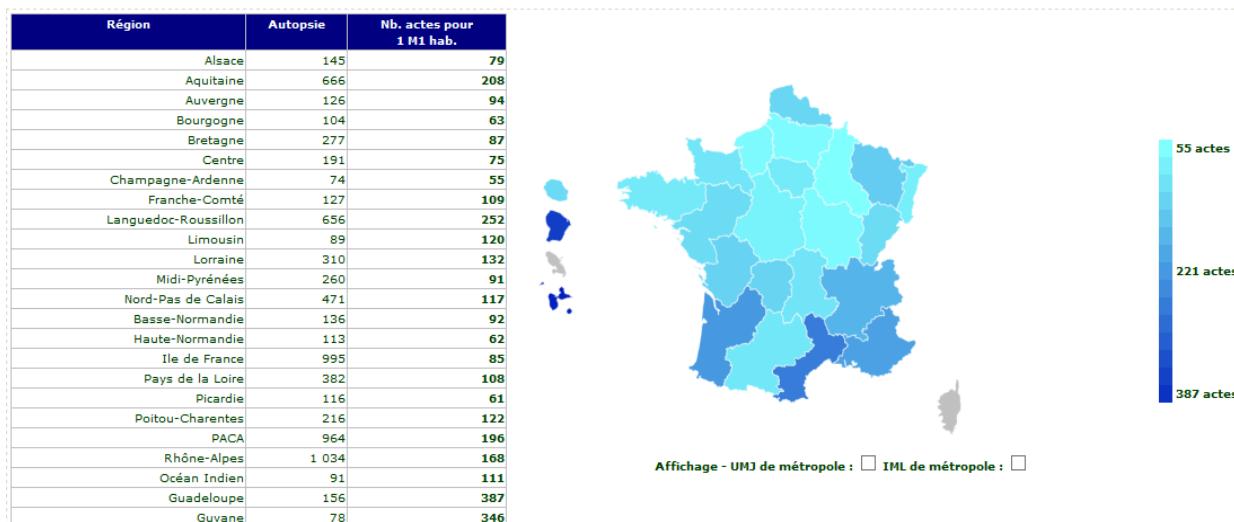


- données ONML -

L'analyse du service est la suivante<sup>94</sup> : il s'agit d'une particularité locale qui s'explique par une combinaison entre une équipe de médecins légistes disponibles et des procureurs volontaristes, avec notamment un procureur qui a écrit une circulaire à ses collaborateurs fixant des critères d'autopsie, faisant de Montpellier une des villes de France qui autopsie le plus par habitant. Ce constat est effectivement confirmé par la cartographie des actes proposées par l'ONML, qui pour 2014 fait état de 252 autopsies pour 1 million d'habitants, soit la proportion la plus élevée en métropole :

<sup>93</sup> JARDE O., 2003, *op.cit.*, p 14.

<sup>94</sup> Cf. annexe 4.

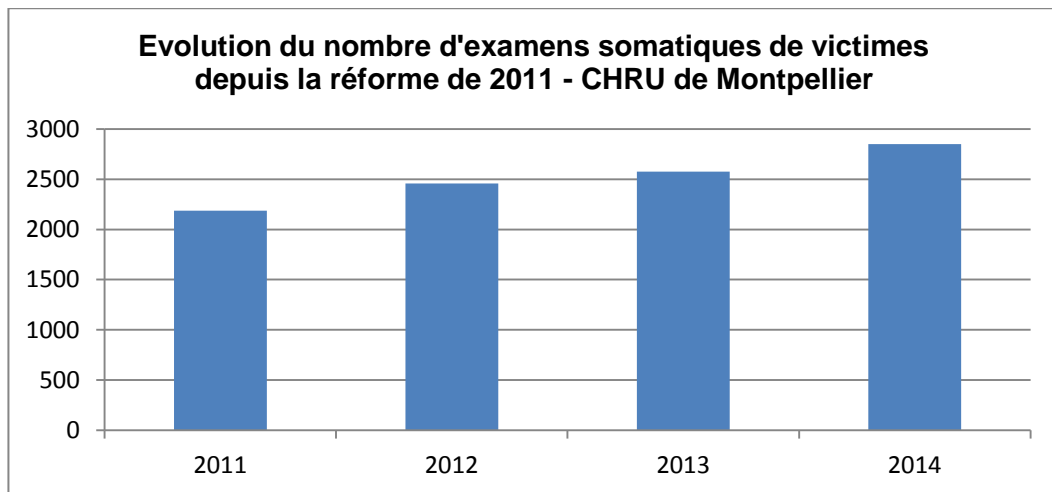


Néanmoins, il convient de tempérer ce propos par la mise en perspective avec le faible nombre de levées de corps assurée par le CHRU de Montpellier. En effet, leur nombre oscille entre 100 et 170 sur les quatre dernières années, soit un peu plus d'un quart du nombre total des autopsies. Plusieurs justifications sont données sur ce sujet<sup>95</sup> : dans la journée, le périmètre d'intervention de l'équipe médico-légale montpelliéraine est très étendu, notamment pour les homicides. Mais la nuit, ils se limitent à 20 minutes de route autour de Montpellier car il y a un seul légiste de garde, qui se concentre essentiellement sur les examens de compatibilité des GAV. De plus, il semble que les forces de l'ordre n'appellent pas toujours. Si les outils de suivi de l'activité ne permettent pas de déterminer quelle part d'autopsie avait fait l'objet d'une levée de corps préalable, il est en tout cas communément admis que l'augmentation du nombre de levées de corps tend à diminuer le nombre d'autopsies. Dès lors, une partie de l'explosion d'activité autopsique du CHRU peut s'expliquer par ce nombre limité de levées de corps.

Sur la médecine légale du vivant, la tendance est également à une augmentation considérable de l'activité. Les actes d'examen somatique de victimes ont quasiment été multipliés par trois en 4 ans, tandis que l'on constate une augmentation de 30% au niveau national<sup>96</sup>. Il convient néanmoins de préciser que cette forte augmentation était attendue sur la médecine légale du vivant, dans la mesure où l'on passait d'un système avec peu de structures formalisées à une structuration de l'activité visant à ce que toutes les victimes soient vues par un médecin légiste. Ce constat est illustré par le graphique ci-dessous :

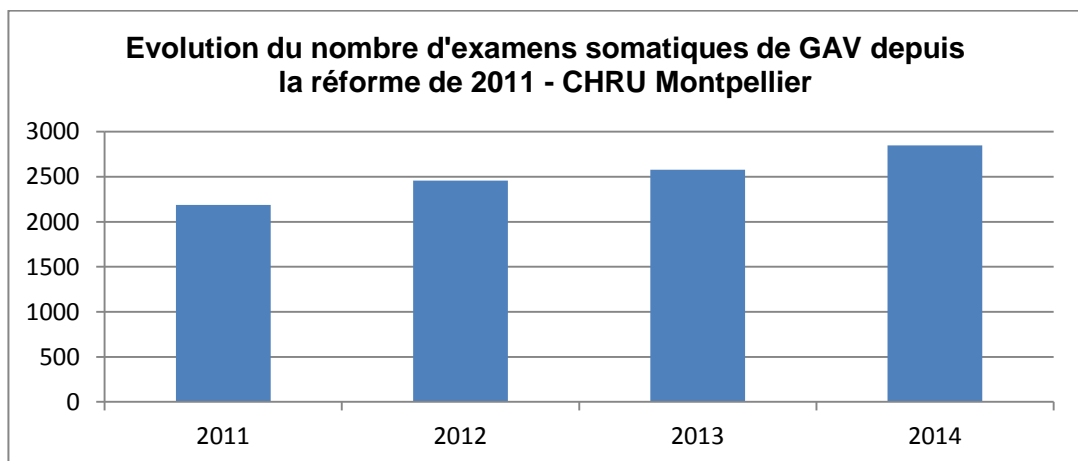
<sup>95</sup> Cf. annexe 4

<sup>96</sup> Données ONML



- données ONML -

Enfin, sur les examens de gardés à vue, on constate à nouveau une augmentation de 30% de l'activité depuis le début de la réforme, alors que ce pourcentage est en baisse au niveau national et que le rapport des inspections de décembre 2013 fait état d'un échec de la réforme sur les examens de compatibilité des GAV. L'illustration graphique est encore une fois éloquente :



Ce constat s'explique par une politique très volontariste du chef de service, ainsi que par l'attribution d'une équipe mobile en 2012. Globalement, le service de Montpellier a toujours pratiqué ce type d'examens, dans les locaux de la police. Pour le chef de service, deux raisons justifient ce phénomène. Tout d'abord, un GAV est un patient très particulier, toxicomane dans 60% des cas, qui allègue des violences dans 20% des cas, et qui a fréquemment des troubles psychiatriques. Les légistes connaissent mieux ce type de patients, sont habitués à ce type d'examens, et aux rapports que cela implique. Mais il invoque aussi, et surtout, une raison structurelle : les examens de compatibilité de GAV représentent un gros volume de l'activité du service, et sont responsables de 40% de la

dotation budgétaire<sup>97</sup>. Si le service cessait de faire ces examens, il perdrait des PH, des financements, de l'attractivité... La médecine légale aurait besoin de cet effet volume pour fonctionner et bénéficier de la reconnaissance qu'elle mérite en tant que discipline médicale. Le responsable de service s'oppose ainsi par ce discours à la position des inspections dans leur rapport de 2013, ainsi qu'à celle d'un certain nombre de ses confrères, qui ne voient pas de plus-value à l'intervention d'un légiste sur ce type d'examen.

Ces données ont par ailleurs nécessairement un impact sur l'occupation du temps médical. Ainsi, les moyens de l'équipe mobile, donc sur les déplacements hors ES, sont quasi uniquement consacrés aux examens de GAV, alors qu'il était précisé dans la circulaire de 2012 que ces équipes avaient vocation à couvrir les GAV, les levées de corps, et les examens de la route. S'il est entendable que les moyens alloués ne sont pas suffisants pour couvrir le périmètre de ces trois activités, on ne peut que constater qu'un arbitrage franc a été réalisé par le département du CHRU de Montpellier quant à l'utilisation de ces ressources, comme l'illustre le tableau suivant sur les interventions hors ES :

Activité générale : nombre d'actes vivant et thanatologie par an									
oNML_TypeActe	ETS				hors ETS				Total général
	00h-08h	08h-18h	18h-00h	Heure pas renseignée	00h-08h	08h-18h	18h-00h	Heure pas renseignée	
Examen somatique de gardé à vue	0	17	0	0	549	1002	799	460	2847
Examen psychiatrique de gardé à vue	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Examen somatique de victime	22	2273	74	10	17	76	22	11	2505
Examen psychiatrique de victime	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Examen médical lié à la route	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Examen âge osseux isolé (hors GAV)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Examen somatique de personne retenue	0	0	0	0	2	0	0	2	18
Examen psychiatrique de personne retenue	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Levée de corps	0	1	0	0	11	70	40	0	127
Examen de corps isolé	0	53	18	0	0	1	0	0	82
Autopsie	0	444	0	0	0	0	0	0	445
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>2803</b>	<b>98</b>	<b>26</b>	<b>579</b>	<b>1154</b>	<b>864</b>	<b>478</b>	<b>6033</b>
TOTAL par localisation de réalisation	2958				3075				

- données ONML -

De plus, selon les estimations de l'ONML, cette activité représente la majeure partie du temps médical, soit 81,4h hebdomadaires, contre 38,5h pour les autopsies et 38,6h pour les examens somatiques de victimes.

<sup>97</sup> Cf. annexe 4

Sur les autres actes, l'évolution de l'activité est la suivante :

	2012	2013	Evolution 2012-2013	2014	Evolution 2013- 2014	EVOLUTION DEPUIS LA REFORME
LEVEES DE CORPS	154	176	14,29%	125	-28,98%	-18,83%
EXAMENS DE VICTIMES VIVANTES HORS CHU	139	141	1,44%	126	-10,64%	-9,35%
AUTRES EXAMENS DIVERS (Etiquettes, divers)	235	159	-32,34%	157	-1,26%	-33,19%
CONSULTATIONS PSYCHOLOGUES	749	638		641	0,47%	
CONSULTATION PSYCHIATRE		70		54	-22,86%	

On constate donc une forte augmentation de l'activité autopsique, ainsi que des examens de victimes vivantes. L'augmentation des examens sur les gardés à vue est également sensible. Mais ces variations à la hausse s'accompagnent d'une diminution d'activité sur l'ensemble des autres actes, et en particulier sur ceux réalisés hors CHU, alors que le service bénéficie d'une dotation complémentaire pour une équipe mobile. Les moyens de cette équipe sont donc concentrés essentiellement sur les gardés à vue, alors que cette activité se faisait déjà de manière importante avant la réforme, mais n'a pas permis en revanche d'augmenter le nombre de levées de corps, pourtant encouragées par tous les travaux sur le sujet, ni celui des examens de victimes hors CHU. Sur ce dernier point, il convient de nuancer le propos dans la mesure où le service vient de mettre en place des consultations délocalisées. En effet, un des attachés en médecine légale est par ailleurs généraliste à Sète, le service lui paie donc des vacances pour qu'il fasse des consultations de médecine légale dans son cabinet. Un des légistes du service va également se rendre à Béziers une journée par semaine. En revanche, la priorisation des examens de gardés à vue par rapport aux levées de corps peut être discuté, d'autant plus dans un contexte où la nécessité de faire pratiquer les examens de GAV par un légiste est de plus en plus discutée.

Sur le financement, il convient dans un premier temps de préciser que le responsable du département de médecine légale partage le constat d'une attribution approximation des dotations budgétaires dans le cadre de la réforme. Mais il concède s'être « battu »<sup>98</sup> avec l'aide du directeur d'établissement, du Procureur général et du préfet de l'époque pour faire varier la dotation initiale. La dotation finale était donc à la

<sup>98</sup> *Ibid.*

hauteur de ses attentes et besoins. On constate ainsi, à l'étude du CREA du département de médecine légale, que l'activité est devenue progressivement excédentaire depuis la réforme de la médecine légale, l'essentiel des recettes du service provenant évidemment des dotations du ministère de la justice :

	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes subsidiaires</b>	<b>1 203 492</b>	<b>1 663 493</b>	<b>2 136 547</b>	<b>2 073 605</b>
Autres produits de gestion courante	20 875	9 872	148 939	159 330
Chambres particulières	0	0	0	0
Co-utilisation	0	0	0	0
Formation professionnelle	0	0	0	0
Produits exceptionnels	16 638	3 851	213 776	15 576
Remboursement charges de personnel	198	5 229	4 367	3 543
Remboursement frais CRPA	0	0	0	0
Subvention d'exploitation et participations	1 164 335	1 642 054	1 767 880	1 883 836
Ventes produits fabriqués, prest. de service	1 445	2 487	1 584	11 321
Versement activité libérale	0	0	0	0
<b>RESULTAT APRES AIDE</b>	<b>-294 211</b>	<b>48 644</b>	<b>545 632</b>	<b>416 160</b>

- extraits du CREA du département de médecine légale du CHRU de Montpellier -

Mais il faut mettre en perspective les financements avec l'activité en résultant. En effet, si le service montpellierain a connu un très fort pourcentage d'augmentation de l'activité, elle n'est, en valeur absolue, pas nécessairement supérieure à celle des autres structures, sauf pour les autopsies. Ainsi, les inspections établissaient dans leur rapport de 2013 un coût moyen des actes médico-légaux, calculé en mettant en perspective le niveau de dotation des structures avec la volumétrie de leur activité. Pour le niveau de dotation auquel appartient le service de Montpellier, les inspections obtenaient les résultats suivants :

Tableau n° 9 : coût à l'acte des IML par niveau de dotation pour l'année 2012

IML	Dotation	Autopsies	Levées de corps	examens de corps	Total des actes	Part des autopsies	Coût à l'acte
Marseille	513 055	682	363	315	1 368	50%	375
Lille	513 055	491	241	276	1 008	49%	509
Garches	513 055	518	336	59	913	57%	562
Lyon	513 055	744	56	11	811	92%	633
Bordeaux	513 055	737	27	2	766	96%	670
Evry	513 055	344	54	256	654	53%	784
Montpellier	513 055	337	135	104	576	59%	891
La Réunion	450 479	73	88	148	309	24%	1 458
Pointe à Pitre	415 826	150	54	85	289	52%	1 439
Toulouse	346 522	255	10	343	608	42%	570



Tableau n° 8 : activité UMJ 2012 à dotation équivalente

Etablissement de santé (et organisation)	Total dotation	Ex GAV	Victime	Ex route	Autres actes[1]	Levées de corps	Exam corps	Total actes	Part GAV	Part victime
Créteil (O1R)	2451084	12 802	8 857	0	[2]348	262	3	22 272	57%	40%
Bondy (O1)	1868401	19 245	12 007	0	[3]1144	1		32 397	59%	37%
Garches (O1)	1868401	10 086	4 393	223	77			14 779	68%	30%
Marseille (O1)	1868401	9 690	3 762	139	67			13 658	71%	28%
Versailles (O1)	1868401	4 386	3 373	0	139	392	8	8 298	53%	41%
Lagny Marne la Vallée (O2+EM2)	1363840	4 146	3 155	3	15	177	2	7 498	55%	42%
Angers (O2+EM2)	1363840	2 183	1 434	24	9			3 650	60%	39%
Montpellier (O2+EM3)	1312802	2 457	1 557	18	18			4 050	61%	38%
Cayenne (O3A+EM4)	1136784	928	1 815	1	1			2 745	34%	66%
Boulogne (O3B+EM2)	1100434	2 327	2 580	61	15	139	140	5262	44%	49%
Lille (O2+EM2)*	1363840	0	4 467	309	194			4 970	0%	90%
Pontoise (O2)	1044853	1 563	4 932	132	130	282	2	7 041	22%	70%
Evry (O2)	1044853	1 267	5 045	105	8			6 425	20%	79%
Bordeaux (O2)	1044853	36	3 231	0	[4]1123			4 390	1%	74%
Toulouse (O2)	1044853	41	3 706	0	9			3 756	1%	99%
Amiens (O2)	1044853	1 258	1 832	26	24			3 140	40%	58%
Lyon (O2)	1044853	37	2 859	8	6			2 910	1%	98%

Si Montpellier est la seule UMJ à avoir une structure O2 et EM 3, il est tout de même possible de se rendre compte à partir de ces données que l'activité de l'UMJ est plutôt équilibrée, et dans la moyenne de ce qui peut être attendue. En revanche, pour la pratique thanatologique, l'exemple est tellement frappant qu'il en est même relevé par le rapport de 2013 : en 2012, l'IML de Toulouse a perçu une dotation de 346 000€, et a fait plus d'actes que l'IML de Montpellier avec sa dotation de 513 000€, soit une différence de 320€ par acte supplémentaire réalisé à Montpellier, dont une partie de l'activité a été par ailleurs récupérée par l'IML de Nîmes à partir de 2012. Une piste est proposée en ce sens par le service de médecine légale de Montpellier : absorber l'activité de Nîmes à iso-ressources. Cela diminuerait en effet le coût moyen de l'acte, et permettrait à Montpellier de revenir à un niveau d'activité global sur l'IML beaucoup plus en adéquation avec les attendus de la réforme. La recherche de pistes d'améliorations est d'autant plus une nécessité que le risque est grand, face à ces constats, de voir sa dotation réduite lors d'une prochaine révision de la forme, voire de subir un reclassement dans un niveau d'organisation inférieur.

D'un point de vue organisationnel, le service de médecine légale a bénéficié d'un certain nombre d'avancées récentes, notamment grâce à la réforme. Ils ont ainsi recruté des infirmières, dont ils ont défini eux-mêmes les fonctions et la formation. Ils ont également bénéficié de projets de travaux. En effet, au niveau de la morgue, il est prévu de refaire les salles d'autopsie pour faire face à l'augmentation d'activité : acquisition de deux tables d'autopsies, changement des éclairages, nouvelles paillasses, équipements de visioconférence adaptés aux salles et travaux généraux de mise aux normes. Hors cadre réglementaire, près de 156 000€ ont été accordés au service pour améliorer la qualité de ses pratiques. Par ailleurs, en raison de l'augmentation d'activité d'examen de



victimes au CHU, il est prévu de délocaliser les consultations, qui ne sont plus adaptées à l'accueil de près de 10 victimes par jour . Ce projet devrait voir le jour en 2016.

A la lumière de ces éléments, Montpellier, que son chef de service qualifie de « ville exemplaire de la réforme »<sup>99</sup>, peut en tout cas être qualifiée de « ville gagnante ». En effet, elle a connu une augmentation forte d'activité, qui lui a permis le recrutement de praticiens et de PNM, avec une dotation budgétaire couvrant largement ces dépenses nouvelles. Le service bénéficie en plus d'une optimisation de ses locaux, pour améliorer la qualité de son activité. Il convient néanmoins de préciser que certains des constats négatifs des inspections se retrouvent tout de même au niveau local. C'est le cas par exemple de la gestion des scellés et prélèvements. Si le service a mis en place des accords locaux et des rencontres tous les six mois avec le procureur pour faire un point sur les destructions envisageables, la gestion demeure problématique en général : cela prend du temps et monopolise des locaux de l'hôpital. Le stockage en particulier pose problème : le service a annexé des locaux, dans lesquels il ne peut mettre que le non-froid. Pour le froid, les capacités de stockage sont presque saturées. Par ailleurs, la justice est redevable de sommes importantes au CHRU, estimées à 150 800 € au titre du gardiennage des scellés et 28 500 € pour le gardiennage des corps. Il s'agit à la fois d'un retard de paiement, mais aussi d'un retard de facturation de la part de l'établissement. Mais un protocole relatif à la conservation des scellés est en cours de signature avec la justice, et devrait remettre à plat ce fonctionnement.

Que ce soit face à des dysfonctionnements persistants, ou dans une logique d'amélioration continue de la qualité du service rendu par les services de médecine légale déjà matures, des arbitrages sont en tout cas à réaliser au niveau national comme local pour déterminer les prochaines étapes du développement de cette activité. Or, il y a à ce jour autant de réponses que d'acteurs prenant part aux débats.

### **2.3 Des arbitrages nationaux et locaux à réaliser pour engager de nouvelles perspectives de développement de la médecine légale**

Une première étape tout à fait probable dans la poursuite de la structuration de la médecine légale serait une nouvelle évolution du schéma d'organisation. C'est en tout cas le sens de la proposition de réforme émanant du ministère de la justice<sup>100</sup>, ayant fait l'objet d'une diffusion officieuse parmi les praticiens de la discipline, mais de réactions officielles

---

<sup>99</sup> Cf. annexe 4

<sup>100</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE ET DE LIBERTES. Evolution du schéma d'organisation de la médecine légale. Document de travail. 4 p.

de la part de ces derniers. En effet, se basant sur la recommandation n°16 du rapport des inspections de 2013, la Chancellerie propose d'adapter le schéma à l'activité constatée, dans une dynamique à la baisse des dotations accordées. Sur le volet thanatologique, elle préconise ainsi de revoir la classification actuelle pour passer à un classement en trois niveaux : moins de 200 autopsies par an, de 200 à 400 autopsies, et plus de 400 autopsies. De nombreux IML figureraient dans la première catégorie. L'IML de Montpellier serait dans la deuxième, et passerait d'un médecin présent 12 heures par jour et 6 jours sur 7 à un médecin présent 8 heures par jour, soit une diminution de 2,5 à 1,7 ETP pour cette activité. Cela va à l'encontre des propositions du CHRU, qui dans la même logique de rationalisation de l'activité sur le territoire, proposait plutôt de réabsorber l'activité de l'IML de Nîmes. Ceci conduirait par ailleurs le service à franchir largement le seuil des 400 autopsies, d'autant plus que les projections portent déjà à 440 le nombre d'autopsies pour 2015. Pour les UMJ, la Chancellerie propose de ne les maintenir que lorsqu'elles réalisent plus de 6 examens de victimes par jour, et de revoir les niveaux d'organisation supérieurs. Selon ces prévisions, le service de Montpellier deviendrait donc, comme de nombreux autres, un simple « point médico-légal », avec une mise à disposition d'un médecin chargé de réaliser les examens de victimes « dans un environnement hospitalier adapté, selon des plages horaires minimales »<sup>101</sup>. Pour cela, le CHRU de Montpellier devrait donc supprimer 4,8 ETP de médecins, 3 ETP d'IDE, 1 ETP de secrétariat et 2 ETP d'autres personnels.

Enfin, la Chancellerie propose de sortir les examens médicaux de gardés à vue du champ de la réforme, ce qui implique la suppression des équipes mobiles pour la plupart des structures, Montpellier y compris.

Cette réforme a naturellement soulevé la colère de l'ensemble des médecins légistes, dans la mesure où elle apparaît comme rétrograde par rapport à l'ensemble des avancées qu'a connu le champ de la médecine légale ces cinq dernières années. Ainsi, le Professeur Jardé, faisant le point sur les conséquences de cette éventuelle réforme sur la pratique de la médecine légale à Amiens, note que la proposition de la Chancellerie supprime de facto les UMJ d'Amiens et de Creil mais aussi 25 autres, en totale contradiction avec le rapport des inspections qui préconise de « privilégier le recours optimal aux UMJ-IML ». Il conclut que si ce schéma doit être maintenu, il convient de considérer que pour le ressort de la cour d'appel d'Amiens il n'y aura plus de structure de médecine légale. Nous avons par ailleurs fait le bilan des conséquences pour le ressort de la cour d'appel de Montpellier.

---

<sup>101</sup> *Ibid.*

Il apparaît donc nécessaire, face à cette proposition ministérielle néfaste pour le développement de la médecine légale, d'être force de propositions alternatives pour une amélioration quantitative et qualitative de la pratique de la médecine légale.

Dans un premier, temps, il apparaît indispensable d'exploiter les recommandations émises par le rapport conjoint des inspections de 2013. En effet, si toutes n'ont pas retenu l'attention, un certain nombre ont sollicité l'adhésion des acteurs de terrain, et peuvent être appliquées à l'initiative des acteurs locaux. La première recommandation, visant à résorber les impayés en matière de frais de justice, devrait connaître une concrétisation grâce à la circulaire du 10 juillet 2015<sup>102</sup> du ministère de la justice mettant en œuvre un plan d'actions pour l'apurement spécifique des prélèvements et scellées biologiques.

Sur la structuration du maillage territorial, le rapport incite ensuite à l'organisation du réseau de proximité. En effet, quel que soient les opinions de chacun sur l'intérêt de l'intervention d'un légiste pour tel ou tel acte de médecine légale, aucune région ne saurait assurer un service rendu de qualité sans s'appuyer sur ce réseau. Il convient dès lors d'assurer la formation des médecins qui le composent, non au sens universitaire du terme, mais plutôt pragmatique. Plusieurs établissements ont mis en œuvre des dispositions intéressantes en la matière, qui pourraient être généralisables. Ainsi, le CHU de Poitiers a mis en place des séances de formation<sup>103</sup> auprès des généralistes et des urgentistes, qu'ils ont complété avec des supports pratiques sous la forme de plaquettes « triptyques », visant à compiler les éléments essentiels des procédures. Il en va de même avec le CHU de Grenoble qui a développé une plateforme d'e-learning<sup>104</sup> dédiée à des cas cliniques de médecines légale, afin de pallier le manque de sites internet sur le sujet, fournissent en général un contenu trop juridique et peu pratique. Ce type d'outil peut tout à fait être adapté à la formation des généralistes sur les principes de base des actes médico-légaux qu'ils pourraient être amenés à pratiquer. Enfin, le champ de la médecine légale est tout à fait éligible au développement de la télémédecine<sup>105</sup>, et permettrait ainsi une interface constante entre les médecins du réseau de proximité et les

---

<sup>102</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE ET DE LIBERTES. Modalités pratiques de mise en œuvre du plan d'action en faveur d'un apurement spécifique des prélèvements et scellés biologiques. 10 juillet 2015, 11 p.

<sup>103</sup> BRUN P., SAPANET M., GROMB S., « Mise en place d'un outil pédagogique à l'attention des médecins désirant participer au réseau de proximité de médecine légale : l'expérience des Deux-Sèvres » in SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 48<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 26 au 28 juin 2013, Marseille : SFML, 2013, p 70.

<sup>104</sup> BOUTONNAT J., PAYSANT F., SCOLAN V., et al. « Mise en place et validation d'une plateforme e-learning dédiée à des cas cliniques en médecine légale » in SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 48<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 26 au 28 juin 2013, Marseille : SFML, 2013, p 122.

<sup>105</sup> AIGOUY C., « La télémédecine, un nouvel instrument au service de la médecine légale » in SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 48<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 26 au 28 juin 2013, Marseille : SFML, 2013, p 32.

légistes des structures UMJ et IML, réglant ainsi en partie, comme dans d'autres disciplines, les problématiques liées à la désertification médicale, ou au manque de spécialisation des praticiens.

D'autres initiatives intéressantes, comme le développement d'une UMJ bi-site à Pontoise<sup>106</sup>, où la création de consultations délocalisées à Montpellier, peuvent également permettre de renforcer le maillage territorial et la répartition de l'offre de prise en charge de médecine légale sur le territoire.

Si une impulsion émanant du niveau national présente toujours un intérêt certain, cette organisation ne pourra se faire de manière pertinente qu'en tenant compte des particularités locales. Trop de régions n'ont toujours pas de protocoles opérationnels de déclinaison de la réforme, et cela nuit essentiellement à la continuité de la prise en charge des victimes. Les ARS ont par ailleurs un rôle à jouer dans ce dispositif, et doivent être sollicitées en tant que de besoin. Néanmoins, il sera difficile de faire l'économie d'un vrai dispositif de pilotage institutionnel, et c'est le sens de la recommandation n°10 du rapport, qui prévoit la création d'un comité de pilotage interministériel et sa déclinaison en comités locaux regroupant UMJ, IML, ARS, et chefs de juridiction. Cette idée a retenu l'attention des acteurs nationaux et locaux<sup>107</sup>, et le fait que ce type de dispositif existe déjà parfois au niveau local ne peut qu'encourager les structures à avancer dans la mise en œuvre de cette préconisation. L'organisation du réseau de proximité pourrait également se faire, conformément à la recommandation n°19, par la structuration de réseaux de médecins qui seraient dénommés « attachés de médecine judiciaire » et seraient identifiés sur une liste établie par le procureur, garantissant ainsi leurs compétences pour la pratique de certains actes de médecine légale. L'important serait ici de leur assurer une formation adéquate leur permettant de réaliser un certain nombre d'actes. Comme le résume un responsable d'IML/UMJ<sup>108</sup>, la médecine légale ne doit pas être regardée comme une sous-spécialité, ni comme une sur-spécialité, et certaines pratiques pourraient tout à fait être rendues plus accessibles à des généralistes moyennant un minimum de formation.

Une problématique récurrente du champ de la médecine légale demeure la question de l'évaluation de l'activité. S'il est indispensable de développer au niveau national un système d'information permettant l'interfaçage des données des trois ministères concernés (santé, intérieur et justice), le déploiement de la culture du recueil de l'activité doit être poursuivi au niveau local. Il convient de souligner que les acteurs

---

<sup>106</sup> DUMILLARD C., TRINQUART J., BARAS M. et al. « Intérêts et Particularités d'une Unité Médico-Judiciaire (UMJ) bi-site, dans le cadre de la réforme de la médecine légale, mise en place en janvier 2011 » in SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE LÉGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, p 71.

<sup>107</sup> Cf. Annexes 2, 3, et 5.

<sup>108</sup> Cf. Annexe 5

locaux sont tous favorables à la création d'indicateurs d'activité et de performance<sup>109</sup>, certains tentant même déjà d'en formaliser pour leur propre suivi, comme à Montpellier. Il n'est pas utile d'attendre le niveau national pour commencer la réflexion sur les indicateurs mobilisables, le rapport de 2013 en ayant même proposé certains (coût moyen de l'acte médico-légal en fonction de la volumétrie et de la dotation budgétaire, par exemple).

Enfin, le rapport des inspections souligne que l'amélioration qualitative des pratiques doit être une autre préoccupation des praticiens de médecine légale. Plusieurs recommandations du rapport vont en ce sens. Ainsi, il est indispensable de développer le recours à la levée de corps ainsi que de rationaliser les prélèvements, qui doivent par ailleurs être systématiquement scellés.

Le périmètre de la médecine légale a été soumis à de nombreuses évolutions, en témoigne par exemple la prise en compte très progressive de la médecine légale du vivant et de la place à donner à la victime dans ce cadre. Depuis la réforme, l'Assurance Maladie finance un ETP de psychologue dans les UMJ, ce qui illustre l'importance de cette prise en charge dans ces structures. Pourtant, beaucoup d'UMJ sous-estiment encore ce point, et concentrent l'aspect psychologique et le temps de psychologue sur des questions d'expertise<sup>110</sup>. Or, le cadre juridique de la médecine légale sur le sujet est en évolution. Ainsi, huit sites pilotes ont été retenus pour expérimenter la transposition de la directive européenne du 25 octobre 2012 dite « victimes »<sup>111</sup>. Ce texte prévoit notamment que toutes les victimes doivent bénéficier d'une évaluation de leur besoins en protection. L'UMJ de Nancy a participé à cette expérimentation<sup>112</sup> et a ainsi permis d'exploiter la contribution de l'expertise du psychologue, pour en conclure que la majorité des victimes prises en charge dans ce cadre présentaient un retentissement psychologique avéré, et que sa prise en compte participe à la reconnaissance des besoins des victimes. Il s'agit donc ici de viser une prise en charge holistique des victimes, au-delà des débats sur ce qui relève ou non du soin. Cette prise en charge serait d'ailleurs encore plus complète si le recours aux psychiatres était systématisé dans

---

<sup>109</sup> Cf. Annexe 2, 4 et 5.

<sup>110</sup> VANNUCCI C., BRANCHERIE N., SOURDRIL N. et al. « La prise en charge des victimes dans les Unités Médico-Judiciaires » in SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, p 95.

<sup>111</sup> PARLEMENT EUROPEEN ET CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE. Directive 2012/29/UE du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil. Journal Officiel de l'Union Européenne, n° L315 du 14 novembre 2012, pp 57-73.

<sup>112</sup> ZAFFARONI C., LAURENT M., BASTY T. et al. « Participation de l'UMJ de Nancy à l'expérimentation nationale de la transposition d'une directive européenne. Rôle de l'évaluation psychologique. » in SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, p 98.

les UMJ<sup>113</sup>. En effet, il permet dans ce contexte d'évaluer au mieux le retentissement des préjudices subis, et ainsi d'affiner les estimations d'ITT ; mais surtout il offre une prise en charge immédiate de la souffrance psychique des victimes, ce qui représente une plus-value très importante en termes de qualité de prise en charge. Il s'agit donc d'une piste d'amélioration qualitative de l'activité de médecine légale, que le ministère de la santé encourage également : la chargé de mission sur la médecine légale indique ainsi que le travail doit maintenant porter sur le lien avec les victimes, sur une meilleure approche psychologique immédiate, et sur l'amélioration du relai avec les associations de victimes<sup>114</sup>.

Mais la réflexion doit également porter sur l'extension du périmètre de l'activité. Ainsi, le développement d'actions a priori « hors périmètre » peut permettre une amélioration qualitative et même quantitative de la prise en charge des victimes. Par exemple, à l'hôpital Jean Verdier, le service de médecine légale reçoit des victimes de violences conjugales sans dépôt de plainte préalable et sans réquisition<sup>115</sup>. Cette démarche permet de rencontrer plus de victimes que si le service ne se limitait qu'aux seules réquisitions, et permet également de mettre en place un suivi de ces personnes dans un quart des cas. La création du centre d'accueil en urgence des victimes d'agression (CAUVA) à Bordeaux répond aux mêmes objectifs, et souligne deux effets positifs de ce type de dispositifs<sup>116</sup> : la judiciarisation secondaire (convaincre dans un second temps la victime de porter plainte) et le repérage des victimes par ricochet, notamment les enfants. Nous ne pouvons donc qu'encourager de telles initiatives, qui doivent se dérouler avec le soutien de l'établissement siège de la structure dans la mesure où l'on se situe sur une activité hors réforme, hors dotation de la justice, et pour certains hors périmètre de la médecine légale. Le soutien à ce type de dispositif pourrait également émaner d'une participation financière de l'Assurance Maladie, dans la mesure où ces frais ne relèveraient pas de la dotation de la justice, mais seraient bien occasionnés par une prise en charge des individus comme « patients » des services de médecine légale.

---

<sup>113</sup> BAGUR J., MALICIER D., MAUJEAN G., « La place du psychiatre au sein des unités-médoco-judiciaires en France : enquête nationale auprès des services de médecine légale universitaire » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, p 83.

<sup>114</sup> Cf. annexe 3

<sup>115</sup> DENIS C., VIDAL C., GANDON V., et al. « Victimes de violences conjugales : consulter en médecine légale sans déposer plainte » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, p 108.

<sup>116</sup> CHRISTIN E., BENALI L., HIQUET J., et al. « Violences faites aux femmes : étude rétrospective réalisée à partir du recueil de données statistiques du CAUVA, sur une période de 10 ans » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, p 101.

Enfin, il apparaît indispensable pour les directeurs d'établissement, et tel que le préconisent les inspections, de pouvoir tracer l'utilisation des dotations budgétaires par les services de médecine légale (ce suivi peut être réalisé par le biais d'un CREA), mais également de procéder à des analyses économiques pour améliorer la connaissance du fonctionnement du service, et par là même en optimiser l'efficacité. Ce mémoire aura en partie contribué à cette analyse pour l'activité de médecine légale du CHRU de Montpellier.

## Conclusion

La service de médecine légale du CHRU de Montpellier existe depuis plusieurs années, et a su trouver sa place au sein de l'établissement. Ce positionnement privilégié lui a conféré une longueur d'avance sur la plupart des structures impactées par la réforme, certaines ayant même été créées ex nihilo par le texte de 2011. Mais il a d'une part réalisé des arbitrages pour son développement qui peuvent aujourd'hui être reconsidérés, et d'autre part doit suivre les avancées tracées à l'échelle nationale pour pouvoir conserver son statut, son efficience, et la reconnaissance dont il bénéficie.

Ainsi, si l'on résume les perspectives pour le CHRU de Montpellier, plusieurs axes de travail devraient permettre d'améliorer la gestion et l'activité du service. Tout d'abord, le développement d'indicateurs d'activité et de performance est une nécessité incontestable, qui a d'ailleurs été cernée par le responsable du service qui fait état du travail d'un des chefs de clinique sur le sujet. Ce dernier travaille sur le développement d'un logiciel qui devrait permettre de stocker les données des autopsies pour les utiliser d'un point de vue scientifique. Il essaie également d'établir une nomenclature précise des actes de la médecine légale, qui prendrait en compte le temps passé par acte, ce qui n'existe pas pour l'instant. Cette initiative doit donc bénéficier d'un soutien de l'établissement, tant d'un point de vue technique par un appui de la direction des systèmes d'information qu'en termes de valorisation de l'activité de recherche qu'elle représente. Les résultats de ce travail pourront utilement être défendus au niveau national, dans la mesure où des indicateurs produits par le CHRU de Montpellier pourraient ainsi être retenus pour un suivi national.

Sur les arbitrages en matière d'activité, il apparaît indispensable de développer la pratique des levées de corps. Elle permettrait, telles que les conférences de consensus le démontrent, de réduire le nombre d'autopsies en résultant, et fait partie des actes qui sont reconnus unanimement comme devant être pratiqués par un médecin légiste. Si besoin, le développement de cette activité pourra se faire au détriment des examens de garde à vue. De plus, si l'argument de l'effet volume apporté à la médecine légale par ces derniers s'entend, les débats récurrents sur l'intérêt de l'intervention d'un légiste dans ce cadre et la volonté du ministère de la justice de les sortir du périmètre de la réforme, doivent conduire à la plus grande prudence sur le sujet. Il semble ainsi, à de nombreux égards, risqué de faire reposer la pérennité du service sur cette activité. L'implication du CHRU dans l'organisation du réseau de proximité permettra de déléguer progressivement au moins une partie de l'activité à ce dernier.

Enfin, tel que le préconisent les inspections, le directeur d'établissement doit suivre l'évolution des recettes des structures de médecine légale et réaliser des analyses



économiques pour améliorer la connaissance et l'efficacité du service. Si la médecine légale diffère à de nombreux égards des autres disciplines médicales, il demeure un intérêt indéniable à la mise en place d'un réel copilotage médico-économique de cette activité, assuré en duo par le responsable médical du service et un directeur d'hôpital. Il convient donc de confier ce sujet à un des directeurs de l'établissement, aux côtés du chef de service. Cela permettrait également, symboliquement, de réaffirmer que la médecine légale est un service hospitalier à part entière, et participe à ce titre à la prise en charge des patients. Par ailleurs, la poursuite de l'intégration hospitalo-universitaire de la médecine légale passera aussi par ce type de reconnaissance.

Le service de médecine légale du CHRU, en tant que structure pivot régionale dans l'organisation de l'offre en médecine légale, doit également entrer dans une démarche proactive d'animation du réseau de proximité. Suivant les recommandations des inspections, il faudrait structurer un dispositif local de pilotage qui inclurait l'ARS, des représentants du parquet, des représentants de la police et de la gendarmerie, des représentants du réseau de proximité, des associations de victimes, et le duo médecin/directeur en charge du suivi de la médecine légale au CHRU. Il importe encore une fois de ne pas attendre la réalisation de cet objectif au niveau national, mais d'organiser ce dispositif à l'initiative du CHRU. Ce groupe pourrait suivre et réguler l'offre de médecine légale du territoire et le CHRU de Montpellier, en charge de la formation du réseau de proximité en tant que structure pivot, pourrait utilement être soutenue dans cette mission par les partenaires locaux. Ainsi, l'ARS pourrait soutenir les initiatives de développement de la télémédecine dans le cadre de l'activité médico-légale. Mais il semble aussi essentiel de poursuivre la formation d'autres médecins sur les pratiques de médecine légale. Il ne s'agit pas ici de formation universitaire comme la capacité, mais de formations courtes et pratiques permettant aux médecins du réseau de maîtriser les enjeux de cette activité, sur le modèle de ce qu'ont pu faire d'autres établissements (cf. supra : groupes de travail, plaquettes, télémédecine, e-learning...). Dans un contexte de développement de l'offre d'e-learning du CHRU de Montpellier et de travail sur un éventuel système d'information pour la médecine légale, la piste du e-learning devrait être étudiée avec soin.

Enfin, dans un souci d'amélioration qualitative et d'exhaustivité dans la prise en charge des victimes, le développement de nouvelles modalités de prise en charge plus axées sur la souffrance psychique doit être favorisé. Il pourrait être utile d'organiser des visites des structures présentant ce nouveau type d'activité (le CAUVA à Bordeaux, la consultation prévention violence à Toulouse...) afin d'en évaluer plus précisément les

enjeux. Le recrutement d'un psychiatre spécialisé en médecine légale sera également une nette plus-value, dès qu'un profil intéressant se présentera.

Cette étude s'est consacrée en partie à la compréhension des enjeux de la discipline et à la mesure de l'impact de la réforme à l'échelle nationale. Non seulement ce travail était nécessaire pour cerner les particularismes locaux et analyser l'activité montpelliéraine avec du recul, mais il répondait également à la demande du Directeur Général du CHRU de Montpellier. En effet, dans le cadre de sa mission de président de la conférence des directeurs généraux de CHU, il souhaitait avoir également des éléments d'analyse de cette activité au niveau national, afin d'aider au positionnement stratégique de la conférence, récemment saisie du sujet.

Les dernières recommandations de ce mémoire s'adressent donc à la direction du CHRU de Montpellier dans ce contexte. Il semble dans un premier temps indispensable de s'opposer à l'application de la proposition de réforme de la chancellerie en l'état, dans la mesure où elle conduirait à une régression de l'activité de médecine légale. Avec cette nouvelle réforme, le service rendu aux victimes ainsi qu'aux acteurs policiers et judiciaires serait pire que celui qu'ils ont connu avant la réforme. Il est également indispensable de se positionner en faveur d'une progression, et d'un achèvement, de l'intégration hospitalo-universitaire de la médecine légale, qui ne pourra se faire que grâce au soutien et au volontarisme d'entités comme la conférence des directeurs généraux de CHU. Enfin, la priorité des établissements dans les années à venir devra être de faire appliquer à leur niveau les recommandations des inspections de 2013, sans douter que la conjonction des volontés locales permettra à terme d'achever une structuration nationale optimale et pérenne de la médecine légale.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

BACCINO E., JARDE O., 2015, *Médecine légale clinique : Médecine de la violence – prise en charge des victimes et des agresseurs*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 308 p.

DESMAZE C., 1880, *Histoire de la médecine légale en France d'après les lois, registres et arrêts criminels*. Paris : G. Charpentier, 92 p.

GILBERT N., 1808 « Légale (médecine légale, médecine du barreau, jurisprudence médicale) », in AGASSE H., *Encyclopédie méthodique*, p 97.

LACASSAGNE A., 1906, *Précis de médecine légale*. Paris : Masson, 891 p.

ZOLA E., 1867, *Thérèse Raquin*, Edition de Robert Abirached. Paris : Gallimard, 227 p.

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

COMITE DES MINISTRES. Recommandation n° R(99)3 aux Etats membres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. Adoptée lors de la 658<sup>ème</sup> réunion des Délégués des Ministres.

DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES. Circulaire du 1<sup>er</sup> février 1999 : premier rapport du Conseil supérieur de la médecine légale. Janvier 1998. Bulletin Officiel n°73 du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 1999.

LE FUR M. Question parlementaire n°43588. Journal officiel, n° 274 du 26 novembre 2013, p 12283.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGS/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. Non publié au Journal Officiel. [visité le 05/09/15], disponible sur : <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved>

=0CD4QFjAEahUKEwianuin\_4XIAhXFtBoKHRlvA9U&url=http%3A%2F%2Fportail-web.aphp.fr%2Fdaj%2Fpublic%2Findex%2Fpdf%2Fid\_fiche%2F7196&usg=AFQjCNFKVdahMWPp8LXB8LGxmCO06BzKpQ&sig2=eeRerbTD5vTWkijLynnmPg&cad=rja

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ET MINISTERE DE LA JUSTICE. Circulaire DH/AF1 n°98-137 du 27 février 1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence. Bulletin Officiel, n° 98-11 du 9 au 15 mars 1998, SP 3 332.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n°DHOS/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. Bulletin officiel, n°2001-44 du 29 octobre au 4 novembre 2001, SP 3 311.

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin officiel, n°2011-01 du 31 janvier 2011. NOR : JUSD1033099C

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin officiel, n°2011-01 du 31 janvier 2011. NOR : JUSD1033764C

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Circulaire du 25 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Bulletin officiel complémentaire du 23 août 2012.

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DE LIBERTES. Evolution du schéma d'organisation de la médecine légale. Document de travail. 4 p.

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DE LIBERTES. Modalités pratiques de mise en œuvre du plan d'action en faveur d'un apurement spécifique des prélèvements et scellés biologiques. 10 juillet 2015, 11 p.

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Réponse à la question parlementaire n°2863. Journal Officiel, n° du 19 janvier 2011, p 243.

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Réponse à la question parlementaire n°43588. Journal Officiel, n° 11 du 14 janvier 2014, p 521.

MINISTERE DE LA SANTE. Circulaire DGS/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 n° 97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. Bulletin Officiel n°2000-30, SP 3 312.

PARLEMENT EUROPEEN ET CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE. Directive 2012/29/UE du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil. Journal Officiel de l'Union Européenne, n° L315 du 14 novembre 2012, pp 57-73.

PREMIER MINISTRE. Décret n°94-1210 du 30 décembre 1994 portant création d'un Conseil supérieur de la médecine légale. Journal Officiel, n° 303 du 31 décembre 1994, p 19023.

Loi n° 79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques. Journal Officiel, n° 54 du 7 juillet 1979, pp 1644-1645.

## **RAPPORTS**

DESPORTES F., LORRANG F. et al., 2006, *Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale*. Paris : La Documentation Française, 109 p.

IGA., IGAS., IGF., IGGN., IGPN., IGSJ., 2013, *Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale*. Paris : la Documentation Française, 219 p.

JARDE O., 2003, *Rapport au Premier ministre sur la médecine légale*. Paris : La Documentation Française, 30 p.

## **ARTICLES**

APM., 4 mai 2006, « Médecine légale : la mission conjointe de l'IGAS et de l'IGSJ se prononce pour une réorganisation de son fonctionnement et de son financement », *APM news* [en ligne]. [visité le 27/07/15], disponible sur : [http://www.apmnews.com/Medecine-legale--la-mission-conjointe-de-l'igas-et-de-l'IGSJ-se-prononce-pour-une-reoganisation-de-son-fonctionnement-et-de-son-financement-NS\\_155380.html](http://www.apmnews.com/Medecine-legale--la-mission-conjointe-de-l'igas-et-de-l'IGSJ-se-prononce-pour-une-reoganisation-de-son-fonctionnement-et-de-son-financement-NS_155380.html)

APM, 10 mars 2006, « Les médecins légistes, inquiets pour leur avenir, souhaitent la création de véritables services spécialisés », *APM news* [en ligne]. [visité le 08/09/15], disponible sur : <http://www.apmnews.com/story.php?mots=FRJCA002&numero=153727&ctx=c86dedd78514f4688713f6ac477df286>

APM, 29 septembre 2004, « Une réforme de la médecine légale prévue pour 2005 », *APM news* [en ligne]. [visité le 08/09/15], disponible sur : <http://www.apmnews.com/story.php?mots=Une+r%C3%A9forme+de+la+m%C3%A9decine+l%C3%A9gale+pr%C3%A9vue+pour+2005+&numero=139465&ctx=245a4190a84ec0807d468edff7888c0b>

HECKETSWEILER P., novembre 2006, « La trajectoire de la médecine légale », *Gestions Hospitalières*, n°460, pp. 657-664

PENNEAU M., 4-6 mai 2003, « Plaidoyer pour une médecine légale moderne », *La Gazette du Palais*, n° 124

PORRET M. octobre 2010, « Le corps violenté et le médecin légiste », *Libération* [en ligne]. [visité le 31/08/15], disponible sur : [http://www.liberation.fr/societe/2010/10/15/le-corps-violente-et-le-medecin-legiste\\_686555](http://www.liberation.fr/societe/2010/10/15/le-corps-violente-et-le-medecin-legiste_686555)

WEISZ G., 1994, « Mapping medical specialization in Paris in the nineteenth and twentieth centuries », *Social history of medicine*, vol. 7, n°2, pp 177-211

ZUBERBUHLER V., 2010, « Ecrire l'histoire de la médecine légale. L'apport des manuels de Foderé à Lacassagne », *Revue d'histoire des sciences humaines*, vol.1, n°22, pp. 61-77.

## **COMMUNICATIONS**

AIGOUY C., « La télémédecine, un nouvel instrument au service de la médecine légale » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 48<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 26 au 28 juin 2013, Marseille : SFML, 2013, 198 p.

BAGUR J., MALICIER D., MAUJEAN G., « La place du psychiatre au sein des unités-médico-judiciaires en France : enquête nationale auprès des services de médecine légale universitaire » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès

International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, 184 p.

BOUTONNAT J., PAYSANT F., SCOLAN V., et al. « Mise en place et validation d'une plateforme e-learning dédiée à des cas cliniques en médecine légale » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 48<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 26 au 28 juin 2013, Marseille : SFML, 2013, 198 p.

BRUN P., SAPANET M., GROMB S., « Mise en place d'un outil pédagogique à l'attention des médecins désirant participer au réseau de proximité de médecine légale : l'expérience des Deux-Sèvres » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 48<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 26 au 28 juin 2013, Marseille : SFML, 2013, 198 p.

CHRISTIN E., BENALI L., HIQUET J., et al. « Violences faites aux femmes : étude rétrospective réalisée à partir du recueil de données statistiques du CAUVA, sur une période de 10 ans » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, 184 p.

DENIS C., VIDAL C., GANDON V., et al. «Victimes de violences conjugales : consulter en médecine légale sans déposer plainte » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, 184 p.

DUMILLARD C., TRINQUART J., BARAS M. et al. « Intérêts et Particularités d'une Unité Médico-Judiciaire (UMJ) bi-site, dans le cadre de la réforme de la médecine légale, mise en place en janvier 2011 » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, 184 p.

VANNUCCI C., BRANCHERIE N., SOURDRIL N. et al. « La prise en charge des victimes dans les Unités Médico-Judiciaires » *in* SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE LEGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, 184 p.

ZAFFARONI C., LAURENT M., BASTY T. et al. « Participation de l'UMJ de Nancy à l'expérimentation nationale de la transposition d'une directive européenne. Rôle de

l'évaluation psychologique. » in SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE LÉGALE, 49<sup>ème</sup> Congrès International Francophone de Médecine Légale, 24 au 26 juin 2015, Toulouse : SFML, 2015, 184 p.

## **SITES INTERNET**

HISTOIRE POUR TOUS. *Histoire de la médecine légale* [visité le 31/08/15], disponible sur : <http://www.histoire-pour-tous.fr/dossiers/89-histoire-des-sciences-et-des-techniques-4101-histoire-de-la-medecine-legale.html>



---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** : données de l'ONML – 2014

**Annexe 2** : Entretien avec le professeur Olivier Jardé, responsable du service de médecine légale du CHU d'Amiens et co-auteur de la réforme de 2011

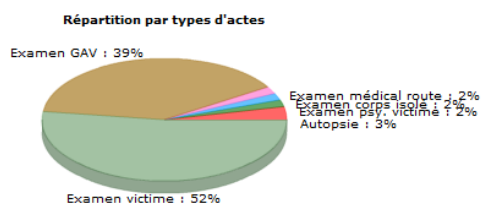
**Annexe 3** : Entretien avec Marie-Odile Moreau, chargée de mission sur la médecine légale au ministère de la santé

**Annexe 4** : Entretien avec le Pr Baccino, responsable du service de médecine légale du CHRU de Montpellier

**Annexe 5** : Entretien avec le Pr Telmon, responsable du service de médecine légale du CHU de Toulouse

## Annexe 1 : données de l'Observatoire National de la Médecine Légale - 2014

Nombre d'actes par types ▲	
Actes	Nombre
Autopsie :	7 777
Examen âge osseux isolé (hors GAV) :	1 641
Examen de corps isolé (hors Levée de corps et autopsie) :	4 222
Examen médical lié à la route :	4 263
Examen psychiatrique de gardé à vue :	266
Examen psychiatrique de personne retenue :	19
Examen psychiatrique de victime :	4 094
Examen somatique de gardé à vue :	87 858
Examen somatique de personne retenue :	1 418
Examen somatique de victime :	117 932
Examen somatique de victime Brétigny :	1
Levée de corps :	4 663
<b>Total des actes :</b>	<b>234 154</b>



## **L'AVANT-REFORME**

### **Pouvez-vous résumer votre investissement au niveau national dans le champ de la médecine légale ?**

J'avais constaté d'importantes disparités dans la prise en charge des victimes sur le territoire national, avec des zones criminogènes spécifiques où la prise en charge n'était pas en adéquation. Or l'hôpital moderne ne peut plus être que scientifique, il doit aussi prendre la personne dans sa globalité.

Comme j'étais parlementaire, j'ai proposé à Dominique Perben, alors ministre de la justice, et à Jean-François Mattei, ministre de la santé, de faire un état des lieux, qui s'est matérialisé dans le rapport de 2003. J'y ai travaillé avec François Molins, actuel procureur de la République près le TGI de Paris, qui était à l'époque à la DACG. Ce rapport a confirmé ce que nous pressentions.

Ma réflexion a ensuite été la suivante : quel est l'établissement de soins ouvert 24h/24 et qui peut faire des radios et des prises de sang ? Ce n'est pas le système libéral, les médecins généralistes ne peuvent assurer ce service. Il semblait donc nécessaire de remettre toute la médecine légale dans les hôpitaux publics, ce qui n'empêchait pas une hiérarchisation : les actes de spécialité dans les établissements spécialisés, et les actes plus communs dans un cadre de proximité. Par exemple, les autopsies, qui sont des gestes très techniques pouvant nécessiter le recours à un plateau technique, notamment pour les prélèvements, doivent être faites dans les CHU.

### **Quelles étaient selon vous les priorités d'action dans le champ de la médecine légale au moment où a été conçue la réforme de 2011 ?**

Elles étaient avant tout d'ordre organisationnel. Il n'y avait pas de problème de démographie médicale sur les légistes, c'est même une discipline qui attire énormément aujourd'hui. Le problème était surtout celui du fonctionnement 24h/24.

Mais les enjeux financiers étaient également majeurs. J'avais dès 2003 relevé la problématique de l'impact de la médecine légale sur le budget des hôpitaux. J'ai donc milité pour la création d'une ligne régaliennne dans le budget de l'Etat pour la médecine légale. J'ai pris du temps pour en évaluer le montant, qui a d'ailleurs été confirmé par le rapport de 2006. Je l'ai évalué à 52 millions d'€. Tout cela a abouti à la circulaire de 2011, que j'ai rédigée. Cela a été une restructuration assez brutale, mais avec une vraie plus-

value : aujourd'hui les victimes sont prises en charge de manière relativement équivalente sur la totalité du territoire.

Par contre, il y a eu des arbitrages locaux plus difficiles dont je ne me suis pas toujours chargé, et qui relevaient plus du politique que de la médecine légale. Par exemple, pour le Languedoc-Roussillon, nous avons initialement placé un centre à Montpellier et pas à Nîmes. Mais les politiques locaux ont milité pour l'ouverture d'un centre à Nîmes. Cela s'est fait en 2012, au détriment du centre de La Rochelle, qui a été supprimé.

Dans mon rapport de 2003, je n'évoque pas non plus la situation de Paris, ni des DOM-TOM. A Paris, l'IML a toujours été sous la dépendance de la préfecture de police, et les acteurs souhaitent que ce fonctionnement demeure. Pour les DOM-TOM, nous n'arrivons pas à avoir de données chiffrées fiables.

## **LE BILAN DE LA REFORME POUR L'UNITE DE MEDECINE LEGALE D'AMIENS**

**Avez-vous perçu un impact financier ? Positif (la dotation budgétaire couvre effectivement les charges engagées pour la pratique de la médecine légale) ou négative (le budget de l'ES est toujours impacté par la pratique de la médecine légale) ? Avez-vous le sentiment (rapport des inspections) que les dotations forfaitaires sont attribuées de manière approximative ?**

Sur la région d'Amiens, nous avons fermé certaines structures qui le nécessitaient, notamment une à Compiègne, en regroupant l'activité à Creil. Il y a une antenne de l'unité de ML d'Amiens à Saint-Quentin.

Personne n'a eu d'impact négatif sur cette réforme. Mais il est vrai que les dotations sont approximatives : cela est dû à l'absence de données chiffrées fiables sur l'activité des unités. Aujourd'hui, ces données sont plus stabilisées grâce à l'ONML. Mais à l'époque les frais de justice étaient versés directement au médecin, ce qui court-circuitait le suivi. Par ailleurs, les régies des tribunaux étaient elles aussi incapables de me donner des chiffres.

**Avez-vous opéré des réorganisations suite à cette réforme : achat de matériel, réorganisation du circuit patient, aménagement de salles ou augmentation des capacités, réorganisation des tâches de chacun...**

Nous avons créé sur fonds privés 8 cellules d'accueil des mineurs victimes : magistrat, assistant social et médecin se rejoignent pour améliorer la prise en charge de ces mineurs, en ne réalisant par exemple qu'un seul enregistrement de la déclaration. Ces cellules sont situées à : Compiègne, Creil, Beauvais, Abbeville, Amiens, Saint-Quentin, Lens et Soissons. Elles coûtent 150 000€, et j'ai reçu des dons à hauteur de 75 000€ par an.

Nous avons également formé beaucoup d'urgentistes à la médecine légale, nous avons donc des petits hôpitaux qui ont des médecins légistes aux urgences, avec des fiches de prise en charge protocolisées pour avoir une homogénéité des pratiques sur le territoire.

**Avez-vous constaté une augmentation ou une diminution de l'activité ?**

A Amiens, l'activité a plutôt baissé, mais pour la plupart des établissements, l'activité a beaucoup augmenté.

**Faites-vous les levées de corps ? Systématiquement, souvent, occasionnellement ?**

**Si non, qui les fait ?**

Oui, systématiquement. Et cela a fait énormément baissé le nombre d'autopsies.

**Faites-vous les examens de compatibilité des GAV ? Si non, qui les fait ? Estimez-vous que cela doit relever d'un médecin légiste ?**

Oui, directement dans les commissariats. Il est clair que, contrairement à ce qu'envisage le ministère de la justice, il est impensable de le faire faire par des infirmières. Après, il y a eu une conférence de consensus, qui a déclaré qu'il fallait que ce soit fait par des légistes. J'ai inclus ces examens dans le champ de la réforme également parce que cela donne un effet volume à l'activité de médecine légale. La prise en charge des détenus et les examens de compatibilité des gardés à vue, c'est une médecine particulière, à la limite du droit. Ça correspond donc bien à la médecine légale.

[...]

## **LE BILAN DE LA REFORME AU NIVEAU NATIONAL**

La réforme n'a pas pu se faire en 2010, car il n'y avait pas de budget suffisant pour réformer la thanatologie et la médecine légale du vivant, et il était impensable de les dissocier. Elle a donc été décidée à la toute fin de l'année 2010, et appliquée très rapidement dans la foulée. En effet, il y avait des élections peu de temps après, et on ne voulait pas prendre le risque que cela retarde encore la mise en œuvre.

**Partagez-vous globalement le bilan conjoint des inspections publié en décembre 2013?**

Oui, complètement, c'est un rapport plutôt nuancé qui a bien souligné les lacunes de la réforme, et qui a bien identifié leur cause, à savoir la difficulté à disposer de données chiffrées fiables.

**Ne trouvez-vous pas ce premier bilan prématuré ?**

Non, j'avais insisté dès le départ pour qu'il y ait une évaluation dans les deux ans, tellement j'étais peu sûr des données chiffrées.

**Partagez-vous le constat d'un réseau de proximité mal organisé ?**

En Picardie, le réseau de proximité fonctionne bien. Mais je sais que ce n'est pas le cas partout. Par exemple, en Ile de France, il n'y a pas de levée de corps du tout.

**Que pensez-vous de la possibilité évoquée par les inspections de la création d'un comité de pilotage interministériel comme dispositif institutionnel de gestion de la ML ? Et la création de comités locaux regroupant UMJ, IML, ARS, chefs de juridiction ?**

Le CSML, bien qu'il n'ait pas été convoqué depuis longtemps, assure cette fonction. Il fonctionnait très bien jusqu'en 2011. On peut aussi faire une structure différente, mais en tout cas il est indispensable d'avoir ce type d'organe de coordination.

Sur les comités locaux, cela existe déjà dans beaucoup d'endroits, mais peut-être pas de manière formalisée. En Picardie, on fait une réunion annuelle avec le procureur, la police, la gendarmerie, où l'on produit un rapport d'activité du réseau de proximité. Mais l'ARS n'y est pas, c'est vrai, en même temps elles ne s'occupent pas beaucoup de ce sujet.

**Que pensez-vous de la proposition de création d'indicateurs d'activité et de performance pour les UMJ et les IML ?**

Je suis toujours favorable aux indicateurs, l'évaluation est indispensable.

**Quel état des lieux faites-vous de l'enseignement et de la recherche en médecine légale ?**

Sur l'enseignement, le DESC marche bien. La capacité me semble bien également, elle a par exemple permis de former nos urgentistes qui souhaitaient un complément de formation. S'il n'y avait eu que le DESC, cela n'aurait pas pu se faire.

La recherche est en revanche un vrai problème. On trouve pas mal de publications juridiques, mais très peu de publications biologiques ou anatomopathologiques. La recherche est aujourd'hui un des points faibles de la discipline.

## **SUR LA FUTURE REFORME**

### **Que pensez-vous des propositions actuelles du ministère de la justice sur la réforme du schéma d'organisation ?**

L'idée est de diminuer le coût du fonctionnement de la médecine légale de 20 millions d'€, ce qui est impensable. Actuellement les centres de référence sont les CHU, dans la nouvelle réforme, il n'y aurait plus que les CHU des inter-régions. Ce n'est pas suffisant. Si l'on regarde pour Senlis, en Picardie, cela dépendrait de Lille, qui sera dans la future grande région : Lille-Senlis, c'est plus de 200 km. Cela représente des frais de transports importants, des difficultés pour les familles, les victimes, qui vont devoir faire de gros déplacements, cela me semble difficile. Je tiens beaucoup à la proximité de prise en charge 24h/24, d'autant plus que la médecine légale, c'est au moins 80% de vivants en France.

### **Quelles sont aujourd'hui vos préconisations pour améliorer encore le fonctionnement de la médecine légale ?**

Il faut absolument conserver et développer le réseau de proximité. C'est d'ailleurs le sens du rapport des inspections de décembre 2013. Mais je ne suis pas vraiment pour la recommandation visant à la mise en place d'un réseau de médecins libéraux portant l'appellation d'attachés de médecine judiciaire et identifiés par inscription sur une liste auprès du procureur de la République. Cela forcerait certains acteurs qui ne le souhaitent pas à travailler ensemble, et ce ne serait pas efficace.

Je reste en revanche persuadé qu'il faut former les urgentistes des gros hôpitaux à la médecine légale.

Il ne faut pas céder à la facilité de faire de la moins bonne qualité dans certaines zones sous prétexte qu'elles sont éloignées.

### **Pensez-vous que l'organisation de la médecine légale serait plus solide s'il y avait une intervention du législateur au lieu de circulaires ?**

Certainement, et j'ai essayé de l'encourager au niveau national, sans y parvenir.

### Annexe 3 : Entretien avec Marie-Odile MOREAU, chargée de mission sur la médecine légale au ministère de la santé

#### **Pouvez-vous retracer votre engagement national dans le champ de la médecine légale ?**

Je travaille sur la médecine légale depuis 2002. Je suis infirmière anesthésiste de formation, et j'avais eu l'occasion de travailler à la DRH de mon établissement. Edouard Couty m'a confié une mission, bien avant la réforme, visant à évaluer l'opportunité d'ouvrir une UMJ pédiatrique à Trousseau.

J'ai alors commencé à travailler avec la DACG et avec un directeur d'hôpital en fonction au ministère de la santé qui nous a appuyées sur la partie financement.

Nous sommes vite arrivés au constat de la nécessité de réforme. En effet, la discipline n'était « régulée » que par des circulaires interministérielles sans effet, et on relevait des dysfonctionnements graves au point de vue financier. Le rapport Jardé était déjà sorti. Nous avons donc organisé une rencontre entre M. Jardé, M. Castex (alors DHOS) et moi. Nous avons réussi à lancer un travail conjoint IGAS/ IGSJ, qui a conduit au rapport fondateur de 2006.

#### **ELABORATION DE LA REFORME**

#### **Comment s'est organisée la réflexion à partir de 2006 pour arriver à la réforme de 2011 ?**

Pascal Clément, alors garde des sceaux, a remis en marche le CSML puis a lancé un groupe de travail qui a abouti à la réforme de 2011. Ce travail avait le mérite de vouloir assainir les dysfonctionnements financiers, prenant en compte la difficulté résultant du fait qu'il n'y avait pas de comptabilité analytique dans les ES à l'époque. C'est d'ailleurs ce qui a aussi poussé la réforme. L'arrivée de la T2A, la suppression du budget global et les difficultés qui s'annonçaient ont été des éléments moteurs et sous-jacents de ce travail. Cette réforme était aussi nécessaire pour que la justice accepte de financer intégralement cette activité, qui n'est pas une activité de soins mais une activité prévue dans le CPP et qui sert à la justice uniquement. Les victimes sont des ITT et si elles ont besoin de soins elles retournent dans le système normal. Les GAV c'est aussi dans le CPP, qui prévoit dans l'article 63-3 que « Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire ». En résumé, le soin ne rentre qu'après éventuellement pour les victimes, et l'AMO prendra évidemment la suite en charge, avec la possibilité de se retourner contre l'agresseur, ce qu'elle ne fait pas assez souvent.



Nous sommes partis de la situation de l'époque, où les OPJ réquisitionnaient directement les médecins légistes. Gérard Vincent, alors directeur de l'hôtel-Dieu et Laurent Davenas, procureur à Paris, avaient réfléchi à la prise en charge des victimes et constaté l'hétérogénéité, notamment sur les ITT, selon l'endroit où se faisaient examiner les victimes, d'où l'intérêt de centraliser leur accueil dans des UMJ hospitalières.

Sur le financement, les actes étaient tarifés dans le CPP, donc il semblait logique de dire que pour chaque réquisition et acte, les frais de justice étaient versés à l'hôpital. Mais cette situation n'était pas équilibrée pour les hôpitaux. D'abord parce qu'un médecin à temps plein coûte environ 100 000€ et qu'un examen de victime est rémunéré 80€ et un GAV 30€, donc ces actes ne remboursaient pas le médecin légiste qu'on dédiait à l'UMJ. De plus, dans le CPP, il est dit que procureur requiert le médecin de son choix pour l'acte, le médecin faisait donc parfois des mémoires de frais à son nom selon ce système. Enfin, le CPP était rarement respecté. Pour les GAV, cela montait pour certains hôpitaux ou médecins à 150€ (ils comptaient des appels téléphoniques, des frais kilométriques...). Le ministère de la santé a essayé de chiffrer la dette des hôpitaux, ce qui était difficile sans comptabilité analytique, mais elle était estimée à 25 ou 26 millions sur 10 ou 15 établissements.

Nous avons donc constitué un groupe de travail pour préparer la réforme, composé des ministères de l'intérieur, de la justice, de la santé. Il a été très difficile de recenser les structures existantes (UMJ, où même n'importe quel endroit où un légiste pratique des autopsies) et d'évaluer l'activité. En effet, les structures n'étaient pas encadrées donc ne remontaient pas l'information au ministère de la santé, l'intérieur n'avait pas de centralisation des réquisitions, et la justice n'avait pas de système d'information fonctionnel pour le suivi des frais de justice. L'étude initiale était donc compliquée mais nous avons pris la décision de changer le système de financement, en se basant sur les éléments d'activité que l'on avait, d'où des décalages ultérieurs. On prenait l'activité d'une structure, on voyait avec le ministère de la justice les besoins en amplitude horaire et en légistes, et des légistes étaient par ailleurs présents pour nous aider à déterminer les besoins en effectifs paramédicaux. On est arrivé ainsi au schéma de 2011, avec 47 structures (hors Hôtel-Dieu).

Certains débats n'avaient pas été tranchés en 2010 : par exemple, la réforme ne prévoyait pas d'équipe mobile, et il était hors de question pour le ministère de l'intérieur d'amener eux-mêmes les GAV aux urgences. Cela a été rediscuté en RIM mi-2011 : il a été décidé de doter certaines UMJ d'« équipes mobiles », mot peut-être mal choisi puisqu'il s'agit d'un légiste seul qui circule pour aller voir les gardés à vue in situ.

La réforme a ensuite été évaluée fin 2011 par la chancellerie. Un nouveau schéma est alors publié en 2012, qui supprime l'UMJ de la Rochelle, crée une structure à Nîmes, et accorde les équipes mobiles.

Les ministères de l'intérieur et de la santé ont milité pour une nouvelle inspection, tel que c'était prévu dans la circulaire de 2011. Cette inspection a eu lieu, réalisée par 6 corps conjointement, et a donné lieu à un rapport rendu en décembre 2013.

En octobre 2014, la chancellerie a produit un nouveau projet de réforme qui circule depuis.

### **Pourquoi ne pas avoir retenu la proposition de l'inspection de 2006 de prévoir une contribution de l'AMO ?**

Encore une fois, La médecine légale, c'est dans le CPP, c'est des ITT et des examens de compatibilité. Il peut y avoir un soutien psychologique pour les victimes, mais uniquement dans l'immédiateté en ce qui concerne la médecine légale. Et il y a un financement du ministère de la santé, par le biais du FIR, d'un ETP de psychologue par UMJ. Mais s'il y a besoin d'un vrai soutien pendant plusieurs années, on rentre dans le soin et dans l'AM.

### **Mais aujourd'hui, dans un contexte avec de plus en plus de place pour la prise en charge psychologique (transposition de la directive européenne « victimes », consultations de prévention de la violence...), est-il toujours pertinent de ne pas avoir de financement AMO ?**

Ce n'est pas de la médecine légale. Tout ce qui se passe en amont est de la prévention. Par ailleurs, il n'y a que 46 UMJ, donc le rôle de ces « têtes de pont » est d'établir des réseaux et de former autour : former les urgences, les libéraux... et pas que les médecins avec une capacité universitaire. L'ETP de psychologue n'est peut-être pas suffisant, mais cela a aussi eu le mérite d'encadrer les pratiques : avant la réforme certains faisaient des évaluations psychologiques qu'ils faisaient payer comme une intervention de psychiatre. De plus, il y a des associations pour les victimes, dont certaines sont financées par le ministère de la justice. Aujourd'hui le travail doit porter sur le lien avec les victimes, sur une meilleure approche psychologique immédiate, et sur l'amélioration du relai avec les associations de victimes. Et puis l'intérêt d'avoir les UMJ dans les gros hôpitaux c'est aussi ça : il y a les services à portée si besoin, notamment la psychiatrie.

### **Sur le périmètre de la réforme, pourquoi avoir exclu les analyses génétiques et la gestion des prélèvements ?**

La gestion des prélèvements n'est pas exclue : il est précisé que les prélèvements doivent être placés sous scellés et sont à la charge de l'établissement pour la surveillance.

Le problème est que les hôpitaux ont actuellement plus de prélèvements conservatoires que de scellés, c'est-à-dire que les OPJ ne sont jamais venus pour les sceller (ils sont seuls habilités à le faire). A partir du moment où un prélèvement est scellé il a une identité juridique, et le CPP prévoit son coût de gardiennage. Les prélèvements conservatoires n'ont pas d'existence juridique, et s'ils sont scellés uniquement au moment où ils sont utilisés dans l'affaire, il y aurait un problème juridique.

En revanche, il est vrai qu'il n'y a pas eu de réelle étude d'impact sur les scellés et leur financement, alors qu'il s'agit effectivement d'un « élément onéreux ». Il n'y pas eu non plus de réelle évaluation de l'état de la conservation des scellés dans les hôpitaux, et des frais que cela occasionne.

## **BILAN DE LA REFORME**

### **Quel a été l'impact de la réforme de 2011 sur l'hétérogénéité des structures et des procédures pénales ?**

Sur les pratiques de médecine légale, c'était l'objectif de la réforme : que toutes les victimes soient vues dans les UMJ par des légistes. Reste la question des réquisitions. Le but était aussi d'harmoniser sur les autopsies, qui étaient pratiquées un peu partout et pas toujours dans les bonnes conditions. Globalement, il y a eu un vrai progrès qualitatif sur les actes. Par ailleurs, le choix d'unifier les termes (UMJ pour la médecine légale du vivant et IML pour la thanatologie) a donné beaucoup plus de lisibilité pour les citoyens et en particulier les victimes.

Sur les procédures pénales, les choses se sont un peu améliorées. Il y a eu une circulaire de la chancellerie à tous les chefs de juridiction pour expliquer les bases de la réforme. On constate une amélioration sur les réquisitions, presque toujours adressées à l'établissement de santé et non à un médecin. Mais il reste des dysfonctionnements, notamment sur le réseau de proximité, qui comprend deux branches :

- les médecins libéraux, toujours réquisitionnés ad hominem
- tous les établissements de santé qui n'ont pas de structure mais peuvent rentrer de facto dans le réseau de proximité. Pour ces derniers, le principe est celui de la réquisition à l'établissement, mais cela n'est jamais respecté et le reversement des frais ne se fait pas toujours. Il y a en plus un amalgame avec les activités d'expertise judiciaire.

Néanmoins, les améliorations auraient été plus marquées si la circulaire n'avait pas été mise en œuvre si vite et si son déploiement avait été accompagné d'une communication beaucoup plus importante sur le sujet.

### **Quel est le niveau d'achèvement de l'intégration hospitalo-universitaire de la médecine légale selon vous ?**

La médecine légale est une vraie spécialité. Pour autant, certaines UMJ ne sont pas dans des CHU et fonctionnent très bien aussi. Mais il y a une vraie nécessité de poursuivre cette intégration, qui ne pourra se faire qu'avec la formation de nouveaux médecins légistes. Il y a en effet une situation démographique en tension sur la médecine légale, on le constate parce qu'il y a des irrégularités sur le terrain, avec des médecins étrangers non-inscrits au conseil de l'ordre qui signent des certificats administratifs lorsqu'ils sont de garde : constat d'ITT, compatibilité avec la GAV, certificats de décès...

Mais cinq ans après la réforme, on peut aussi se poser des questions sur la formation que les responsables des UMJ s'étaient engagés à faire, en tant que tête de pont, auprès des établissements et des médecins autour. Le fait de rester dans une forme de « tour d'ivoire » peut nuire à la discipline.

### **Que pensez-vous de la possibilité évoquée par le rapport des inspections de 2013 de la création d'un comité de pilotage interministériel comme dispositif institutionnel de gestion de la ML ? Et la création de comités locaux regroupant UMJ, IML, ARS, chefs de juridiction ?**

Nous avons des RIS (réunion inter-service) permettent des ajustements entre équipes des ministères, et ensuite des RIM (Réunion interministérielles), beaucoup plus formelles, pour les arbitrages plus importants. Mais cela n'a rien à voir avec la proposition du rapport. Le comité de pilotage interministériel est une très bonne idée, ce serait beaucoup plus officialisé que les RIS. Par ailleurs, cela serait sous la responsabilité du premier ministre, ce qui serait plus simple dans ce schéma où la Santé « exécute les ordres », l'Intérieur « donne les ordres » (via les OPJ) et la Justice paye. Il y a une imbrication parfois déséquilibrante entre les partenaires qui serait résolue par l'arbitrage du premier ministre, il y aurait plus d'égalité entre les ministères.

De plus, on milite depuis 2011 pour que localement les acteurs échangent entre eux de manière formelle, par le biais de conventions notamment, à nous de montrer l'exemple. Ce comité pourrait aussi faire des notes d'information, produire un guide pratique de la médecine légale... Cela a toujours plus d'impact si un document est signé par tous les ministères et envoyé à tous les acteurs locaux.

Pour la déclinaison en comités locaux, il y a des endroits où cela se fait très bien, et c'est tout aussi nécessaire pour que les acteurs s'approprient et travaillent ensemble, alors que nous n'avons spontanément pas tous les mêmes objectifs. Cela se fait notamment avec les associations de victimes dans certaines régions, où les relations sont très bonnes, et où ces associations travaillent dans des locaux annexes aux UMJ. Ces régions

ont par exemple vu exploser le nombre de femmes victimes de violences conjugales qui venaient à l'UMJ. Enfin, ces comités locaux permettraient de plus impliquer les ARS.

### **Partagez-vous également le constat de la faible implication des ARS dans le dispositif ?**

C'est très variable selon les régions. Certaines ARS sont très impliquées et l'étaient même parfois déjà avant la réforme. Mais ce n'est pas le cas de toutes, notamment parce que le financement de la médecine légale ne passe pas par les ARS : le financement provient du programme 166 « justice judiciaire » du budget de la Chancellerie, et est versé directement aux établissements.

On peut préciser qu'en 2010 nous avons fait l'erreur, lorsque nous incitions à la signature de conventions locales, de ne pas évoquer les ARS. Cette erreur a été corrigée en 2012, où nous avons ajouté les ARS et les Procureurs Généraux. Une autre difficulté résulte du fait que, globalement, le découpage du schéma fait correspondre les ARS et les cours d'appel, mais pas toujours. Par exemple, un établissement peut dépendre d'une ARS pour son activité hospitalière, mais de la cour d'appel plus proche d'une autre ARS pour la médecine légale.

### **Quel bilan faites-vous de la gestion des prélèvements et scellés ?**

C'est une vraie difficulté pour les établissements. Tout d'abord, il n'y a pas de « prélèvement conservatoire ». Tout prélèvement, que ce soit une substance, une matière organique, un objet... doit être scellé, c'est-à-dire qu'un OPJ présent sur place le ferme officiellement. Je comprends qu'il ne peut y avoir des OPJ dans toutes les UMJ de France pour poser les scellés, mais c'est en tout cas la logique. Une fois scellé le prélèvement est conservé par l'établissement, et parfois dans des conditions non appropriées, notamment en termes de température de conservation.

Une solution serait d'habiliter les médecins à sceller ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, en tout cas lorsqu'ils sont réquisitionnés pour des actes de médecine légale. En effet, lorsqu'ils sont experts près des tribunaux, dans le cadre d'une expertise que leur confie la justice, ils seront habilités à casser et refaire des scellés. La solution est un peu absurde.

De plus, une fois le prélèvement scellé, il a une existence juridique, et donc un coût pour la justice.

Mais cette problématique est à lier à celle des réquisitions : il n'y a toujours pas d'harmonisation dans la gestion, pas de système unifié de numérotation, et parfois même des réquisitions sans numéro. Or, l'ONML est anonymisé, donc on demande le numéro de PV pour le recueil des actes, et on constate des numéros invraisemblables. C'est en ce sens que l'ONML n'est pas toujours suffisant. Par exemple, des structures se comparent à d'autres en disant que les autres font très peu de GAV, alors qu'ils ont une

équipe mobile. Ce qui nous intéresserait dans cette situation serait de savoir combien de GAV ont été vus par des médecins autre que légistes dans le périmètre de rayonnement théorique de l'UMJ. Et la justice ne peut pas nous le dire, notamment à cause du problème des réquisitions. Ils sont capables de dire le montant total qui a été payé en France pour des GAV, mais dans la mesure où l'harmonisation des pratiques locales n'est pas tout à fait aboutie et que les montants ne sont pas toujours conformes à ceux prévus dans le CPP, le montant total ne permet pas d'estimer avec fiabilité le nombre de GAV qui ont été examinés.

C'est d'ailleurs le sens de la recommandation n°12 du rapport des inspections de 2013, qui prévoit la création d'un système d'information interministériel de suivi de la médecine légale, qui devrait pouvoir s'interconnecter avec le système informatique de traitement des frais de justice. Cela permettrait une connaissance en temps réel de l'activité ainsi qu'une homogénéisation de fait des montants payés au titre des frais de justice.

## **HYPOTHESE D'UNE NOUVELLE REFORME**

### **Partagez-vous aujourd'hui le constat d'une nécessité de redessiner le schéma d'organisation de la médecine légale ?**

Pour la réforme de 2012, nous devions faire une enquête commune à tous les acteurs locaux. Finalement ce n'est pas ce qui a été fait, chaque ministère a envoyé une enquête aux acteurs locaux dépendants de lui. On a donc pas fait le mieux de ce qui aurait pu être fait pour favoriser l'articulation entre acteurs locaux et assurer l'activité sur les territoires, notamment pour les DOM-TOM qui ont des difficultés, du fait de leur insularité, de leur géographie... Il y a donc des perdants, et d'autres qui s'en sortent encore très bien, avec des UMJ qui ont par contre des moyens qu'ils ne nécessitaient pas.

Donc il y a encore des choses à revoir.

Sur les examens de compatibilité des GAV par exemple, qui monopolisent les équipes mobiles, il y a eu une conférence de la HAS en 2004 avec des légistes, qui indique qu'il faut un médecin légiste pour examiner des GAV. Pourtant, dès que la réforme est passée et que l'on a plus payé les médecins directement à l'acte, beaucoup de médecins ont alors dit qu'il n'y avait pas d'intérêt à ce que cela soit fait par un légiste... D'autant plus que, chiffre à vérifier, il n'y aurait pas plus de 3% des GAV qui aurait une pathologie nécessitant la suspension de la garde à vue.

### **Pensez-vous que les levées de corps doivent systématiquement être faites par un légiste ?**

Tous les médecins légistes et les inspections concluent sur le fait qu'il s'agit d'un acte très spécialisé qui doit être fait par un légiste. J'y suis donc favorable.

Le problème est qu'il n'y a que 27 IML pour la métropole : il n'y a donc pas des légistes partout et il arrive souvent que des libéraux soient réquisitionnés pour faire les levées de corps. La question qui se pose, et à laquelle on ne sait pas répondre, c'est quel est le pourcentage d'autopsies lorsque la levée de corps a été réalisée par un non légiste par rapport à un légiste. Mais une autre source d'interrogation est le nombre très élevé d'exams de corps isolés, alors même qu'il y a eu une levée de corps. Pour un profane, on ne comprend pas l'intérêt et cela semble redondant.

Enfin, il me semble nécessaire de clarifier, et certaines conventions locales le prévoient déjà, que le légiste ne doit se déplacer que sur des « vraies » levées de corps, c'est-à-dire celles dont on n'écarte pas la cause criminelle. Car il y a une dérive sur le terrain qui consiste à appeler les légistes pour des levées de corps au domicile, juste pour leur faire signer le certificat de décès car les libéraux voire le SAMU ne veulent pas venir les signer. En effet, le certificat de décès est un acte administratif et non du soin, la « visite » visant à le signer, dans le cas d'une découverte fortuite de corps, n'est donc pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

Mais il y a au-delà de cela un travail à faire sur les pratiques. Certains IML ont des nombres très importants d'autopsies, mais ne font jamais de levée de corps. Certains ont autant de levées de corps que d'autopsies, ce qui laisserait penser que toutes les situations ont justifié un examen autopsique ultérieur. Et il y a certains IML qui ont un rapport de 1/2 entre autopsie/levée de corps, ce qui semble, en comparaison des autres situations, le plus cohérent.

## **BILAN DE LA REFORME DE 2011**

**Un impact financier annoncé : avez-vous perçu un impact financier ? Positif (la dotation budgétaire couvre effectivement les charges engagées pour la pratique de la médecine légale) ou négative (le budget de l'ES est toujours impacté par la pratique de la ML) ? Avez-vous le sentiment (rapport des inspections) que les dotations forfaitaires sont attribuées de manière approximative ?**

A Montpellier, l'impact financier a été majeur, Montpellier étant une des villes exemplaires de la réforme. La réforme a permis le recrutement de personnel adéquat en lien avec l'augmentation de l'activité.

Les dotations étaient effectivement attribuées de manière approximative, mais le service de médecine légale s'est battu avec l'aide du directeur, du Procureur général et du préfet de l'époque pour faire varier la dotation initiale. La dotation finale était donc à hauteur de ce que nous faisons et de ce que nous voulions faire. Mais l'activité a augmenté automatiquement avec la réforme, donc il aurait fallu dès le début donner les dotations en prévoyant les augmentations d'activité. A Montpellier, il y a eu 30% d'augmentation d'activité, aussi bien sur les autopsies que sur l'examen des victimes. Sur la médecine légale du vivant, cela était attendu et peut se constater aussi au niveau national, mais c'est une surprise sur les autopsies, et une particularité locale. Elle s'explique par une combinaison entre une équipe de médecins légistes disponibles et des procureurs volontaristes, avec notamment un procureur qui a écrit une circulaire à ses collaborateurs fixant des critères d'autopsie, faisant de Montpellier une des villes de France qui autopsie le plus par habitant, mais encore loin des recommandations européennes.

En tout cas le ministère n'avait pas les bons chiffres dès le début.

Cette année, le service de médecine légale devrait atteindre 550 autopsies.

**Faites-vous les levées de corps ? Systématiquement, souvent, occasionnellement ?**

**Si non, qui les fait ?**

On en fait mais pas assez. Dans la journée notre périmètre d'intervention est très étendu, notamment pour les homicides. Mais la nuit, nous nous limitons à 20 minutes de route autour de Montpellier car il y a un seul légiste de garde, et il fait beaucoup d'examens de compatibilité des GAV. De plus, les forces de l'ordre n'appellent pas toujours. Ils ont parfois recours au réseau de proximité mais avec le problème de démographie médicale ils ne trouvent pas toujours de médecin disponible.



Par ailleurs se pose la question de la formation. J'ai formé beaucoup de légistes car je suis un fervent défenseur de la capacité : 44 spécialistes formés par la capacité sur ces 8 dernières années. C'est une bonne formule dans le contexte actuel, même si je préfère un DESC qui a passé 2 ans dans le service. Mais la capacité a permis plus de souplesse, le DESC implique un temps de formation beaucoup plus long.

Pour les levées de corps par exemple, il faut une formation ad hoc, sinon ça n'a aucun intérêt. Donc parfois les policiers ne demandent pas de levée de corps et envoient le cadavre directement en médecine légale.

### **Faites-vous les examens de compatibilité des GAV ? Si non, qui les fait ?**

Le niveau est stationnaire. On en a toujours fait à Montpellier, dans les locaux de la police, ce qui est le seul moyen pertinent (cela évite que police se déplace, et que ce type d'examen engorge les urgences). Là le légiste se déplace et on les regroupe. Les examens de GAV sont responsables de 40% de la dotation budgétaire du service.

Il y a deux raisons justifiant l'intervention des légistes pour les examens de compatibilité de GAV :

- une raison médicale : un GAV est un toxicomane dans 60% des cas, il allègue des violences dans 20% des cas, et a des troubles psychiatriques dans une grande partie des cas. C'est donc un patient particulier, et dans ces situations il faut gérer le secret, la distribution de médicaments de type subutex... De plus, décrire des blessures en GAV c'est très important pour faire la lumière sur les allégations du patient. Les légistes connaissent mieux ce type de patients, sont habitués à ce type d'examens, et aux rapports que cela implique.

- une raison structurelle : les examens de compatibilité de GAV représentent un gros volume de l'activité du service, si on ne les fait plus on perd une grande partie des effectifs, et on perd en attractivité car les conditions de travail sont plus difficiles.

### **Avez-vous opéré des réorganisations suite à cette réforme : achat de matériel, réorganisation du circuit patient, aménagement de salles ou augmentation des capacités, réorganisation des tâches de chacun...**

Nous avons des projets de travaux, mais qui avancent lentement. Au niveau de la morgue, avec l'augmentation de l'activité, il faut refaire les salles d'autopsie, notamment pour des problématiques d'hygiène, d'éclairage... Mais le plus important est de refaire l'espace d'accueil des victimes. Maintenant que l'on reçoit 10 victimes par jour, et environ 3000 par an (700 en 2010), l'accès du service devient problématique. On attend donc de pouvoir faire les consultations au RDC au lieu du niveau -1. Cette visibilité devient indispensable. Normalement cela se fera en 2016.

**Avez-vous réalisé des recrutements et/ou créé des postes pour répondre aux injonctions de la réforme ? Si oui, avez-vous intégré de nouvelles fonctions (psychologues par exemple) dans l'organigramme fonctionnel de votre structure ?**

Nous avons toujours eu une psychologue, c'est la même depuis 20 ans. Mais l'accès des patients à la psychologie est un gros progrès de cette réforme : cela représente 800 consultations par an à Montpellier. Un autre des gros progrès est l'arrivée des infirmières depuis la réforme. Nous en avons défini nous-mêmes les fonctions, puisque la réforme ne les prévoyait pas du tout. On a défini leur formation également. Cela améliore considérablement l'accueil des victimes : humainement, techniquement... L'apparition des IDML est le plus gros progrès pour les victimes dans cette réforme.

### **LE BILAN DE LA REFORME SELON LES INSPECTIONS EN 2013**

**Partagez-vous le constat d'une gestion des réquisitions encore insuffisamment organisée et harmonisée ?**

Au niveau local pas de problème, nous avons des réquisitions pour tous les actes que nous pratiquons.

**Partagez-vous le constat d'une situation démographique en tension chez les médecins légistes ?**

Le problème de la démographie des légistes est variable selon les endroits. Il n'y a pas de problème de démographie médicale aux environs des grands centres de formation en médecine légale, comme Marseille et Montpellier par exemple. Dans les endroits où il n'y a pas de formation par le biais de la capacité, ils ont un problème. Ils ne sont pas assez nombreux à pouvoir assurer le service, notamment les gardés à vue, ce sont toujours les mêmes légistes de garde, et ils perdent en attractivité du fait de ces conditions.

Pourtant la spécialité est attractive, tant au niveau des étudiants que du grand public.

**Partagez-vous le constat d'une gestion problématique des scellés et prélèvements ?**

Au niveau local on y travaille depuis des années, nous avons mis en place des accords locaux et la cadre de santé du service le suit en direct. Des rencontres sont prévues tous les six mois avec le procureur pour faire un point sur les destructions envisageables.

Mais il est vrai que la gestion est problématique en général : cela nous prend du temps à gérer, et cela monopolise des locaux de l'hôpital.

Le stockage pose vraiment problème, nous avons annexé des locaux, dans lesquels on ne peut mettre que le non-froid. Pour le froid, nous sommes presque saturés. Cela vient aussi du fait que nous n'avons que des prélèvements scellés, ce qui devrait d'ailleurs être

la règle partout. Je préfère que tous soit scellé, et nous gardons tout entre 6 mois et un an. La justice nous doit des sommes importantes au titre du gardiennage des scellés et des corps. Il s'agit à la fois d'un retard de paiement, mais aussi d'un retard de facturation de la part de notre établissement.

Nous avons aussi un protocole de conservation des scellés qui est en cours de signature avec la justice.

### **Quel constat faites-vous sur l'état de la recherche en médecine légale ?**

Le niveau de la recherche est insuffisant, mais ce n'est pas surprenant. La réforme a considérablement changé les organisations, il faut 2 à 3 ans pour être fonctionnel. Avant que l'on puisse produire des PU-PH et des MCU-PH et établir des structures de recherche, il faudra bien une dizaine d'années. C'est pourquoi vouloir tout modifier au bout de 4 ans est illogique. Même si l'on s'est trompé au début, il faut trouver des indicateurs pour modifier progressivement.

Depuis la diffusion du projet de réforme du ministère de la justice, j'ai constaté que le nombre de papiers soumis pour la revue dont je suis responsable du comité de rédaction a nettement diminué, cela a démoralisé les médecins.

### **Que pensez-vous de la proposition de création d'indicateurs d'activité et de performance pour les UMJ et les IML ?**

J'y suis tout à fait favorable, un de mes chefs de clinique travaille d'ailleurs sur ce sujet. Il nourrit un logiciel qui devrait permettre de stocker les données des autopsies pour les utiliser d'un point de vue scientifique. Il travaille donc sur une nomenclature des actes de la médecine légale, qui n'existe pas pour l'instant. Les bilans d'activité font par exemple état de 3000 consultations de victimes, mais une victime de viol prend trois fois plus de temps qu'une victime de coups et blessures classiques.

## **LE PROJET DE REFORME DE 2015**

### **Aujourd'hui, partagez-vous le constat de la nécessité de revoir le schéma d'organisation de la médecine légale ?**

Localement, un seul point me semble problématique : le retour de Nîmes dans une indépendance autopsique, consacré par la révision de la réforme en 2012. C'est une perte de temps et d'argent, nous aurions pu les absorber à iso-ressources. On peut faire 4 autopsies par jour. On en fait 550 cette année, ils en font 150, soit 700 sur l'année, ce qui revient en moyenne à 2 autopsies par jour, on peut donc les absorber sans problème. Cela ferait une économie, et c'est la piste que j'ai proposé au procureur général. 2 ou 4 autopsies par jour, c'est pareil en termes de personnel. Jusqu'à maintenant, je mettais

deux médecins par autopsie car il y a avait des débutants. Mais ils sont aujourd'hui formés et peuvent assurer la plupart des autopsies seuls. Nationalement, il y a donc des discordances qui doivent être progressivement effacées.

### **Quel est votre avis sur le projet de réforme du ministère de la justice de 2015 ?**

Je n'ai pas été très actif sur le sujet au niveau national, notamment parce qu'il était impossible de savoir d'où provenait exactement ce projet, et pourquoi la santé n'y avait pas participé. Globalement, il est impensable de supprimer les équipes mobiles : cela fait 4 ou 5 PH en moins, comment fait-on dans un ES public pour les enlever ? Par ailleurs, ça serait l'émeute dans les commissariats, ils ne trouveraient jamais de médecins pour leur faire 3000 examens de compatibilité annuels, en majorité la nuit.

Le projet ne me semble pas sérieux.

### **LES PERSPECTIVES POUR LA MEDECINE LEGALE**

### **Quel est votre avis sur les développements récents du champ de la médecine légale vers des activités a priori annexes, telles la prise en charge psychologique des victimes, les consultations de prévention de la violence... ?**

Je suis favorable à ces développements en général. Nous faisons des consultations de victimes sans dépôt de plaintes préalables. Nous sommes payés par le CHU et à ce titre nous faisons des activités hors réforme. Nous examinons par exemple des réfugiés qui allèguent de tortures. Cela relève de notre activité hospitalière. Je suis par ailleurs médecin conciliateur dans le cadre de la CRUQPC, qui est pour moi un des terrains idéaux d'exercice du médecin légiste, entre médecine et droit.

### **Quel est votre avis sur la place du psychiatre en complément du psychologue dans les UMJ ?**

Il y a un manque de psychiatre à l'échelle nationale pour cette discipline. Ici j'ai gardé deux postes de PH pour un éventuel psychiatre et un anapathologiste.

En attendant, en alternative au psychiatre médico-légal, nous expérimentons le duo psychologue plus légiste, notamment lorsque l'on nous demande une ITT psychologique.

A Montpellier, il y a un psychiatre de 85 ans qui s'occupe des gardés à vue. Le jour où il ne le fera plus, on sera dans une situation très difficile.

### **L'intégration de la médecine légale comme discipline hospitalo-universitaire se fera-t-elle un jour ?**

A Montpellier, je pense qu'on y arrive. Nous échangeons beaucoup avec nos confrères, nous sommes vraiment intégrés dans la structure. Je fais partie des commissions

recherche de l'hôpital. Nous accueillons près d'un quart des promos d'externes dans le service.

## **PRECISIONS RELATIVES A L'UNITE DE MONTPELLIER**

### **Comment fonctionne les consultations délocalisées pour les examens de victimes à Béziers et Sète ?**

C'était un besoin. Il y a une UMJ Perpignan et un IML+une IMJ à Nîmes. Mais à Béziers il n'y a rien. Nous nous adaptons à la situation : un de nos attachés en médecine légale est par ailleurs généraliste à Sète. Je lui paye donc des vacances pour qu'il fasse des consultations de médecine légale là-bas.

Pour Béziers, il s'agit d'une convention plus structurée, une des légistes du service va s'y rendre une journée par semaine.

Je crois que c'est la logique de fonctionnement qu'il devrait y avoir partout : un centre qui gère des consultations dans un périmètre.

### **Avez-vous des particularités locales qui influent sur l'activité du département ?**

L'été il y a un million de personnes en plus à Montpellier, donc la délinquance et la criminalité augmentent, et le nombre d'actes médico-légaux aussi.

### **Comment est assurée la communication, notamment en l'absence de levée de corps, entre OPJ, médecin ayant constaté le décès (SAMU) et médecin légiste ?**

Si le médecin présent a fait un rapport, on l'a au moment de l'autopsie, mais ils sont généralement microscopiques. Si c'est un médecin du SAMU, il remplit une petite fiche de communication, normalement. L'OPJ présent à l'autopsie peut également nous donner des indications.

## **BILAN DE LA REFORME DE 2011**

**Un impact financier annoncé : avez-vous perçu un impact financier ? Positif (la dotation budgétaire couvre effectivement les charges engagées pour la pratique de la médecine légale) ou négative (le budget de l'ES est toujours impacté par la pratique de la ML) ? Avez-vous le sentiment (rapport des inspections) que les dotations forfaitaires sont attribuées de manière approximative ?**

Aujourd'hui, la médecine légale est à l'équilibre voire excédentaire.

Toulouse fonctionne avec un système d'UMJ depuis 1994 : tous les actes médico-légaux faits sur réquisitions étaient reversés à l'hôpital. Mais cela n'équilibrait pas pour autant le budget, notamment sur la thanatologie, à 138€ l'autopsie alors que le coût moyen d'une autopsie est de 1000€. Donc la thanatologie est chroniquement déficitaire, alors que la ML du vivant, avec 4000 réquisitions par an, et aux environs de 70€ par acte, était relativement équilibrée, mais ne compensait pas.

La réforme a mis tout ça à plat, notamment pour la thanatologie avec le système – de 300/+ de 300 autopsies. Toulouse a été classé en – de 300 autopsies, donc payé 300 000€ (1000€ l'autopsie), ce qui permettait de rentrer à peu près dans les frais. On réalisait à l'époque autour de 280 autopsies, donc le financement correspond, et la ML du vivant étant plutôt excédentaire, aujourd'hui il n'y a donc pas de soucis. La médecine légale dans son ensemble ne coûte plus d'argent à l'hôpital, voire même l'hôpital utilise cet excédent pour combler d'autres déficits.

Mais il est vrai qu'il y a un problème sur le calcul des dotations, celui de la « division » : deux IML sont payés pareil qu'ils aient 100 ou 300 autopsies. A cela s'ajoute les effets de seuils : ce n'est pas non plus le même montant entre 295 et 305 autopsies... Et le problème est enfin inverse pour les gros centres : on obtient le même montant pour 350 ou 360 autopsies. Or, même s'il y a des économies d'échelle par ailleurs, ça reste problématique.

Le vrai problème de la réforme de la ML aujourd'hui, c'est que les services de ML ne définissent pas eux-mêmes les seuils d'activité : cela dépend de la politique pénale. Je prends l'exemple de Toulouse : nous avons changé de procureur, l'année dernière nous avons réalisé 280 autopsies et cette année nous serons probablement à 400.

**Avez-vous constaté une augmentation ou une diminution de l'activité depuis la réforme ?**

Les variations d'activité sont multifactorielles. Certes depuis la réforme des autopsies de

l'extérieur arrivent plus, ce qui occasionne plus d'activité mais aussi plus de temps à consacrer : autour de l'autopsie il peut y avoir des assises, des reconstitutions (potentiellement loin). Mais localement nous n'avons pas connu de gros changement lié à réforme.

Le problème dans cette question est celui des mauvaises déclarations, notamment des petits parquets et petits services, lors des recueils de données préparatoires à la réforme. Même aujourd'hui, dans le rapport des inspections, on constate encore des données qui semblent peu cohérentes sur le nombre de consultations médico-légales dans certaines petites villes.

### **Faites-vous les levées de corps ? Systématiquement, souvent, occasionnellement ?**

#### **Si non, qui les fait ?**

Le choix qui a été fait chez nous est le suivant : le service du CHU fait les levées de corps du TGI de Toulouse, c'est-à-dire uniquement dans la proximité. Nous avons fait ce choix d'abord pour une question d'effectifs : depuis la réforme, nous avons 1,5 ETP de médecin dédié à la thanatologie, il n'est pas possible d'en envoyer un faire des levées de corps à l'autre bout du Tarn. Cette décision a été un peu difficile à faire accepter. D'une part, les légistes de proximité ne voulaient plus les faire, en protestation, parce que tout était centralisé avec la réforme. D'autre part, nous avons précisé aux procureurs locaux qu'on ne ferait plus de levée de corps dans leur département sauf situation exceptionnelle. Ils ne jouent pas toujours le jeu et continuent à appeler pour des cas banals.

En général, il y a deux écoles sur la levée de corps : ceux qui pensent que ça sert à rien et ceux qui pensent que c'est indispensable. Pour moi, cela l'était il y a 20 ans, lorsque le légiste était le plus qualifié en la matière sur la scène de crime. Aujourd'hui, les techniciens de police scientifique et les techniciens d'identification criminelle sont tout aussi qualifiés sur le sujet.

### **Faites-vous les examens de compatibilité des GAV ? Si non, qui les fait ?**

Ce n'est pas de la médecine légale pour moi. C'est même plutôt une activité purement médicale voire clinique, et les légistes, qui décrochent de l'activité de médecine clinique assez rapidement, sont donc loin d'être les mieux placés pour le faire. Toulouse a depuis longtemps mis en place un réseau de médecins généralistes qui les fait, et qui sont payés à l'acte.

### **Avez-vous opéré des réorganisations suite à cette réforme : achat de matériel, réorganisation du circuit patient, aménagement de salles... Avez-vous réalisé des recrutements et/ou créé des postes pour répondre aux injonctions de la réforme ?**

J'ai fait le choix de mutualiser le plus possible les médecins entre la thanatologie et la

médecine légale clinique, pour fluidifier l'activité. Ainsi, sur 7 personnes physiques, certains ne font que de la thanatologie, d'autres un peu de l'un et beaucoup de l'autre, d'autres, qui sont légistes, interviennent en prison (UCSA notamment)... Tout cela permet d'éviter l'effet « burn-out » des autopsies. Mais depuis la réforme, nous n'avons recruté qu'un PH (Praticien Hospitalier).

Sur le PNM, nous avons un psychologue présent antérieurement à la réforme. Nous avons recruté une AS pour l'accueil des victimes, et un mi-temps de cadre de santé, mutualisé avec l'activité de dépositaire hospitalier.

Sur le circuit du patient, nous avons des difficultés. Il n'y a pas eu de redistribution après la réforme, donc, notamment sur l'UMJ, nos locaux sont vétustes et non adaptés. Mais cela commence à bouger au niveau de la direction avec les différents avis défavorables reçus : du contrôleur général des lieux de privation de liberté, une inspection de l'ARS, le procureur...

[...]

### **Quel état des lieux faites-vous sur l'enseignement et la recherche en médecine légale ?**

La recherche en ML, à part quelques équipes en France, c'est un no man's land. Et ce n'est même pas un problème que dans les petites villes, comme ça peut être le cas dans d'autres disciplines.

Il y a également une difficulté de casting sur les protocoles de recherche, avec des collègues qui vont plus vers le droit médical que vers la ML.

L'enseignement et la recherche manquent dans cette réforme, mais cela n'est pas surprenant car la réforme n'a pas été conçue pour être hospitalo-universitaire.

Se pose à ce titre la question de l'évolution du DESC : je souhaite une évolution vers un DES (donc une filiarisation de l'enseignement de la ML. En effet, dans le DESC, nous sommes contraints par les maquettes des autres filières, et il est difficile d'y intercaler la ML.

### **Partagez-vous le constat d'une situation démographique en tension chez les médecins légistes ?**

Elle n'est pas faible, mais mal répartie sur le territoire, comme les autres médecines. Mais ce qui est valable pour les maternités doit l'être pour les légistes : un légiste du fond de l'Ariège qui fait 7 levées de corps par an devient mauvais, il faut empêcher son activité.

Une solution au rabais avait été trouvée : la capacité. Elle n'a pas formé un seul bon médecin.



## LE BILAN DES INSPECTIONS

### **Partagez-vous le constat d'une nécessité de réformer la ML ? (avant 2010/2011)**

Il était nécessaire de faire entrer la ML dans le champ sanitaire, ce qu'elle n'a pas fait. La ML est restée inféodée à la justice, et c'est pour moi un grand échec de cette réforme.

Il était nécessaire aussi de procéder par étape, ce que la réforme n'a pas fait. On aurait pu dans un premier temps se mettre d'accord sur le noyau dur de la ML, à savoir la thanatologie et les examens de victimes. Là, en voulant inclure les examens de GAV par exemple, on revient vers une hétérogénéité car certains le font et d'autres pas.

Mais il y avait un vrai besoin de constitution d'un maillage territorial, et d'une régulation de l'activité autopsique notamment, pour assurer sa qualité.

Mais je crois qu'il aurait fallu que les hôpitaux, et ainsi le ministère de la santé, ait la main, plutôt que le ministère de la justice.

### **Partagez-vous le constat d'un réseau de proximité mal organisé ? Cela a-t-il un impact sur votre activité ?**

Je partage ce constat. Mais ce sont surtout les victimes qui en pâtissent au niveau local. On a pourtant essayé de l'organiser. Mais certains établissements n'ont même pas voulu participer financièrement. On a proposé une demi-journée de consultation gratuite à un CH, et ils n'ont même pas voulu payer les frais de déplacement du médecin. Mais les DT de l'ARS n'ont pas non plus aidé. Vu que l'ARS n'a pas de maîtrise sur ce budget, elle s'en occupe peu.

### **Considérez-vous que le maillage territorial à 3 niveaux est bien assuré ?**

Plutôt bien dans notre région.

### **Partagez-vous le constat d'une gestion des réquisitions encore insuffisamment organisée et harmonisée ?**

On fait beaucoup d'actes sur réquisition, c'est pas mal. Par contre, il n'y a toujours pas de numéros de PV sur les réquisitions, les questions sont très hétérogènes, ils tentent de faire passer des questions de missions d'expertise dans le système de réquisition...

### **Partagez-vous le constat d'une gestion problématique des scellés et prélèvements ?**

C'est très problématique, pour plusieurs raisons :

- les médecins légistes doivent réfléchir sur l'utilité de la chose, pour minimiser le nombre de scellés
- il ne devrait pas y avoir de conservation de scellés pendant des mois et des années

- à Toulouse on a 12 congélateurs pleins de scellés, et l'hôpital a été incapable de mettre en place un système de gestion et de facturation des scellés.

**Que pensez-vous de la possibilité évoquée par les inspections de la création d'un comité de pilotage interministériel comme dispositif institutionnel de gestion de la ML ? Et la création de comités locaux regroupant UMJ, IML, ARS, chefs de juridiction ?**

Les déclinaisons locales ne marchent pas, chaque acteur faisant ce qu'il veut. Si la chancellerie était capable de réguler tous les procureurs, notamment sur leur politique pénale en matière de décès, pourquoi pas. Mais sinon ce comité de pilotage n'aura pas d'impact sur le terrain. Et les déclinaisons locales seront toutes différentes et soumises aux bons vouloirs des acteurs.

**Que pensez-vous de la proposition de création d'indicateurs d'activité et de performance pour les UMJ et les IML ?**

J'y suis tout à fait favorable, c'est toujours une source d'amélioration du sujet. Il est d'ailleurs aberrant qu'on ne sache pas dire exactement le nombre d'autopsies en France.

**Que pensez-vous de la recommandation n° 19 : mise en place d'un réseau de médecins libéraux portant l'appellation d'attachés de médecine judiciaire et identifiés par inscription sur une liste auprès du procureur de la République ?**

Des médecins intéressés, un minimum formés, et qui font un minimum d'actes par an, peuvent faire très bien les actes de proximité. Il ne faut pas considérer que la ML est une sous-discipline, ni une sur-discipline !

## **LE PROJET DE REFORME DE 2015**

Au sens strict, il ne propose pas grand-chose sur les UMJ, ce qui est d'ailleurs problématique car il y a toujours un problème de dimensionnement entre une UMJ qui reçoit 2 000 victimes et une qui en reçoit 6 000, et qui sont traitées de la même manière.

Sur la thanatologie, il y a une meilleure adaptation des moyens au nombre d'autopsies, sauf pour les points médico-légaux, où 0,8 ETP de médecin ne permettra jamais de faire tourner l'unité.

Sur l'exclusion des GAV du champ de la réforme, j'y suis favorable, même si ce sera difficile pour mes collègues qui ont monté des systèmes avec les gardes à vue.

Aujourd'hui, il y a deux vrais problèmes dans le champ de la médecine légale :

- l'hétérogénéité des pratiques, qui demeure,

- le manque d'implication du ministère de la santé, qui empêche la sanitarisation de la discipline. Par ailleurs, le ministère refuse même de contribuer financièrement à certains éléments qui relèvent, à notre sens, de la santé. Elle rattache tout en bloc au ministère de la justice. Par exemple, sur une mort d'origine naturelle, il n'y a pas besoin d'aller plus loin pour la justice. Mais parfois des analyses biologiques plus poussées pourraient permettre de révéler une pathologie héréditaire, peut-être impliquée dans le décès, et dont nous pourrions informer les proches dans une logique de prévention. La santé refuse de financer ces examens complémentaires.

FRANCONY

Marie

Décembre 2015

## DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2014 - 2016

### Evaluation des impacts financiers et organisationnels de la réforme de la médecine légale de 2011

- Quel avenir hospitalier pour la discipline ? -

#### **Résumé :**

L'activité de médecine légale est entrée très progressivement dans le champ de compétence des établissements hospitaliers, mais en est aujourd'hui une composante à part entière. La réforme de la médecine légale de 2011 a notamment œuvré en ce sens. En effet, après des décennies de structuration laborieuse de cette activité, elle parvient enfin à la doter d'une organisation rationalisée, tant sur le volet thanatologique, par la création des IML (Institut Médico-Légal) que sur la prise en charge des victimes par la création des UMJ (Unité Médico-Judiciaire).

Cette réforme visait ainsi à l'harmonisation des pratiques, caractérisées par une forte hétérogénéité dans cette discipline. Ce faisant, elle a nécessairement occasionné des transformations considérables, qui ont des impacts importants sur les établissements. Ainsi, elle a refondé le financement de l'activité de médecine légale, qui pesait traditionnellement sur le budget des hôpitaux, et qui est aujourd'hui couvert quasi-intégralement par une dotation budgétaire du ministère de la justice. Elle a également organisé un maillage territorial à trois niveaux permettant d'assurer le besoin en médecine légale partout sur le territoire, en veillant à l'allocation des moyens nécessaires pour en assurer le fonctionnement.

Ces avancées sont perceptibles sur la situation du département de médecine légale du CHRU de Montpellier, qui est excédentaire depuis l'entrée en vigueur de la réforme, et qui a connu une très forte croissance de son activité. Néanmoins, le constat n'est pas applicable partout, et Montpellier fait partie à ce titre des villes « gagnantes » de la réforme.

Dès lors, de nouvelles perspectives doivent être envisagées pour poursuivre le développement homogène de la discipline. Une attention particulière doit être portée au développement du réseau de proximité, qui manque encore de solidité. De nouvelles activités, tel le développement de la prise en charge psychologique des victimes, peuvent être envisagées. Enfin, il est nécessaire d'encourager et poursuivre la dynamique d'intégration hospitalo-universitaire de la médecine légale.

#### **Mots clés :**

Médecine légale, réforme, financement, maillage territorial, UMJ, IML, autopsies, victimes, CHRU de Montpellier, activité, intégration hospitalo-universitaire

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*