



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2005

**L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE
LÉGALE HOSPITALIÈRE :
Un défi pour le Service Public en
Auvergne**

Pascal FRUCQUET

Remerciements

Je voudrais remercier chaleureusement Jean-Paul Segade, Directeur Général du CHU de Clermont-Ferrand, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire, et m'avoir consacré autant de temps que nécessaire malgré un agenda bien rempli. Ses conseils méthodologiques, son approche du sujet, et sa motivation auront constitué un précieux soutien pour la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier son Directeur général adjoint, Bernard Belaigues, qui a toujours répondu présent chaque fois que j'avais besoin d'informations ou données précises. Je lui dois également de m'avoir transmis la passion des questions médicales, et le plaisir de me pencher sur l'histoire et les enjeux des différentes disciplines.

Ce mémoire ne serait pas ce qu'il est sans la disponibilité constante du Professeur Thierry Faict, au CHU de Clermont-Ferrand, et du Docteur Françoise Pradeau, au Centre hospitalier de Vichy. Tous deux ont accepté de me recevoir, chaque fois que nécessaire, pour me livrer les dernières informations sur le dossier, et surtout me faire partager leur passion pour cette discipline singulière qu'est la Médecine légale.

Mes remerciements vont également à Monsieur le Procureur Général Marc Robert, et Monsieur le Doyen de la Faculté de médecine, Patrice Deteix. Les entretiens qu'ils m'ont accordés m'ont aidé à sortir de ma vision strictement hospitalière du sujet, et à appréhender les enjeux propres à la Justice et à l'Université.

Je tiens aussi à remercier le Professeur Michel Debout à Saint-Etienne, le Docteur Jean-Marc Philippe à Aurillac, les Docteurs Yves Gauducheau et Odile Langlois-Zantain (entretien téléphonique) à Montluçon pour l'accueil qu'ils m'ont réservé, et le plaisir qu'ils ont pris à me présenter leurs structures.

Mes collègues en stage à l'étranger ont été sollicités pour une difficile recherche documentaire sur le sujet. Qu'ils en soient remerciés, et particulièrement Marie-Lise Brucker pour le Royaume-Uni, Céline Faye pour la Suisse, et Céline Lagrais pour la Finlande.

Je remercie enfin Christian Chaze, maître de stage, pour ses conseils et la relecture attentive de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA NÉCESSAIRE ET LÉGITIME INTÉGRATION DE LA MÉDECINE LÉGALE DANS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.....	7
1.1 UNE ACTIVITÉ QUI NE RELÈVE PAS AUJOURD’HUI DES MISSIONS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	7
1.1.1 La Médecine légale auvergnate : des activités exercées en marge des hôpitaux.....	7
A) Le CHU de Clermont-Ferrand : deux sites, deux statuts différents	7
a) Le Service de Médecine légale	7
b) Le Pôle régional de prise en charge des violences sexuelles et des maltraitances	9
B) Le dynamisme des hôpitaux périphériques	10
a) Le Centre Hospitalier de Vichy.....	10
b) Le Centre hospitalier de Montluçon.....	10
c) Le Centre Hospitalier d’ Aurillac.....	11
1.1.2 Une situation locale représentative de la réalité nationale	12
A) Une multitude de situations particulières.....	12
a) La force des initiatives locales.....	12
b) L’exemple de Saint Etienne	13
c) Le cas de Bordeaux.....	14
d) Le « casse-tête » du bilan des structures existantes	16
B) Une très grande hétérogénéité des pratiques	18
a) Le constat général.....	18
b) La thanatologie	18
c) La médecine légale clinique.....	19
1.2 UNE ACTIVITÉ QUI A VOCATION A ÊTRE INTÉGRÉE DANS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	20
1.2.1 Une intégration cohérente avec les missions des hôpitaux	20
A) Une activité de santé publique.....	20
a) L’accueil des victimes 24h / 24h	20
b) L’existence d’un besoin.....	21
c) Une discipline médicale à part entière	23
B) Une activité d’intérêt général.....	24
1.2.2 Une intégration cohérente avec les missions d’enseignement et de recherche des CHU	25
A) Une discipline fondamentale dans la formation des médecins	25

B)	Un fort potentiel en matière de recherche.....	26
a)	Les apports de la Médecine légale à la recherche en santé publique.....	26
b)	L'amélioration des techniques mises en oeuvre	27

2 ORGANISER ET FINANCER L'INTÉGRATION DURABLE DE LA MÉDECINE LÉGALE DANS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER..... 29

2.1 LE CHOIX D'UNE ORGANISATION INNOVANTE ET TRANSVERSALE.....29

2.1.1	La définition d'une organisation conjuguant spécialisation et interdisciplinarité.....	29
A)	Le projet auvergnat propose deux niveaux de prise en charge	29
a)	Un centre de référence : le CHU de Clermont-Ferrand.....	29
b)	Des structures de proximité dans les territoires de santé : les unités médico-judiciaires	31
B)	Le projet auvergnat s'inscrit dans une logique interdisciplinaire	32
a)	Un partenariat étroit avec l'ensemble des services hospitaliers.....	32
b)	Une collaboration indispensable avec les services médico-scientifiques	33
2.1.2	Le décloisonnement des services publics.....	34
A)	Le fonctionnement en réseau au niveau régional.....	34
a)	Faire de l'Auvergne une région-pilote	34
b)	Un mode d'organisation appelé à se généraliser.....	35
B)	La coopération entre services publics	36
a)	Le défi de la coopération Justice Santé.....	36
b)	Le défi de l'ouverture sur les autres services publics	38

2.2 LE DÉPASSEMENT DES PROBLÈMES DE FINANCEMENT PAR UN ENCADREMENT DE LA MÉDECINE LÉGALE AU NIVEAU NATIONAL.....39

2.2.1	Une situation financière qui ne permet plus de donner suite au projet auvergnat.....	39
A)	Des difficultés structurelles amplifiées par de récentes décisions nationales.....	39
a)	Le problème des honoraires de Justice.....	39
b)	Les limites de la prévision d'activité.....	40
c)	La fin annoncée des conventions Justice-Santé.....	41
d)	La non reconnaissance de la Médecine légale dans les MIGAC	43
B)	Une remise en cause du financement du projet auvergnat qui a conduit à sa suspension.....	44
a)	La perspective de déficits d'exploitation conséquents	44
b)	Un projet suspendu alors qu'il entrait dans sa phase finale	44
2.2.2	Un blocage qui ne peut être résolu qu'au niveau national.....	45
A)	La nécessité de doter la Médecine légale d'un statut.....	45
a)	Un encadrement législatif et réglementaire des activités de Médecine légale	45
b)	L'engagement de la classe politique, condition du renouveau de la Médecine légale.....	47
B)	Une évolution indispensable dans le contexte européen.....	48
a)	L'Europe de la Médecine légale : entre unité et diversité.....	48
b)	Les atouts français	49

CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ADAVIP	Association D'aide Aux Victimes d'Infractions Pénales
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAUVA	Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Agressions
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DACG	Direction des Affaires Criminelles et des Grâces
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
ENM	École Nationale de la Magistrature
G6	Groupe des six principaux établissements de la région Auvergne
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INAVEM	Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ITT	Incapacité Temporaire Totale de travail
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finance
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NHE	Nouvel Hôpital Estaing
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
T2A	Tarifification À l'Activité
TGI	Tribunal de Grande Instance
TPG	Trésorier Payeur Général
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UNPS	Union Nationale pour la Prévention du Suicide

INTRODUCTION

Le terme « Médecine légale » a été introduit dans la littérature médicale au XVIème siècle par Paola Zacchias, médecin à la cour pontificale, auteur d'un ouvrage intitulé *Questions de Médecine légale*, synthèse des premières réflexions et pratiques à l'origine de la discipline. En France, à cette époque, un personnage célèbre était consulté comme médecin légiste, le Docteur Franciscus Rabelaesus (François Rabelais). Il faudra cependant attendre le XIXème siècle pour que naisse véritablement la Médecine légale, en France, avant de servir de modèle à plusieurs pays européens aujourd'hui cités en référence. La naissance de la discipline est largement le produit du renouveau intellectuel du XVIIIème siècle, qui s'est traduit dans le domaine judiciaire par une nouvelle approche de la vérité en matière pénale, préférant la preuve scientifique aux aveux forcés. La médecine prenait toute son importance dans la recherche de la vérité, l'enseignement universitaire de la discipline se développait : c'était le temps des grands noms de la Médecine légale, comme Orfila à Paris, ou Lacassagne à Lyon.

Deux cents ans plus tard, la Médecine légale française est bien en retard par rapport à ses voisins et anciens élèves européens. Dans son intervention au colloque Justice-Santé organisé à la Cour d'appel de Riom le 30 avril 2004, Michel Penneau, professeur de Médecine légale au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers, et président de la Société française de Médecine légale et de Criminologie, déclarait « pour être synthétique, au risque d'être schématique, on pourrait dire que la France dispose des méthodes et techniques d'une Médecine légale moderne qui s'exerce dans un cadre qui date du XIXème siècle. »¹

La naissance des CHU a profondément marqué la Médecine légale. Historiquement exercée dans des Instituts dirigés par des praticiens qui trouvaient prospérité et notoriété dans leur double activité d'enseignement et d'expertise, la Médecine légale était largement enracinée dans le monde universitaire, mais coupée du monde hospitalier. En créant un lien systématique entre disciplines universitaires et services hospitaliers, la réforme de 1958 plaçait la Médecine légale face à une alternative difficile : rester autonome, et continuer à fonctionner en quasi-autarcie, ou réfléchir aux modalités d'une intégration dans le service public hospitalier. Cette dernière approche,

¹ PENNEAU M. «La Médecine légale entre l'institut et l'hôpital : diagnostic et perspectives ». *Colloque Justice-Santé*, 30 avril 2004

novatrice et visionnaire, était développée par une poignée de médecins légistes, réunis notamment autour du Professeur Louis Roche à Lyon. Ce dernier était convaincu de la nécessité et de l'opportunité de jeter un pont entre la thanatologie, médecine des morts, et la prise en charge des victimes de violence, médecine des vivants.

En dépassant le cadre historique de l'analyse des causes de la mort, et en s'engageant sur la voie plus large de la médecine des violences, le Professeur Roche ouvrait de nouvelles perspectives à la Médecine légale. Ses réflexions et leurs premières mises en œuvre ont permis de casser l'image traditionnelle de la discipline et de la transformer, pour la majeure partie de ses activités, en science du vivant.

Cette nouvelle orientation de la Médecine légale n'a pas réglé la question de son statut et a renforcé, au contraire, son caractère hybride, entre Santé et Justice. Aujourd'hui en effet, la Médecine légale est exercée, en grande majorité, par des médecins hospitaliers, dans des locaux et en s'appuyant sur des plateaux techniques plus ou moins hospitaliers. Les activités sont rémunérées individuellement, sur la base des tarifs des actes ou des expertises, après réquisition des autorités judiciaires. L'Assurance Maladie n'apporte aucun financement direct. Les situations sont très hétérogènes et il est difficile de réaliser un bilan d'exercice de la discipline. « La Médecine légale est une discipline qui permet la mise au service de l'application de la loi – la justice – des connaissances médicales » écrivait en 1975 Louis Roche dans son introduction à son précis de *Médecine légale clinique*². Trente ans plus tard, les modalités de cette mise au service de la Loi des connaissances médicales n'ont toujours pas été clairement définies, et l'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier, que Louis Roche appelait de ses vœux, est globalement restée à l'état de projet.

Cette intégration est pourtant en marche, tant au niveau national qu'en Auvergne. En décembre 2003, Olivier Jardé, professeur de Médecine légale et député de la Somme, a remis au Premier ministre un rapport de synthèse assorti d'une proposition de loi organisant le rattachement de la discipline au service public hospitalier. En Auvergne, le Procureur Général Marc Robert a engagé, dès sa nomination en 2000, en liaison étroite avec les autorités hospitalières et universitaires, un certain nombre d'actions visant à doter la région d'une Médecine légale moderne, de référence et de proximité.

² ROCHE L., DO J-P., DALIGAND L. (coordination) *Médecine légale clinique*. Masson, 1985

La France semble sur le point de mettre fin à cinquante années d'incertitude en matière d'organisation des activités de Médecine légale. Tel est, en tous cas, le constat qui pouvait être fait en 2004 lorsque le sujet de ce mémoire a été choisi, et alors que le Parquet Général organisait le « premier colloque Justice-Santé ». Depuis, le projet auvergnat a rencontré un certain nombre d'obstacles, essentiellement nationaux, confirmant l'intérêt, pour un futur directeur d'hôpital, de s'interroger sur les rapports entre Médecine légale et service public hospitalier.

Le sujet est intéressant à plusieurs niveaux. L'enjeu est d'abord de découvrir une discipline peu connue des décideurs hospitaliers, en se penchant sur son histoire, ses pratiques, et ses perspectives d'évolution. S'agissant d'une activité médicale exercée actuellement en dehors du service public hospitalier, il faut ensuite appréhender si elle a vocation à rejoindre ce service public. Le travail du directeur d'hôpital consiste alors à évaluer les modalités organisationnelles et financières d'une éventuelle intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier, en l'absence de dispositions législatives ou réglementaires allant dans ce sens. L'intérêt d'un mémoire sur le sujet est de montrer à quel point les interactions entre échelon national et échelon local peuvent influencer plus ou moins favorablement sur un projet. Une des étapes cruciales de la réflexion consiste à évaluer les marges de manœuvre du directeur d'hôpital, en l'absence d'orientations nationales claires. Le dernier élément intéressant de ce sujet est qu'il conduit à avoir une réflexion sur les enjeux et les modalités de la coopération entre services publics. Intégrer la Médecine légale dans le service public hospitalier c'est, selon les mots de Marc Robert, lancer un « pont » entre Justice et Santé. Mais l'histoire de la Médecine légale nous renvoie, pour le moment, l'image d'un pont condamné à rester fragile, voire à s'effondrer à chaque tentative de reconstruction.

L'histoire riche, mais confuse, de la Médecine légale fait que le périmètre même de la notion varie selon les régions, les auteurs, les enjeux, etc... Le parti pris de ce mémoire a été d'appréhender la notion de Médecine légale dans son acception la plus commune, à savoir la thanatologie et la victimologie. Dans ces conditions, l'activité des pôles de référence pour la prise en charge des victimes de violences et de maltraitements³ a naturellement été intégrée dans la réflexion, même si ces pôles ne sont que très rarement directement rattachés au service de Médecine légale.

³ Ces pôles ont été créés par la circulaire du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles, complétée par la circulaire du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire du 27 mai 1997.

Ce mémoire s'efforce de rendre compte de la richesse et de la diversité de la Médecine légale, notamment chaque fois que l'amplitude du champ d'activité de la discipline doit être prise en compte par le directeur d'hôpital dans ses réflexions organisationnelles et financières. Il faut cependant rappeler que les quatre principales techniques mises en œuvre en Médecine légale sont :

- l'examen de corps : examen simple, éventuellement complété par des prélèvements ou des examens radiologiques, effectué à distance du lieu et de l'heure du décès ;
- la levée de corps : examen non invasif du défunt sur le site de sa découverte, qui permet le plus souvent d'obtenir des données qui évitent de recourir à l'autopsie ;
- l'autopsie : examen invasif complet du corps, réalisé dans des conditions similaires à une intervention chirurgicale, et assorti d'examens complémentaires (radiologiques, toxicologiques, anatomo-pathologiques) ;
- la consultation de victimologie : examen destiné à évaluer les conséquences médico-psychologiques des violences subies par une victime et à les traduire sous forme d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) ;
- l'examen des personnes placées en garde à vue : examen destiné à apprécier la compatibilité de l'état de santé de la personne avec son maintien en garde à vue.

Cette étude est le fruit d'une expérience professionnelle de plusieurs mois, au Centre hospitalier de Vichy et au CHU de Clermont-Ferrand. Mémoire de directeur d'hôpital portant sur un sujet médical, ce travail ne pouvait être réalisé qu'en étroite relation avec les Directions des deux centres hospitaliers, et les médecins-légistes des deux établissements, le Docteur Pradeau à Vichy, et le Professeur Faict à Clermont-Ferrand. L'enjeu était de s'appuyer sur des données médicales pertinentes, de décrire un certain nombre d'évolutions, sans toutefois sortir du champ professionnel du directeur d'hôpital. Ce positionnement exigeant explique le nombre très limité d'ouvrages cités en référence. L'essentiel de la littérature disponible en Médecine légale est destiné à un public médical. Il n'existe que très peu d'écrits traitant de l'organisation de la discipline, de ses rapports avec les hôpitaux, ou de son financement. Les nombreux rapports publiés sur le sujet depuis plus de trente ans frappent par la convergence de leurs propositions. Il est encore plus difficile de disposer d'informations précises sur la situation dans les autres pays européens.

Ce travail se nourrit donc essentiellement de données hospitalières collectées sur le terrain, et d'entretiens avec les principaux acteurs du projet. L'objectif était de présenter un état le plus exhaustif possible des rapports entre Médecine légale et service public

hospitalier en Auvergne, et de bien comprendre la manière dont les acteurs locaux pouvaient se positionner dans un contexte national difficile. L'esprit du mémoire professionnel ne se prêtait pas à la réalisation d'entretiens d'envergure nationale, pour appréhender dans le détail les enjeux de la mise en œuvre, ou non, d'une véritable politique en faveur de la Médecine légale. Un seul entretien a donc été réalisé à l'extérieur de l'Auvergne : à Saint-Etienne, avec le Professeur Michel Debout, dans le souci de mieux connaître la discipline.

Après avoir dressé un état des lieux des activités de Médecine légale en milieu hospitalier, en Auvergne et en France, ce mémoire démontre les raisons pour lesquelles la Médecine légale a vocation à s'intégrer dans le service public hospitalier. Le travail consiste ensuite à analyser les enjeux organisationnels et financiers d'une telle évolution, et à mesurer les interactions entre niveau régional et niveau national.

1 LA NÉCESSAIRE ET LÉGITIME INTÉGRATION DE LA MÉDECINE LÉGALE DANS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Actuellement exercée en dehors des hôpitaux, à de rares exceptions près qui s'expliquent par l'histoire et le contexte local, la Médecine légale a vocation à s'intégrer pleinement aux activités hospitalières, qu'il s'agisse des soins, de l'enseignement ou de la recherche.

1.1 UNE ACTIVITÉ QUI NE RELÈVE PAS AUJOURD'HUI DES MISSIONS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

1.1.1 La Médecine légale auvergnate : des activités exercées en marge des hôpitaux

A) Le CHU de Clermont-Ferrand : deux sites, deux statuts différents

a) *Le Service de Médecine légale*

L'histoire de la Médecine légale clermontoise est particulièrement mouvementée. Pionnière au XIX^{ème} siècle, puisque la deuxième chaire de Médecine légale de France était créée en 1809 à Clermont-Ferrand, la Médecine légale a connu, tout au long du XX^{ème} siècle, une série de hauts et de bas qui l'ont finalement laissée, en 2000, selon l'expression de Marc Robert, nommé Procureur Général à cette date, en état de « mort clinique »⁴.

La Médecine légale du vivant s'exerçait alors hors de tout cadre formalisé, et la prise en charge des victimes dépendait de la formation et de la compétence des intervenants. La situation la moins satisfaisante concernait la thanatologie où l'activité

⁴ ROBERT M. *La Médecine légale en Auvergne et les attentes de l'autorité judiciaire*. Cour d'appel de Riom, Parquet Général, 2002

avait complètement disparu, laissant la salle d'autopsie de la Faculté de médecine en état de quasi abandon. Les autorités judiciaires avaient recours aux Instituts des autres régions, soit Saint-Etienne le plus souvent, Bordeaux ou Limoges parfois. Côté universitaire, il n'y avait plus d'enseignement de Médecine légale à la Faculté de médecine, et la discipline était juste rattachée au service de médecine du Travail du Professeur Petit.

Cette situation n'était ni satisfaisante pour les autorités judiciaires, qui ne pouvaient s'appuyer sur un réseau local de médecins légistes compétents et disponibles, ni pour la Faculté de médecine, qui se trouvait privée d'une discipline importante, ni pour l'hôpital, dont la qualité de la prise en charge des victimes de violences se trouvait affaiblie. L'initiative du renouveau de la Médecine légale clermontoise, dans une perspective régionale, est venue du nouveau Procureur Général pour lequel l'absence de Médecine légale n'était pas compatible avec la politique pénale qu'il souhaitait mettre en œuvre. Ce travail était facilité par le fait que Marc Robert avait déjà contribué, dans ses précédentes fonctions locales et nationales, à la mise en place d'un certain nombre de dispositifs favorables à la Médecine légale.

La première étape a consisté en un rapprochement avec la Faculté de médecine qui a abouti à la signature d'une convention Justice-Université dans laquelle la Justice s'engageait à participer financièrement au fonctionnement de la salle d'autopsie, en contrepartie d'une remise en état des locaux et du recrutement d'un médecin légiste. Ne disposant pas de poste de professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH) pour la Médecine légale, la Direction du CHU et le Doyen de la Faculté de médecine ont dû intervenir auprès des ministères de l'Education nationale et de la Santé pour trouver une solution. L'association d'un poste de maître de conférence des universités (MCU) avec un poste de praticien hospitalier (PH) a débouché sur le recrutement du Docteur Faict, formé à Saint-Etienne auprès du Professeur Debout. Le travail de Thierry Faict a permis la constitution d'une équipe de médecins légistes, composée aujourd'hui d'un chef de clinique, d'un PH contractuel, et de deux internes. Le service fonctionne également grâce à l'intervention de plusieurs médecins attachés qui contribuent, par des vacations, aux activités de Médecine légale du vivant ou de thanatologie.

Depuis 2000, une activité de Médecine légale existe donc à nouveau à Clermont-Ferrand. Il s'agit d'une activité exclusivement exercée au sein de la Faculté de médecine pour la thanatologie. Côté hospitalier, il existe depuis 1986 une unité de victimologie rattachée au service des Urgences, dont le fonctionnement est assuré, en partie, par des médecins travaillant avec Thierry Faict. La pratique de la Médecine légale s'accompagne

d'une importante activité d'enseignement, renforcée depuis la nomination, en 2004, du Docteur Faict comme PU-PH. La situation reste cependant fragile puisque le service ne dispose pas de locaux adaptés, tant en termes de surfaces que d'équipements : la salle d'autopsie, même rénovée, ne répond pas aux exigences d'une Médecine légale moderne et de qualité. La situation budgétaire reste tendue puisque le financement se limite à un budget d'enseignement de 1600 €, et à la prise en charge des consommables nécessaires aux autopsies

b) Le Pôle régional de prise en charge des violences sexuelles et des maltraitances

Les enfants et les femmes victimes de violences sexuelles sont pris en charge à l'Hôtel-Dieu, site accueillant historiquement les services de Pédiatrie et de Gynécologie. L'absence de regroupement avec les autres activités de Médecine légale s'explique par la spécificité de ce type d'accueil, plus particulièrement pour les enfants.

Jusqu'en 2001, cette prise en charge n'était pas particulièrement formalisée et s'intégrait dans les activités des services. Suite à la circulaire du ministère de la Santé du 27 mai 1997 relative au « dispositif d'accueil et de prise en charge des victimes de violences sexuelles », confiant le soin aux directeurs d'ARH et aux Préfets de région d'organiser « un pôle de référence » destiné à jouer, « en liaison avec le service de médecine légale, un rôle de mise en cohérence dans l'accueil de cette catégorie particulière de victimes, en liaison avec les services d'urgence, les services de gynécologie-obstétrique et les services de pédiatrie », ce pôle a été officiellement créé en 2001, et placé sous la responsabilité médicale du Docteur Scheyé (Pédiatrie) et du Professeur Jacquetin (Gynécologie).

Une équipe médicale a pu être constituée, et une assistante, Candice Moral-Pétiniot, juriste de formation, a été recrutée pour assurer la coordination des activités avec la Justice et les services sociaux. Le fonctionnement du Pôle se caractérise en effet par des liens très étroits avec la Justice, élément cité par l'ancienne Secrétaire d'Etat aux droits des victimes, Nicole Guedj, lors de sa visite le vendredi 25 juin 2004, comme un point fort du pôle clermontois par rapport à ses homologues régionaux. L'intégration de cette activité dans le service public hospitalier n'a toutefois pu se faire qu'en s'appuyant beaucoup sur les services de l'Hôtel-Dieu, tant pour l'organisation des soins (cadre de santé, auxiliaires puéricultrices) que pour le secrétariat. C'est donc un mode de fonctionnement qui, en recourant largement à la « débrouille hospitalière », selon l'expression du Docteur Scheyé, fragilise à terme la structure.

B) Le dynamisme des hôpitaux périphériques

a) *Le Centre Hospitalier de Vichy*

L'activité de Médecine légale a été exercée pendant longtemps, dans le ressort du Tribunal de Grande Instance (TGI) de Cusset dont dépend l'hôpital de Vichy, par un médecin généraliste, le Docteur Salesse. Cette activité a toujours eu une certaine importance, à tel point que, à la fin des années 1990, lorsque l'Institut médico-légal de Clermont-Ferrand ne fonctionnait plus, certaines autopsies ont été réalisées à la morgue de l'hôpital. Il s'agissait cependant d'une activité strictement libérale, dont le seul lien avec le Centre hospitalier était le service funéraire.

Le Docteur Pradeau, médecin urgentiste, s'est intéressée à la Médecine légale, vécue comme prolongement naturel de son activité d'urgentiste. Après formation et obtention d'une Capacité en Médecine légale en 2003, elle a été nommée experte près de la Cour d'appel de Riom en janvier 2004. Un autre praticien, le Docteur Chéreau, également urgentiste, s'est engagé dans une formation en Médecine légale. Depuis 2004, le Docteur Pradeau est en mesure de répondre 24h / 24h aux réquisitions du Procureur, ce qui l'oblige parfois à intervenir pendant son temps de travail. Dans ce dernier cas, la réponse à la réquisition de la Justice se fait dans d'assez bonnes conditions, grâce à l'accord du chef de service, et malgré les contraintes que cela génère pour l'organisation du service. Au-delà des réquisitions, exercées à titre individuel, le Centre hospitalier de Vichy n'a pas créé de structure d'accueil spécifique. L'hôpital reste toutefois attentif à la façon dont sont prises en charge les victimes. Une convention avec l'Association D'aide Aux Victimes d'Infractions Pénales (ADAVIP) de Vichy a été signée le 15 janvier 1997. Elle prévoit l'organisation d'actions de communication au niveau du service des urgences pour faire connaître l'association, et un accès facilité des bénévoles auprès des victimes.

b) *Le Centre hospitalier de Montluçon*

Le développement d'une activité de Médecine légale au Centre hospitalier de Montluçon est le fruit d'une réflexion menée par deux chirurgiens, les Docteurs Pelletier et Langlois-Zantain, et un médecin urgentiste, le Docteur Gauducheau, qui a bénéficié du soutien de la Direction dès le début du projet. L'objectif est d'ouvrir une unité médico-judiciaire à l'hôpital qui serait en mesure de répondre à l'ensemble des demandes de la

Justice, à l'exception des autopsies. Le fonctionnement de l'unité serait assuré en partenariat étroit avec les médecins de ville, qui interviennent essentiellement aujourd'hui dans le cadre des gardes à vue.

La Direction du Centre hospitalier a saisi l'opportunité d'une reconstruction partielle de l'hôpital pour affecter à la Médecine légale d'anciens locaux de consultation de chirurgie. Quelques travaux de remise en état (peinture, sols, salle d'attente) ont été effectués pour accueillir le public dans les meilleures conditions possibles. Une permanence est assurée 24h / 24h depuis octobre 2004, chaque médecin intervenant hors de son temps de travail. La création de l'unité médico-judiciaire a reçu un avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), et a été approuvée par le Conseil d'administration du 7 octobre 2004. La structure ne fonctionne pour le moment que sur réquisition, y compris pour l'activité de consultation. L'absence de budget spécifique conduit les trois médecins à recourir, en cas de besoin, aux secrétariats des services.

c) Le Centre Hospitalier d'Aurillac

L'histoire de la Médecine légale aurillacoise est relativement proche de celle de Vichy. L'activité de Médecine légale était exercée, à l'origine, par un médecin généraliste, le Docteur Mondy, actuellement attaché à l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). Deux médecins urgentistes, le Docteur Couturier, et le Docteur Philippe, chef de service, se sont intéressés au sujet. Une réflexion a été menée en interne en lien étroit avec le service Social sur la manière d'accueillir les victimes. L'idée était de créer à Aurillac une structure médico-judiciaire, ayant pour correspondants clermontois le Service de Médecine légale et le Pôle de référence de l'Hôtel-Dieu.

Un projet a été élaboré, en liaison avec d'autres services (Gynécologie, Pédiatrie), mais sans véritablement parvenir à créer une dynamique. Des locaux ont été affectés, et sont partagés avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au sein du service des Urgences. Pour pouvoir recenser l'activité réalisée sur réquisition ou suite à un passage à l'accueil des Urgences, une unité fonctionnelle de Médecine légale a été identifiée. Comme à Vichy ou Montluçon, les médecins ont recours au secrétariat du service en cas de besoin, et doivent faire un effort d'organisation en cas d'intervention pendant leur temps de travail. L'objectif reste le même : assurer, autant que possible, une permanence 24h / 24h.

1.1.2 Une situation locale représentative de la réalité nationale

A) Une multitude de situations particulières

a) *La force des initiatives locales*

Il n'existe pas aujourd'hui, en France, de cadre législatif ou réglementaire fixant les modalités de l'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier de manière homogène et rationnelle. Les seuls textes applicables à cette discipline sont ceux qui traitent de l'expertise d'une manière générale. Cette absence s'explique par le fait que la Médecine légale s'est largement construite en dehors des établissements de santé, dans des instituts médico-légaux aux statuts très variables : association, service de la Faculté de médecine, service municipal... Ces différentes structures disposaient souvent de plateaux techniques réduits, tandis que le médecin légiste pouvait transporter avec lui les instruments nécessaires à son art, d'où la pratique d'autopsies « foraines » dans des cimetières ou des cours de ferme.

Ce n'est vraiment qu'après la réforme de 1958, et la nécessité, pour toute discipline universitaire, d'être rattachée à un service hospitalier, que la Médecine légale a commencé à s'intégrer dans le monde hospitalier, sous l'influence de professeurs comme Louis Roche à Lyon. Le projet de Louis Roche était de positionner la Médecine légale à la « porte » des hôpitaux, dans ce qui allait devenir les services d'accueil et de traitement des urgences, pour prendre en charge toutes les personnes en « situation de crise ». Ce positionnement s'explique en partie par le fait que Louis Roche était psychiatre de formation. Il semblait naturel de nouer un lien entre psychiatrie hospitalière et Médecine légale universitaire. Cette position était toutefois loin de faire l'unanimité, à l'image des médecins légistes parisiens qui préféraient rester rattachés à la Préfecture de Police. La question de l'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier ne se pose donc pas dans les mêmes termes selon qu'il s'agit de la région parisienne ou des autres régions. Paris ne sera donc jamais concerné chaque fois qu'il sera fait état dans ce mémoire de propositions d'envergure nationale, à l'image du choix fait par Olivier Jardé dans son rapport.

Dans ce contexte, l'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier, lorsqu'elle a eu lieu, a reposé sur la rencontre au niveau local d'une volonté judiciaire et d'une volonté hospitalière. Les modalités de l'intégration sont éminemment

variables et il existe autant de conventions Justice-Hôpital que de situations particulières. La conséquence est que, lorsque l'une ou l'autre volonté vient à manquer, rien ne se fait ou, pire, ce qui a été fait peut se défaire. A Rennes, par exemple, une organisation performante avait été mise en place au début des années 1980, permettant d'assurer une permanence médico-judiciaire 24h / 24h. Cette astreinte reposait, en partie, sur un financement municipal. Lorsque la Ville a fait le choix de ne plus participer au dispositif, au début des années 1990, il est devenu très difficile de continuer à faire fonctionner le service pour répondre à toutes les demandes venant de la Justice.

Les expériences de Saint-Etienne et de Bordeaux, souvent citées comme des références en matière d'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier, ne font que confirmer l'analyse.

b) L'exemple de Saint Etienne

Le service de Médecine légale du CHU de Saint-Etienne est aujourd'hui dirigé par le Professeur Debout, psychiatre de formation, et élève du Professeur Roche. Après avoir fondé, en 1974, un des premiers services d'urgences psychiatriques, Michel Debout s'est attaché à rapprocher la Médecine légale universitaire de l'hôpital en développant la victimologie clinique, prolongement naturel de son activité de psychiatre. En 1983 a été créée une consultation publique et gratuite d'accueil des victimes. L'ouverture de cette consultation a été facilitée par le mode de financement en vigueur à l'époque, et par l'acceptation par la Direction du principe d'une consultation gratuite. Cet engagement était indispensable à la réussite du projet puisque une consultation médico-judiciaire ne pouvait pas, et ne peut toujours pas, être remboursée par l'Assurance Maladie.

Le service accueille aujourd'hui près de 1000 personnes par an. Une astreinte à laquelle participent le chef de service et cinq autres praticiens a été mise en place pour répondre à l'essentiel des demandes de la Justice sur l'agglomération de Saint-Etienne. Seules les gardes à vues sont encore le plus souvent réalisées par des médecins libéraux. La particularité de ce service, voulue par le Professeur Debout, est le rattachement du service mortuaire hospitalier. L'objectif était de ne pas stigmatiser la mort violente et de réunir toutes les formes de mort en un seul lieu. L'intérêt est également de travailler sur les modalités d'accueil des corps et des familles, en s'appuyant sur une équipe de soignants, et non d'agents des services hospitaliers. Ce projet de service a pu être décliné au plan architectural avec l'aménagement de locaux permettant à ces trois

activités de fonctionner de manière relativement autonome, tout en maintenant un lien constant, cher au Professeur Debout, entre morts et vivants.

Le travail réalisé à Saint-Etienne, qui montre combien la Médecine légale peut être, selon la formule que Michel Debout aime à employer, « la plus vivante des disciplines médicales », témoigne de l'importance des initiatives locales dans le développement de la Médecine légale hospitalière aujourd'hui, en France. L'expérience stéphanoise n'a été possible que grâce à l'engagement personnel d'un Professeur, et au soutien de sa Direction, en partenariat avec la Municipalité et la Justice.

c) *Le cas de Bordeaux*⁵

La Médecine légale bordelaise est très ancienne. L'Institut a été dirigé par des professeurs réputés, ce qui, avec la présence dans la ville de l'École Nationale de la Magistrature (ENM), constituait un terreau favorable au renouveau de la discipline et à son rapprochement avec l'hôpital. L'Institut médico-légal restait toutefois une structure associative, installée dans des locaux municipaux, et animée par des médecins libéraux qui n'entretenaient pas vraiment de liens avec le milieu hospitalo-universitaire.

Le rapprochement entre les autorités judiciaires et le CHU de Bordeaux a permis de concevoir un projet ambitieux pour la Médecine légale bordelaise, qui s'est traduit par la création de trois entités : une unité fonctionnelle de Médecine légale du vivant, une unité fonctionnelle de Médecine légale thanatologique, et un centre d'accueil en urgence des victimes d'agressions (CAUVA).

L'unité fonctionnelle de Médecine légale du vivant est installée au sein du service d'accueil des urgences du site Pellegrin du CHU, et placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, maître de conférence, expert judiciaire en Médecine légale. Elle associe également des médecins légistes libéraux liés par convention à l'hôpital, qui lui reversent une partie des frais de justice au titre de la participation aux frais de fonctionnement. Les objectifs assignés à cette unité comme ses modalités de fonctionnement ont fait l'objet d'une convention Justice-Hôpital en date du 11 avril 1997. La mission de l'unité est d'assurer une permanence, 24h / 24h, pour l'examen des

⁵ Cette partie s'appuie, pour l'essentiel, sur la présentation faite par Marc ROBERT dans son rapport de synthèse sur le sujet. (ROBERT M. *La Médecine légale en Auvergne et les attentes de l'autorité judiciaire*. Cour d'appel de Riom, Parquet Général, 2002).

victimes et auteurs d'infractions lorsqu'elle en est requise par la Justice. Elle n'a compétence que dans le ressort du Parquet de Bordeaux, compte tenu de l'exigence de proximité qui caractérise ce type de consultations.

L'unité de Médecine légale thanatologique a été installée au dépositaire du CHU, et placée sous la responsabilité du même praticien, en associant également les médecins-légistes experts exerçant en libéral. Par convention Justice-Hôpital du 18 février 1999, cette unité s'est vue transférer toutes les activités de l'Institut régional de Médecine légale, et fixer comme objectif de tenir une permanence 24h / 24h pour répondre à toutes les réquisitions de la Justice en termes de levées de corps, examens externes, constats de décès, autopsies et prélèvements aux fins d'analyse complémentaire.

Le CAUVA a été placé sous la même responsabilité, mais bénéficie en plus du concours à temps plein ou à temps partiel de psychologues, d'assistantes sociales, et d'une secrétaire mise à disposition par l'hôpital. Son objet et ses modalités de fonctionnement ont été fixés par une convention Justice / Hôpital / Associations habilitées par la Justice pour l'aide aux victimes / Police / Gendarmerie, en date du 30 novembre 1999. Cette unité est chargée d'accueillir et d'informer, tout en leur apportant l'aide d'urgence nécessitée par leur état, toutes les victimes d'infractions qui se présentent spontanément, celles qui sont déjà hospitalisées et orientées par les autres services, ou encore celles qui sont adressées par la Justice aux fins notamment d'expertise. Outre sa fonction d'accueil, la structure a pour mission d'orienter les victimes vers les associations qui tiennent également des permanences au sein du service, et vers les structures médicales et sociales utiles. Elle doit enfin fournir des prestations de conseil, d'information et de formation aux professionnels de la santé sur l'intervention auprès des victimes. Au-delà des victimes directes, elle est appelée à fournir aide et assistance aux proches des victimes, notamment à l'occasion des expertises thanatologiques.

L'originalité du CAUVA tient dans la simplification, dans le temps comme dans l'espace, des démarches imposées aux victimes, en prévoyant, pour les victimes gravement traumatisées, un recueil sur place de leurs plaintes par les services d'enquête, qui se déplacent à cette fin. Les autres victimes reçoivent, avant leur sortie de l'hôpital, une convocation précise aux fins d'audition. Cette qualité de prise en charge est le fruit de la coopération entre tous les partenaires concernés, particulièrement le CHU et le Parquet Général. Il est d'ailleurs intéressant de noter, pour mettre en perspective les projets auvergnats, que Marc Robert était alors Procureur Général près la Cour d'appel de Bordeaux. Cela confirme, en l'état actuel de l'organisation de la Médecine légale en France, l'importance des initiatives locales.

d) Le « casse-tête »⁶ du bilan des structures existantes

Les structures existantes en Médecine légale sont le fruit des multiples tentatives nationales ou locales pour redonner ses lettres de noblesse à la discipline. L'intégration de la Médecine légale au tissu hospitalier est en marche depuis plus de 30 ans. Loin d'apporter la cohérence d'ensemble manquant à la discipline, les préconisations du Groupe interministériel de Médecine légale créé en 1974, le schéma directeur mis au point par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (DACG) en 1992, les travaux du Conseil supérieur de Médecine légale et les circulaires de la fin des années 1990, n'ont fait que renforcer la confusion qui règne dans ce secteur. Dans ces conditions, « toute tentative d'obtenir une mesure exacte de l'activité médico-légale française est vouée à l'échec »⁷.

Les autorités judiciaires, que ce soit au niveau central ou dans les juridictions, ne disposent pas d'outils statistiques qui seraient adaptés à la comptabilisation des actes de Médecine légale. Les médecins légistes en disposent pour leur propre activité, ce qui leur permet d'être rémunéré par les autorités judiciaires, mais la dispersion de leur exercice interdit toute totalisation fiable. Les seules indications dont on peut disposer reposent sur des déclarations à l'occasion d'enquêtes ponctuelles, réalisées par la DACG, la DHOS ou, en 2005, par l'IGAS.

La situation actuelle se caractérise par une absence totale de lisibilité. Il est souvent impossible de faire le partage entre les structures de fait et les structures institutionnellement reconnues et, parmi celles-ci, entre les structures fantomatiques et celles qui fonctionnent réellement. La difficulté est accrue par une très grande confusion dans la terminologie. Le terme « Institut médico-légal », employé couramment, recouvre tantôt des instituts universitaires, tantôt des structures associatives de droit privé, ou associant partenaires publics et privés, tantôt des structures sans aucune réalité et personnalité juridique. Les termes de service, unité, consultation « médico-judiciaire », largement utilisés depuis les circulaires de la fin des années 1990 ne préjugent en rien de la réalité car il s'agit souvent de structures créées *de facto* au sein d'un service d'urgences, de pédiatrie ou de gynécologie, sans participation de médecins légistes, et

⁶ PENNEAU M. « La Médecine légale entre l'institut et l'hôpital : diagnostic et perspectives ». *Colloque Justice-Santé*, 30 avril 2004

⁷ JARDÉ O. *Rapport au Premier ministre sur la Médecine légale*, décembre 2003

sans modification significative de l'activité par rapport à ce qui existait avant leur création. En Auvergne par exemple, les termes Institut médico-légal, Service régional de Médecine légale, Unité médico-judiciaire sont couramment employés alors qu'aucune de ces structures n'existe formellement.

D'après le rapport d'Olivier Jardé, il n'existerait actuellement que 8 structures hospitalières de Médecine légale véritablement et officiellement autonomes, constituées sous forme de services, et toutes situées en CHU : Bordeaux, Lille, Marseille, Montpellier, Nice, Strasbourg, Toulouse, Rennes. Il est intéressant de noter que cette liste n'intègre pas, entre autres, les cas des CHU de Saint-Etienne, présenté précédemment, ou d'Angers, dont l'expérience sera relatée dans la seconde partie. Ces deux omissions témoignent de la difficulté du travail de bilan des structures existantes, même réalisé par un groupe de travail d'envergure nationale.

L'analyse n'est guère plus satisfaisante en ce qui concerne le métier de médecin légiste. Nul ne peut dire aujourd'hui quel est le nombre de médecins légistes qui exercent effectivement cette discipline en France. Les chiffres qui peuvent être fournis, soit par le Conseil national de l'ordre des médecins, soit à partir des listes d'experts judiciaires ne sont en pratique d'aucune utilité pour quatre raisons :

- de nombreux médecins qui se sont vus reconnaître la qualification dans cette discipline par les instances ordinales ne l'ont en pratique jamais exercée ;
- beaucoup des experts inscrits en cette qualité sur les listes judiciaires n'ont plus aucune pratique de la discipline sous son aspect pénal, refusant les missions qui en relèvent, et ne conservant qu'une activité d'expertise civile, voire privée pour le compte de compagnies d'assurances ;
- beaucoup de médecins légistes qui permettent le fonctionnement des équipes existantes n'ont pas obtenu leur inscription sur les listes d'experts judiciaires ;
- des praticiens qui exercent quotidiennement la Médecine légale peuvent n'avoir jamais obtenu la reconnaissance de cette qualification.

En partant des différentes enquêtes effectuées, on peut néanmoins estimer que le nombre des médecins qui exercent effectivement dans la discipline est de l'ordre de 250. Il faut noter également une augmentation importante des effectifs hospitalo-universitaires de la discipline sur les vingt dernières années.

B) Une très grande hétérogénéité des pratiques

a) *Le constat général*

Le constat présenté dans le rapport Jardé est que « actuellement, ni les conditions d'accueil des personnes, ni la disponibilité d'une permanence médico-légale, ni même la qualité scientifique des constatations, ne sont uniformément garanties sur le territoire national ».

L'activité de Médecine légale se caractérise par une absence quasi-générale de coordination et d'harmonisation des pratiques, que ce soit dans le ressort des cours d'appel ou dans le cadre des régions sanitaires, pour la thanatologie ou pour la médecine légale clinique. Tout se passe comme si chacun des cent soixante-dix TGI mettait en œuvre ses propres stratégies, faisant appel aux experts ou aux structures de son choix, quand ce choix existe, ou palliant l'absence de structure par des moyens de fortune. Au niveau des médecins légistes, cela se traduit par un manque fréquent de communication et de coopération entre les praticiens, ce qui pose de réels problèmes en termes de formation permanente et de mise à jour des connaissances.

b) *La thanatologie*

L'hétérogénéité des pratiques se vérifie particulièrement en matière d'autopsies. On peut estimer à 5 000 le nombre d'autopsies réalisées chaque année en France, hors Paris et départements et territoires d'outre-mer. Sur ces 5 000, 4 000 sont faites dans des CHU. Le millier d'autopsies réalisé en dehors, en centre hospitalier ou non (funérarium privé par exemple), connaît une très grande dispersion : 82 lieux d'autopsies ont été recensés par le groupe de travail coordonné par le Professeur Jardé ; sur ces 82 centres, 36 effectueraient moins de 30 autopsies par an, dont 15 moins de 20, et 14 moins de 10. Ces chiffres ne sont pas compatibles avec la qualité attendue au plan de la compétence technique, la pratique de l'autopsie nécessitant aujourd'hui un plateau technique, radiologique, biologique, anatomo-pathologique, et toxicologique performant, et avec les impératifs de sécurité sanitaire en matière de traitement des déchets et des effluents.

La levée de corps sur les lieux de découverte du cadavre constitue une bonne illustration. C'est un acte capital, puisque c'est en fonction des constatations opérées conjointement par les enquêteurs et par le médecin légiste que pourra être prise la

décision de clore d'emblée l'affaire ou d'entreprendre des investigations qui pourront conduire, par exemple, à la réalisation d'une autopsie. Paradoxalement, plus l'évidence est grande d'une mort naturelle ou d'une mort accidentelle ou suicidaire, plus la présence d'un spécialiste de Médecine légale est utile, car l'évidence peut cacher bien des pièges que le non spécialiste n'est pas préparé à affronter. Le déplacement d'un médecin légiste sur le lieu de découverte d'un cadavre dont la mort pourrait avoir une cause non naturelle n'est que très rarement systématique. Seuls quatre ou cinq centres, selon le rapport Jardé, sont en mesure de répondre à cette exigence, rappelée par une recommandation du Comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale⁸. Dans les autres cas, ce n'est que pour les morts criminelles évidentes qu'une véritable levée de corps, impliquant la présence d'un médecin légiste, est effectuée : les autres examens de corps sont réalisés par des structures du type SOS-médecin ou par des médecins généralistes proches du lieu de découverte. Or les difficultés surgissent souvent en l'absence du spécialiste. La méthodologie de la description précise des blessures n'est guère familière aux non spécialistes, et requiert un temps suffisant que ces derniers ne peuvent pas toujours consacrer. Le fonctionnement de la Justice peut s'en trouver ralenti, le parquet ou le juge d'instruction n'ayant parfois pas d'autre ressource que de faire réaliser un nouvel examen par un spécialiste.

c) *La médecine légale clinique*

La médecine légale clinique a connu un considérable développement ces dernières années. Force est cependant de reconnaître que l'hétérogénéité des pratiques et des structures y est aussi grande que pour les autres aspects plus traditionnels de la discipline.

Parmi les responsables des CHU auditionnés par le groupe de travail réuni par le Professeur Jardé, 19 font état d'une activité plus ou moins structurée de Médecine légale clinique. Il faudrait ajouter à ce chiffre une quinzaine d'autres structures dans les établissements environnants, soit un total de 34 structures, inférieur aux 51 récemment recensées par la DACG.

⁸ Conseil de l'Europe, Comité des ministres. *Recommandation n° R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale*, 2 février 1999

Pour ce qui est de la nature des actes réalisés, la diversité des situations est grande. Seulement six centres assurent tout à la fois la constatation chez les personnes victimes d'infractions et les examens chez les personnes gardées à vue. Le plus souvent cependant, ces examens sont faits par des médecins généralistes ou par des structures du type SOS-médecin.

Pour ce qui concerne la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles et des enfants victimes de violences, la collaboration entre gynécologues, pédiatres et médecins légistes paraît encore très marginale. Les circulaires qui tendaient à organiser ces collaborations sont restées sans grand effet, les prises en charge continuant à se faire comme par le passé selon des modalités imprécises qui dépendent des histoires locales.

1.2 UNE ACTIVITÉ QUI A VOCATION A ÊTRE INTÉGRÉE DANS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

1.2.1 Une intégration cohérente avec les missions des hôpitaux

A) Une activité de santé publique

a) *L'accueil des victimes 24h / 24h*

L'article L. 6112-2 du Code de la santé publique dispose que les établissements assurant le service public hospitalier «sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, [qu'ils] doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement [assurant le service public hospitalier] ». L'article R. 712-65 de ce même code prévoit qu'un « service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection, 24h / 24h, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgences vitales ».

L'hôpital, doté ou non d'un service d'urgence, est le lieu d'accueil privilégié pour toutes les personnes en situation de souffrance. Même si la mission d'accueil et d'orientation des victimes d'infractions pénales ne figure pas aujourd'hui explicitement

dans les missions des établissements de santé, c'est aux services d'urgences, ou aux services de spécialité, que les victimes s'adressent aujourd'hui. Dans une logique de qualité de la prise en charge, il serait de l'intérêt de ces victimes qu'elles puissent également trouver à l'hôpital les compétences nécessaires en matière de constatations médico-légales. Actuellement, comme l'écrivent G. Lopez et S. Bornstein⁹, « les internes des hôpitaux (de garde aux Urgences) n'ont souvent que de piètres connaissances médico-légales, et privilégient les soins au détriment du certificat, souvent bâclé », tandis que les médecins du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) « privilégient naturellement les actes techniques, parfois salvateurs ». Ces deux exemples montrent toute l'importance pour les hôpitaux de disposer d'un personnel spécialisé dans la prise en charge médico-légale pour que cette dernière puisse intervenir dans un second temps, dès que besoin, et dans les meilleures conditions possibles.

En prévoyant d'améliorer leur prise en charge, la circulaire du ministère de la Santé 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, a reconnu le rôle clé de l'hôpital dans ce type de prise en charge. La circulaire souligne l'importance de la réalisation des constatations, des actes de prélèvements nécessaires à la constitution d'un dossier médico-légal, et de l'accompagnement psychologique des victimes et de leurs familles. Sur un plan matériel, et dans un souci de confidentialité, la circulaire invitait les établissements à réserver une pièce à cette activité.

b) L'existence d'un besoin

La fonction de l'hôpital est d'apporter une réponse à des problèmes de santé publique. La réponse hospitalière doit bien sûr être proportionnée à l'ampleur du besoin, c'est tout le sens de la planification sanitaire. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) d'Auvergne a d'ailleurs choisi d'intégrer la Médecine légale et la Victimologie dans les thématiques complémentaires du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération.

La réflexion sur la légitimité de l'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier implique donc d'examiner l'activité existante et l'activité potentielle.

⁹ LOPEZ G., BORNSTEIN S. *Victimologie clinique*. Maloine, 1995

L'activité de l'équipe de Médecine légale constituée au sein de la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand est évaluée, pour 2004, à :

200	autopsies ;
150	levées de corps ;
100	examens de corps ;
200	consultations ITT ;
1500	consultations ;
50	gardes-à-vue.

En 2004, le pôle régional de référence pour les violences sexuelles et les maltraitances a effectué 895 consultations, pour 340 victimes. Ce chiffre reste apparemment en deçà des possibilités du service au vu de la demande croissante de consultations requises ou spontanées auxquelles le service ne peut pas toujours répondre aujourd'hui.

A Vichy, le Docteur Pradeau a réalisé, en 2004, 56 actes (examens de corps, levées de corps, autopsies, examens médicaux), dont 95 % sur réquisition des Parquets de Cusset et Moulins. En 2005, le chiffre est porté à 60 pour le seul premier semestre.

S'il est relativement aisé de mesurer l'activité existante, puisqu'il suffit de se référer aux rapports d'activité des médecins légistes, l'exercice devient beaucoup plus difficile lorsqu'il s'agit d'estimer le potentiel d'activité en Médecine légale tant les sources sont multiples : associations de victimes, passages aux Urgences, statistiques des autorités judiciaires, activité des autres services hospitaliers, etc... D'après les chiffres communiqués par l'ADAVIP de Vichy et de Moulins, 1006 personnes victimes d'infractions pénales ont été suivies par l'association en 2004, soit 558 à Vichy, et 448 à Moulins. Parmi ces 1006 victimes, 152 personnes sur le site de Vichy, et 126 sur le site de Moulins, peuvent être qualifiées de victimes gravement traumatisées, c'est-à-dire victimes de viol, d'agression sexuelle, de meurtre, ou d'accident grave de la circulation. Ce chiffre est en augmentation de 10,31 % par rapport à 2003.

Les données fournies par l'ADAVIP ne permettent pas de savoir si ces victimes sont passées, ou non, aux urgences. L'absence de protocole spécifique applicable à la prise en charge des victimes, et de codification des actes pratiqués, ne permet pas de repérer les victimes à partir des personnes admises au service des Urgences. D'après une étude réalisée par le Docteur Pradeau, en liaison avec le personnel du service, deux

à trois victimes d'infractions pénales se présenteraient chaque jour aux Urgences, soit un chiffre annuel situé entre 700 et 1100. Ce chiffre représente entre 2 et 3 % des 35 000 passages annuels. Par extrapolation, il est possible de dire que le besoin serait le même pour Montluçon et Moulins où le nombre de passages aux Urgences est quasiment identique.

Il faut ajouter à ces estimations les statistiques communiquées par le Parquet de Cusset, dans le ressort duquel se situe le Centre hospitalier de Vichy. Les services de Gendarmerie dépendant du tribunal de grande instance ont eu, en 2004, quelques 200 demandes d'intervention pour examen médical, sachant que les chiffres des services de Police seraient équivalents. S'agissant de demandes qui n'ont pas été remplies par un médecin légiste, et additionnés aux calculs précédents, ces chiffres témoignent de la réalité du besoin auquel l'hôpital doit répondre.

Les enquêtes réalisées au CHU de Bordeaux après la mise en place du CAUVA confirment l'existence d'un véritable besoin de prise en charge hospitalière des violences. Après un an de fonctionnement, 50 % des victimes accueillies au CAUVA venaient des services hospitaliers, tandis que 24 % d'entre elles étaient adressées par la Justice, 13 % se présentaient de façon spontanée, et 13 % venaient de services extérieurs. Cette enquête montre que, même en présence d'une structure médico-légale dédiée, les services de l'hôpital restent le premier lieu d'accueil des victimes de violences et de maltraitements.

c) Une discipline médicale à part entière

L'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier se justifie également par le fait qu'il s'agit d'abord d'une discipline médicale, même si l'appellation « Médecine légale » ne rend pas suffisamment compte de la réalité de la matière, telle qu'elle a évolué au cours de la deuxième moitié du XXème siècle. Les mots « légal » ou « légiste » renvoient à la partie théorique et juridique de la discipline, très proche du droit médical et du droit hospitalier. Mais ils masquent le fait qu'il s'agit d'abord d'une médecine clinique des vivants et des morts, où la mission du médecin est, pour les premiers, de « mettre des mots sur les maux », selon l'expression de Michel Debout, et pour les seconds, de se conformer à l'article 2 du Code de déontologie médicale qui dispose que « le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ». Le terme

« Médecine des violences »¹⁰ conviendrait mieux, car il mettrait l'accent sur ce qui constitue aujourd'hui le cœur de la discipline : la prise en charge des violences, chez les vivants ou chez les morts.

Dans les deux cas, il s'agit d'une médecine qui ne se limite pas à la dimension physique, mais constate et accompagne le dommage. La prise en charge de l'entourage de la victime vivante ou de la personne autopsiée est toute aussi importante que la prise en charge de la victime ou la réalisation de l'autopsie. La frontière entre Médecine légale et psychiatrie est étroite, comme peut d'ailleurs le montrer la spécialité d'origine d'un certain nombre de médecins légistes, même s'il est important qu'un spécialiste prenne le relais dans un deuxième temps, en cas de besoin.

Si, pour la thanatologie, les techniques et les méthodes ne diffèrent pas de celles mises en œuvre par les chirurgiens, la victimologie implique une organisation et une méthodologie adaptées à la spécificité de cette prise en charge. Dans ce domaine, il est particulièrement indispensable de matérialiser deux temps différents : le soin d'abord, puis l'évaluation du dommage. Un délai de 24h à 48h entre ces deux étapes est indispensable, au risque de passer à côté de l'étendue de l'impact lors de la fixation de l'ITT, ou de s'engager trop rapidement dans une logique judiciaire.

B) Une activité d'intérêt général

L'exigence de bonne justice fait que la sanction pénale doit s'appuyer, autant que possible, sur des éléments matériels objectivables. La police scientifique et technique ne peut à elle seule réunir tous les éléments de preuve. Le regard médical est indispensable. Seul un médecin est en mesure d'analyser avec précision le corps qui lui est soumis, ou d'examiner les personnes qui se présentent en consultation. Lors des levées de corps, comme l'explique le Professeur Faict, les enquêteurs raisonnent de la périphérie (environnement de la victimes, traces...) vers le centre, tandis que le médecin légiste travaille du corps vers son environnement. Ces deux approches, parfaitement complémentaires, permettent de donner aux autorités judiciaires une image fiable ce qui s'est produit.

¹⁰ Sous-titre donné par Michel Debout au manuel de Médecine légale qu'il a publié en 1994. (DEBOUT M., DURIGON M. (direction) *Médecine légale clinique : médecine et violences*. Ellipses, 1994).

Pour ce type d'interventions, le médecin légiste est véritablement un « auxiliaire de Justice », son appartenance hospitalière et la déontologie médicale lui garantissant toute indépendance dans ses jugements. Le médecin légiste exerce donc une mission d'intérêt général plus large que sa mission première de santé publique, mission d'intérêt général qui relève légitimement du service public hospitalier. Le fonctionnement en continu des hôpitaux constitue un argument supplémentaire pour l'intégration de la Médecine légale dans ces structures. La disponibilité du médecin légiste, 24h / 24h, est en effet indispensable pour que dès le début des procédures, dans les premières heures ou dans les premiers jours de l'enquête, les éléments de preuve puissent être rassemblés. Si, pour la victimologie, un temps de consolidation est indispensable pour pouvoir évaluer avec précision l'étendue du dommage, les éléments de preuve sont le plus souvent périssables en thanatologie, ce qui implique une très grande réactivité des services de Médecine légale.

1.2.2 Une intégration cohérente avec les missions d'enseignement et de recherche des CHU

A) Une discipline fondamentale dans la formation des médecins

D'après le travail réalisé par Olivier Jardé, la Médecine légale occupe à nouveau aujourd'hui, à quelques exceptions près, la place qui lui revient dans la formation médicale. Les volumes et le contenu des enseignements dispensés ont connu une évolution relativement favorable depuis les premiers travaux du Groupe interministériel de Médecine légale dans les années 1970. L'introduction d'un enseignement de Droit médical et de Médecine légale dans les programmes des deux premiers cycles du tronc commun des études est désormais une réalité commune à toutes les facultés de médecine, tandis que l'enseignement de la spécialité s'est structuré. Il est dispensé actuellement dans le cadre de collaborations inter-régionales, que ce soit pour le Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) ou pour la Capacité de pratiques médico-judiciaires.

A la rentrée 2005, la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand recense 10 inscrits en première année de la Capacité de pratiques médico-judiciaires, et 7 en deuxième année. La formation se déroule à Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Lyon et Grenoble. Deux Diplômes universitaires (DU), victimologie clinique, éthique et protection de la personne humaine, ont été proposés, mais finalement annulés par manque d'inscrits. L'intérêt des étudiants pour la Médecine légale va cependant croissant à

Clermont-Ferrand, ce qui se traduit d'ailleurs par la présence de deux internes auprès du Professeur Faict en 2004.

L'absence de la Médecine légale dans le service public hospitalier est donc contraire au principe de la bi-appartenance défini par l'ordonnance de 1958. En pratique, cela conduit la discipline à rester à l'écart de la réalité hospitalière, et à ne pas investir autant qu'il serait souhaitable le champ de la Médecine légale du vivant. En outre, tous les médecins légistes soulignent l'intérêt qu'il y aurait à intégrer la Médecine légale dans les programmes de formation des Instituts de formation en soins infirmiers (IFI), compte tenu du rôle très important joué par les infirmières, y compris celles exerçant dans le secteur libéral, dans l'accueil et l'orientation des personnes victimes de violences.

Le développement des enseignements en Médecine légale est indispensable, tant pour pérenniser la discipline en assurant la formation de nouvelles générations de médecins légistes, que pour sensibiliser l'ensemble des futurs médecins au cadre juridique dans lequel ils seront appelés à exercer leur métier. Les médecins, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, sont placés quotidiennement dans des situations qui font appel à des connaissances en Médecine légale (mort violente ou suspecte, traumatisme...) et qui sont de nature à engager leur responsabilité. L'enseignement en Médecine légale a donc toute sa place au niveau de la formation initiale, mais les directeurs des Affaires médicales doivent également veiller à ce que cette discipline figure dans les plans de formation continue médicale et paramédicale. La Médecine légale semble en effet la discipline la plus appropriée pour diffuser les évolutions législatives et jurisprudentielles ayant des conséquences sur l'exercice quotidien des soins.

B) Un fort potentiel en matière de recherche

a) *Les apports de la Médecine légale à la recherche en santé publique*

La recherche dans la discipline n'est encore qu'à l'état embryonnaire, compte tenu de la faiblesse des effectifs des enseignants chercheurs et de l'absence d'intégration hospitalière de la discipline. En effet, la non appartenance de la Médecine légale au service public hospitalier ne lui permet pas de tirer profit des supports administratifs et logistiques mis à disposition des chercheurs dans les CHU. L'autre explication qui peut être donnée du retard de la recherche médico-légale tient à l'éparpillement des observations recueillies, matériau de base pour le chercheur. Le champ de la recherche en Médecine légale est pourtant immense, tant la boucle morts-vivants est riche de

perspectives, et offre aux CHU l'opportunité d'investir des secteurs actuellement relativement délaissés.

Un des premiers champs d'investigation qui s'ouvre au médecin légiste est l'épidémiologie. Plusieurs phénomènes comme l'alcoolémie, les accidents de la route, ou le suicide ne sont actuellement appréhendés que sous un angle essentiellement statistique. Comme l'exprime Michel Debout à propos du suicide, on peut dire que «la parole du suicidant a évacué le corps du suicidé ». Tout un travail reste à faire à partir de l'analyse des corps, des lieux et des conditions de leur découverte, etc... Dans ce domaine comme pour d'autres, le travail doit pouvoir déboucher sur des actions de prévention comme en témoigne l'engagement associatif du Professeur Debout, président de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS). La recherche en Médecine légale constitue ainsi un point de départ à la réalisation d'une mission trop souvent oubliée par les hôpitaux : la mission de prévention.

La recherche contribue également au rayonnement national et international des CHU. Ainsi, le CHU de Bordeaux a obtenu en 2003 le financement par la Commission Européenne de l'action qu'il proposait en réponse à l'appel à projet lancé dans le cadre du programme Daphné, qui vise à soutenir les mesures préventives de lutte contre la violence envers les enfants, les adolescents et les femmes. Le projet consiste à créer un réseau transnational et multidisciplinaire de prévention et de lutte contre la violence en lien avec des partenaires allemands et belges, en promouvant notamment le concept du CAUVA. Le travail a débouché sur l'organisation des premières journées européennes de victimologie à l'automne 2004, à Bordeaux.

b) L'amélioration des techniques mises en oeuvre

Le deuxième grand champ de recherche en Médecine légale porte sur les pratiques et les techniques utilisées. La Médecine légale réinvestit aujourd'hui le secteur de l'identification, en reprenant ses recherches sur la biologie de la mort et la datation des corps, mais surtout en tirant profit des progrès de la biologie moléculaire pour la définition de profils génétiques. L'analyse toxicologique a également considérablement évolué. La résolution des affaires d'empoisonnement n'est plus le seul objet de cette discipline, et les dosages alcooliques, les dosages de stupéfiants occupent une place croissante. Ces deux secteurs montrent à quel point l'activité de Médecine légale, et la recherche dans ce domaine, peuvent jouer un rôle moteur pour le développement des autres disciplines. La présence d'un service de Médecine légale dans un CHU ouvre des perspectives de

projets de recherche menés en commun avec les services de Toxicologie et de Biologie moléculaire. L'expérimentation, par les Professeurs Faict et Debout, de l'autopsie non invasive, par coelioscopie, montre comment les recherches en chirurgie peuvent être profitables pour la Médecine légale. Cette activité a donc toute sa place dans la dynamique de recherche des CHU.

La recherche sur les techniques et les pratiques de la Médecine légale pose toutefois la question de savoir où situer la frontière entre santé et police scientifique et technique. Les hôpitaux ont intérêt à intégrer la Médecine légale et à développer la recherche, mais cela doit rester dans une logique de santé publique et d'amélioration des techniques médicales. Or, la limite n'est pas toujours simple à définir. L'exemple de la criminologie est parfaitement significatif. Il montre à la fois l'immensité des débouchés, facteur d'attractivité pour les étudiants en médecine, et l'ambiguïté de ce type de recherche. La criminologie n'est-elle que le prolongement de la Psychiatrie, et s'inscrit alors dans le cadre d'une réflexion médicale, ou participe-t-elle à une meilleure connaissance du fait pénal, ce qui relèverait alors de la réflexion judiciaire. La réponse à cette question n'existe probablement pas, mais la question souligne l'importance, pour l'Hôpital et la Justice de se rapprocher, et de travailler le plus souvent possible en partenariat.

Les activités d'enseignement et les perspectives ouvertes en matière de recherche confirment donc l'intérêt de sortir de la situation existante et d'intégrer durablement la Médecine légale dans le service public hospitalier. La présence de la Médecine légale contribue à faire des CHU, en partenariat avec les autres centres hospitaliers, des pôles d'excellence. Elle dote également les centres hospitaliers d'une compétence médicale et juridique indispensable pour assurer la prise en charge des victimes, au quotidien comme dans les cas d'afflux massif.

2 ORGANISER ET FINANCER L'INTÉGRATION DURABLE DE LA MÉDECINE LÉGALE DANS LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

L'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier passe par la mise en place de structures régionales, et le développement d'un nouveau type de rapports entre services publics. Aujourd'hui, le principal défi à relever est celui du financement de la Médecine légale, sachant que la solution ne relève plus du dynamisme des autorités locales, mais de la définition d'une politique nationale, en cohérence avec les choix européens en la matière.

2.1 LE CHOIX D'UNE ORGANISATION INNOVANTE ET TRANSVERSALE

2.1.1 La définition d'une organisation conjuguant spécialisation et interdisciplinarité

A) Le projet auvergnat propose deux niveaux de prise en charge

a) *Un centre de référence : le CHU de Clermont-Ferrand*

Le renouveau de la Médecine légale auvergnate passe par la création d'un véritable centre de référence en thanatologie et en victimologie au CHU de Clermont-Ferrand. Compte tenu de l'histoire de la Médecine légale en Auvergne, et malgré les travaux d'adaptation de la salle d'autopsie réalisés par la Faculté de médecine à la suite de la signature de la convention avec le Parquet Général en 2002, la pérennisation de la thanatologie impliquait la réalisation d'importants investissements en locaux et en équipements. Les autopsies se font en effet aujourd'hui dans des conditions peu compatibles avec les normes d'hygiène applicables.

La Faculté de médecine n'était pas en mesure d'investir dans la Médecine légale avant une dizaine d'années. De nombreux travaux de mise en conformité et de restructuration des locaux d'enseignements devront en effet être engagés dans les

prochaines années, alors que le budget alloué à la Faculté équivaut au montant final des travaux : 1,7 M€. Les autorités judiciaires ont donc sollicité le CHU pour le convaincre de prendre en charge cet investissement. C'est au terme d'un véritable « harcèlement institutionnel », selon les mots de Marc Robert, et après l'arrivée d'un nouveau Directeur Général, que le CHU a pris la décision d'affecter au futur service de Médecine légale près de 800 m² au rez-de-chaussée du bâtiment des laboratoires dont la construction était déjà commencée. La part des travaux revenant à la Médecine légale a été estimée à 1,7 M€, tandis que le montant des équipements nécessaires au fonctionnement du service était évalué à 546 000 €

La localisation dans le bâtiment des laboratoires offrira au service de Médecine légale une proximité horizontale (les deux bâtiments sont distants d'une cinquantaine de mètres) avec le service des Urgences, et verticale avec les services de Toxicologie et de Biologie moléculaire. L'affectation de locaux en cours de construction a permis d'engager une réflexion sur leur organisation. Le service se composera de deux salles d'autopsie, de locaux de consultation, et de pièces dédiées à l'accueil des familles, des autorités judiciaires, de la police et de la gendarmerie. Le service de Médecine légale de Clermont-Ferrand disposera ainsi d'infrastructures modernes, et regroupera sur un même site des activités actuellement dispersées entre la Faculté de Médecine et le service des Urgences. Il est prévu de doter ces locaux de moyens de communication performants pour faciliter les échanges avec les unités médico-judiciaires et les services de Médecine légale des autres CHU.

Cette phase matérielle du projet s'est accompagnée d'un accord de principe des instances sur la création d'un service hospitalo-universitaire de Médecine légale au CHU de Clermont-Ferrand. Le 12 avril 2005 une délibération portant création du service a été soumise à la CME. Le règlement intérieur du service reste à rédiger, avant présentation au Comité Technique d'Établissement (CTE), puis délibération du Conseil d'Administration.

Le service de Médecine légale ne pourrait faire référence dans la région sans travailler étroitement avec le Pôle de référence pour les violences sexuelles et les maltraitances. D'un point de vue architectural comme d'un point de vue formel, la situation de cette structure est différente puisque le Pôle est une émanation des services de Pédiatrie et Gynécologie, et exerce son activité dans les locaux de l'Hôtel-Dieu. Le transfert intégral de l'Hôtel-Dieu au Nouvel Hôpital Estaing (NHE) en 2008 a cependant été l'occasion de travailler sur des locaux plus adaptés à la spécificité de la prise en charge pédiatrique. L'examen d'un enfant requiert en effet une méthodologie bien

spécifique, mais surtout des conditions de travail qui favorisent la confession de l'enfant sans aggraver son traumatisme. Le transfert au NHE devrait être l'occasion de confirmer le centre dans sa fonction de pôle de référence, de développer une activité de prévention et de recherche, en partenariat étroit avec le service de Médecine légale.

b) Des structures de proximité dans les territoires de santé : les unités médico-judiciaires

Le projet des autorités judiciaires, hospitalières et universitaires auvergnates est de compléter l'action des deux structures de référence clermontoises par la création d'unités médico-judiciaires dans les cinq autres principaux centres hospitaliers coordinateurs de territoires de santé. La création de ces unités médico-judiciaires est d'autant plus importante que la géographie de la région fait que certains centres hospitaliers, comme Aurillac ou Le Puy-en-Velay sont situés à près de deux heures de Clermont-Ferrand. En raison d'une plus grande proximité géographique avec Saint-Etienne, il par contre été convenu que le TGI du Puy-en-Velay continuera de traiter avec le CHU de Saint-Etienne pour la thanatologie.

La création d'unités médico-judiciaires dans les cinq autres centres hospitaliers de la région appelle des investissements moindres par rapport au CHU. Des travaux sont toutefois à prévoir pour concevoir des locaux qui se différencient des services d'urgences, et créent des conditions propices au dialogue et à la réflexion. L'enjeu est de concilier l'exigence de confidentialité avec la nécessité d'un repérage aisé de la structure par les personnes qui souhaitent se présenter spontanément. A ce titre, le choix du Professeur Debout de rattacher la Médecine légale à la chambre mortuaire gagnerait à être reproduit, au moins sur un plan architectural, chaque fois que cela sera possible. Les locaux que la Direction du Centre hospitalier de Montluçon a choisi d'affecter à l'unité médico-judiciaire, et qui sont les premiers locaux vraiment attribués à une unité médico-judiciaire dans la région, vont déjà dans le sens d'une individualisation architecturale de la structure, puisqu'ils donnent sur une cour intérieure dont l'accès reste discret.

La question architecturale est étroitement liée à la question du service de rattachement. Idéalement, en tant que structures coordinatrices, ces unités ne devraient être rattachées à aucun service et constituer une entité à part entière. L'autre possibilité, est celle retenue par Michel Debout à Saint-Etienne, mais elle n'a jamais été évoquée par les praticiens rencontrés. L'explication tient dans le fait que les médecins exerçant actuellement la Médecine légale sont pour la plupart urgentistes et pensent que, compte

tenu des moyens qu'il est prévu d'affecter aux unités médico-judiciaires, le rattachement le plus pertinent est le service des Urgences. Cette organisation s'inscrit d'ailleurs dans la lignée des choix faits dans d'autres régions lors de la création d'unités médico-judiciaires.

Formellement, l'ouverture des unités médico-judiciaires passe par la création d'une unité fonctionnelle rattachée au service des urgences après avis et délibération des instances. Formalisation juridique et projet architectural devraient permettre de pérenniser la permanence téléphonique 24h / 24h pour les urgences thanatologiques, et surtout de développer une activité de consultations. A Vichy, celles-ci auraient lieu trois fois par semaine selon le projet du Docteur Pradeau, avec l'objectif affiché de pouvoir consacrer plus de temps à l'activité de conseil et d'orientation à l'usage des correspondants, hospitaliers ou non.

B) Le projet auvergnat s'inscrit dans une logique interdisciplinaire

a) *Un partenariat étroit avec l'ensemble des services hospitaliers*

Le projet clermontois, et les trois projets d'unités médico-judiciaires ont une orientation interdisciplinaire claire.

Fruit de l'histoire, l'existence de deux structures de Médecine légale à Clermont-Ferrand n'est pas synonyme de cloisonnement. D'après le Professeur Faict et le Docteur Scheyé, les deux services travaillent déjà de manière très complémentaire, et seraient prêts à engager une réflexion, dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance, sur la création d'un pôle Médico-légal mutualisant les moyens des deux structures.

Au-delà de cette forme un peu particulière d'interdisciplinarité, les services de Médecine légale ont choisi de travailler en partenariat avec les autres services de spécialité. Au Centre hospitalier de Vichy, le Docteur Pradeau travaille ainsi à la rédaction de protocoles avec les services de Gynécologie et de Pédiatrie. Ces deux derniers services sont, avec la Psychiatrie et l'Orthopédie parmi les plus concernés par le sujet. Mais il est indispensable de sensibiliser les autres services à la prise en charge des personnes victimes de violences. Le rôle de la Direction peut être fondamental pour dépasser les réticences de certains praticiens, et inscrire la Médecine légale dans le projet médical de l'établissement.

Il est intéressant de noter que, par circulaire du 13 juillet 2000, le ministère de la Santé a étendu la mission des pôles de référence régionaux à l'accueil et à la prise en charge des mineurs victimes de maltraitements autres que sexuelles, constatant que la réduction du dispositif de prise en charge des mineurs aux seules violences sexuelles comportait un risque majeur de fragmentation des structures d'accueil et d'hyperspécialisation des professionnels de santé sur un type de maltraitance. Cette circulaire appelle à « une politique globale de prise en charge (médicale, psychologique, et sociale) des mineurs victimes de maltraitance » dans un lieu unique. Cela implique une coordination de la prise en charge en amont. La philosophie des consultations de victimologie est la même. Il s'agit d'accueillir les victimes dans un lieu unique, aisément identifiable, et de les orienter vers les spécialistes en cas de besoin, tout en en restant à leur disposition. Le médecin légiste apparaît à la fois comme un spécialiste de la violence et des constatations médico-légales, et comme un généraliste, en ce qu'il ne prend pas en charge le suivi psychiatrique ou physiologique des victimes sur le long terme.

b) Une collaboration indispensable avec les services médico-scientifiques

La Médecine légale est devenue une discipline de haute technicité, renvoyant les expériences d'autopsies foraines aux livres d'histoire, et les « verreries de laboratoire »¹¹ aux musées hospitaliers. Les autopsies ne sont aujourd'hui réalisées dans de bonnes conditions que si les médecins légistes peuvent s'appuyer sur un plateau technique performant. Il n'est pas rare de recourir au scanner ou à une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pour compléter les premières analyses obtenues après autopsie. Parmi les services les plus régulièrement sollicités pour effectuer des examens complémentaires aux autopsies, figurent les laboratoires d'anatomie et cytologie pathologique, et les laboratoires de toxicologie analytique. Les services de biologie moléculaires sont également fréquemment sollicités pour le travail sur les empreintes génétiques.

La disponibilité de ce plateau technique, ou sa proximité géographique, dans le cas d'unités médico-judiciaires situées à moins de deux heures du centre de référence, est naturellement indispensable aux activités de Médecine légale du vivant. Le champ d'investigation retenu dans le cadre de ce mémoire ne permet pas de présenter en détail ces différentes disciplines. L'intérêt est cependant de souligner à quel point le service de Médecine légale ou les unités médico-judiciaires doivent travailler en relation étroite avec

¹¹ PENNEAU M. «La Médecine légale entre l'institut et l'hôpital : diagnostic et perspectives ». *Colloque Justice-Santé*, 30 avril 2004

les autres services. Cette collaboration doit faire l'objet, au minimum, de protocoles. Dans une logique clients-fournisseurs, consécutive à la mise en œuvre de la contractualisation interne et de la gestion par pôle, ces relations pourraient faire l'objet, à terme, de conventions.

2.1.2 Le décloisonnement des services publics

A) Le fonctionnement en réseau au niveau régional

a) *Faire de l'Auvergne une région-pilote*

La principale caractéristique du projet auvergnat est d'avoir été conçu, dès son origine, dans une perspective régionale. Si le projet parvient à son terme, l'organisation mise en place sera unique en France. Toutes les expériences d'intégration réussie de la Médecine légale dans le service public hospitalier se sont en effet limitées à l'agglomération dans laquelle se situait la Cour d'appel. Cette orientation régionale est le fruit de l'expérience du Procureur Général en Aquitaine, où le rayonnement de la structure bordelaise se limitait à l'agglomération. Elle résulte également du choix du Directeur Général du CHU de placer le projet dans un cadre régional, ce qui s'est traduit par l'inscription du dossier à l'ordre du jour des réunions du Groupe des six principaux établissements de la région Auvergne (G6). Elle tient enfin au travail inlassable du Professeur Faict qui a su par ses rencontres sur le terrain convaincre les médecins de s'investir dans la Médecine légale.

Le G6 a donné, en septembre 2004, son accord de principe à la création d'une fédération médicale inter-hospitalière de Médecine légale. L'article 3 du projet de convention (annexe III) stipule que l'objectif de la fédération est « d'intégrer pleinement la Médecine légale dans le service public hospitalier régional (...), de procéder à une harmonisation des pratiques, d'améliorer la formation initiale et continue des médecins, et de mener des actions de recherche, notamment dans le champ de l'épidémiologie ». La coordination des activités est confiée au chef du service de Médecine légale du CHU, assisté d'un Conseil scientifique auquel participeront les responsables médicaux et administratifs de chaque entité.

Les acteurs du Pôle de référence pour les victimes de violences sexuelles et de maltraitements se sont également attachés à la constitution d'un réseau avec les services

de Pédiatrie et les services d'urgences des autres hôpitaux. Tout comme au niveau du CHU, l'objectif est de travailler en complémentarité avec la fédération inter-hospitalière de Médecine légale. Ce réseau a pour objectif de favoriser les échanges d'expériences et de pratiques entre praticiens, et pourrait servir de cadre à des actions de prévention, à l'image des deux séminaires déjà réalisés (« Quelles réponses pour les victimes de violences sexuelles et de maltraitances ? », « Le signalement professionnel »).

Le travail au niveau régional est facilité par le fait qu'il s'agit de construire, ou plus exactement de reconstruire, une discipline médicale. En intervenant dès la naissance, il est plus facile d'amener les différents partenaires à travailler ensemble. Cela tient aussi à la mise en place d'une organisation à deux niveaux. Les médecins des unités médico-judiciaires qui réalisent une levée de corps doivent pouvoir participer, dans le centre de référence, à l'autopsie éventuellement décidée afin de comparer les données des deux examens. Ce travail en équipe contribue à l'harmonisation des pratiques entre médecins légistes.

L'organisation des activités de Médecine légale au niveau régional tient également à la nature de la discipline. Les centres hospitaliers coordinateurs de territoires de santé, comme Vichy, Montluçon, ou Aurillac ne sont pas d'une taille suffisante pour pouvoir exercer l'ensemble des activités de Médecine légale dans des conditions optimales. Pour être réalisées dans de bonnes conditions d'hygiène, et en présence de toutes les compétences techniques requises, les autopsies ne peuvent être pratiquées que dans les centres de référence. De même, les actions d'enseignement et de recherche ne peuvent être menées de manière efficace qu'au niveau régional. Toutes ces raisons ont motivé le choix d'inscrire la Médecine légale auvergnate, dès le départ, dans le cadre d'une fédération médicale inter-hospitalière.

b) Un mode d'organisation appelé à se généraliser

L'organisation des activités de Médecine légale dans un cadre régional constitue la principale proposition du rapport du Professeur Jardé. Les CHU, à l'exception de certains cas où la carte des Cours d'appel ne correspond pas à celle des CHU, ont vocation à jouer le rôle de centres de références, chargés des autopsies, des autres activités de thanatologie, et de la victimologie. En tant que services régionaux de Médecine légale, ils auraient une mission de coordination de l'activité des unités médico-judiciaires de proximité, dont la répartition devrait recouvrir, au minimum, celle des TGI. Il est important de noter que la construction d'un service public hospitalier régional de

Médecine légale n'est pas incompatible avec l'association des médecins libéraux au fonctionnement du service public, comme c'est déjà le cas pour toutes les autres disciplines hospitalières. Cette association est indispensable pour mobiliser toutes les compétences disponibles, et offrir à ces médecins d'intéressantes perspectives de formation continue.

B) La coopération entre services publics

a) *Le défi de la coopération Justice Santé*

Les modes de fonctionnement de ces deux services publics que sont la Justice et la Santé diffèrent fondamentalement. Si l'on se réfère aux grandes notions du droit administratif, la Justice se rattache plutôt à la police et aux prérogatives de puissance publique. Par conséquent, la rencontre entre ces deux services publics n'est souvent que procédurale, et parfois de l'ordre du rapport de force. La qualité des relations entre les deux parties, et leur capacité à servir ensemble l'intérêt général, reste encore très dépendante des personnes. Cette analyse se vérifie pour la Médecine légale. Tous les praticiens rencontrés soulignent la qualité de leurs relations avec la Justice, la Gendarmerie, et la Police. Tous relèvent toutefois que ces bonnes relations sont le fruit de la construction progressive de rapports d'estime et de confiance. Au niveau des projets, le Procureur Général n'hésite pas à souligner l'importance jouée par les responsables hospitaliers et universitaires et dans l'avancée du dossier auvergnat.

Par delà sa dimension humainement encourageante, le caractère personnes-dépendant du rapprochement entre Justice et Santé, témoigne de la fragilité structurelle de la relation entre ces deux services publics. L'enjeu est de sortir de la relation strictement procédurale, marquée par les réquisitions, les enquêtes, etc... pour entrer dans une véritable dynamique de partenariat. Ce défi dépasse la Médecine légale, tant les sujets de préoccupation communs aux hôpitaux et à la Justice ne manquent pas. Par nature, la Médecine légale est cependant une activité dans laquelle il est nécessaire d'organiser durablement la coopération entre les deux services publics. Elle pourrait ensuite servir de modèle pour un travail de coopération plus large.

La formalisation de la relation Justice-Santé en matière de Médecine légale est d'autant plus importante que le risque juridique inhérent à cette activité n'est pas seulement dû, comme pour les autres spécialités médicales, à la façon dont le praticien a exercé son art, mais également à la manière dont il aura interprété le droit applicable.

Cette responsabilité est renforcée par le caractère essentiellement écrit des procédures. L'exemple le plus fréquemment cité par les praticiens est celui du viol. Lorsqu'un médecin constate une absence d'hymen, on peut certes être dans l'hypothèse de l'acte criminel, mais également se situer dans le cas d'un problème strictement médical. L'interprétation des écrits du médecin légiste peut être lourde de conséquences pour la victime, l'inculpé, et le médecin lui-même. Le risque est alors pénal, et pas seulement civil.

La question des signalements est également souvent citée en exemple. Le Professeur Faict mentionne d'ailleurs, au nombre de ses activités, un important travail de conseil auprès de ses confrères sur le sujet. Le Code de déontologie médicale (article 44) impose en effet aux médecins de signaler des faits lorsqu'un mineur est en danger, tandis que le Code pénal (article 226-14) leur permet de le faire en les soustrayant au secret professionnel dont le principe est posé à l'article 226-13 de ce même Code. La décision de signalement est laissée à la libre appréciation du médecin qui évalue au cas par cas les conséquences de son silence ou, au contraire, de son intervention auprès des autorités compétentes. La marge de manœuvre dépend du degré de certitude que le médecin a acquis quant à l'existence de la maltraitance. Le signalement devient en revanche obligatoire en cas de péril imminent, certain et immédiat pour la victime, sous peine de se placer en situation d'infraction de non-assistance à personne en danger (article 223-6 du Code pénal). Le moment à partir duquel le médecin doit déclarer ce qu'il constate est donc souvent délicat à repérer. La situation est rendue plus difficile par le fait que les victimes ne sont pas prêtes à reconnaître ce qu'elles subissent et à porter plainte, et par les conséquences encore plus lourdes pour la personne et son entourage que peut entraîner le déclenchement d'une procédure judiciaire. Seule une réflexion commune Justice-Santé sur ces différentes questions, éventuellement formalisée dans un certain nombre de protocoles ou de guides de bonnes pratiques, est de nature à permettre aux deux services publics d'exercer au mieux leur mission respective.

De nombreux autres sujets, bien que ne relevant pas de la Médecine légale *stricto sensu*, appellent des efforts communs et illustrent la nécessité d'organiser une interface globale et durable entre Justice et Santé : prise en charge des agresseurs sexuels condamnés à l'emprisonnement ou à une peine à exécuter en milieu libre pour prévenir effectivement la récidive (dans le cadre de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des agressions sexuelles), injonctions thérapeutiques pour les toxicomanes dépendants, prise en charge sanitaire des mineurs délinquants connaissant des troubles de comportement, prise en charge sanitaire des condamnés incarcérés dans les établissements pénitentiaires (8 dans la région Auvergne), etc... Cette liste non exhaustive, qui s'ajoute aux perspectives ouvertes dans le champ de la Médecine légale,

montre que Justice et Santé doivent entretenir d'autres relations que des rapports de personnes à personnes, au coup par coup, en fonction des affaires. Directeurs Généraux de CHU et Procureurs Généraux gagneraient à mettre en place, au niveau régional, une vraie stratégie commune. Outre l'opportunité que cela représenterait pour les deux services publics de mieux se connaître, cette démarche transversale serait gagnant – gagnant, puisque les décisions de Justice seraient rendues ou exécutées dans de meilleures conditions, et la prise en charge de problèmes de santé publique réellement effective et coordonnée.

b) Le défi de l'ouverture sur les autres services publics

Pour l'hôpital comme pour l'université, la Médecine légale constitue une formidable opportunité d'ouverture. Pour la Faculté de médecine, cette activité est le vecteur d'une ouverture sur la ville, la société civile, et le monde judiciaire. C'est également une occasion de s'ouvrir sur les autres Facultés, et notamment la Faculté de droit. Lors du colloque de Riom, le Directeur Général du CHU imaginait que la coopération entre Justice et Santé pourrait aboutir à des projets de recherche en droit public, en science administrative, ou en gestion publique. A Montluçon, le Directeur soulignait l'intérêt qu'il pourrait y avoir à organiser, autour de l'unité médico-judiciaire, un partenariat avec l'École de gendarmerie.

La Médecine légale du vivant requiert également une ouverture sur l'ensemble des services sociaux qui interviennent dans le secteur de la prise en charge des violences (Aide sociale à l'enfance, Directions départementales des affaires sanitaires et sociales), et sur le secteur associatif. Les quelques cent - cinquante services d'aide aux victimes qui existent en France, regroupés au sein de l'Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation (INAVEM) jouent un rôle crucial, d'autant plus important que le droit des victimes est aujourd'hui, pour reprendre l'expression de G. Lopez et S. Bornstein, « un immense patchwork de régimes particuliers (accidents du travail, actes de terrorisme, infractions pénales, accidents de la route, transfusion sanguine...) » qui n'obéit à aucune philosophie d'ensemble. Ce travail d'ouverture, potentiellement très enrichissant pour les différents partenaires ne pourra cependant se faire que si la Médecine légale dispose d'un statut hospitalier clair et pérenne.

2.2 LE DÉPASSEMENT DES PROBLÈMES DE FINANCEMENT PAR UN ENCADREMENT DE LA MÉDECINE LÉGALE AU NIVEAU NATIONAL

2.2.1 Une situation financière qui ne permet plus de donner suite au projet auvergnat

A) Des difficultés structurelles amplifiées par de récentes décisions nationales

a) *Le problème des honoraires de Justice*

La nomenclature des frais de justice ne prévoit pas, aujourd'hui, la possibilité de financer les structures de Médecine légale par dotations de fonctionnement. Les différents actes (examen de corps, levée de corps, autopsie, consultation ITT) et les expertises sont indemnisés individuellement, conformément aux dispositions du Code de procédure pénale applicables à l'expertise (articles R. 106 à R. 120-2).

Dès lors que la Médecine légale est intégrée dans le service public hospitalier, les honoraires de justice ont vocation à être payés directement à l'hôpital, ou reversés par les praticiens, selon un pourcentage à définir. Outre le fait qu'il est indispensable pour financer le service public hospitalier, ce système est gage de transparence. La situation actuelle n'est en effet pas satisfaisante. Les différents praticiens qui exercent la Médecine légale utilisent la structure hospitalière dans des proportions qu'il est difficile de mesurer, sont rémunérés personnellement, mais indiquent avoir financé certains de leurs outils de travail sur leurs deniers personnels compte tenu de la faiblesse des honoraires.

Dans le schéma directeur de 1992, les honoraires d'expertise avaient vocation à être versés sur un compte spécial des centres hospitaliers, à charge pour eux d'assurer les frais de fonctionnement des services et de rémunérer les médecins légistes, à titre principal pour les libéraux, sous la forme de vacations hospitalières forfaitaires. Il était suggéré d'inscrire l'hôpital dans chaque liste d'experts des cours d'appel concernées, sans toutefois remettre en cause le libre choix de l'expert par l'autorité judiciaire, dans l'hypothèse où celle-ci aurait souhaité commettre un expert particulier.

Le reversement d'honoraires a été mis en place dans plusieurs villes, mais il constitue un montage juridique fragile. Si l'on fait le parallèle avec les honoraires de recherche versés par les entreprises lorsqu'un chercheur apporte sa contribution, il n'est pas légal d'organiser le reversement, les honoraires de prestations intellectuelles n'étant pas cessibles. L'arrêt *Brochard* de la Cour administrative d'appel de Marseille en date du 6 juillet 2004¹² semble confirmer cette approche en jugeant qu'une rétrocession d'honoraires imposée à un médecin libéral effectuant une prestation de Médecine légale demandée par un établissement hospitalier est contraire au code de déontologie médicale si elle n'est pas la contrepartie d'une facturation des frais avancés par l'hôpital pour l'exercice de son art. Dans le cas d'espèce, la convention signée par l'Assistance publique de Marseille avec la Justice prévoyait la rétrocession de 20 % des honoraires perçus directement par le médecin libéral. Les juges de la Cour administrative d'appel se sont référés à l'article 24 du Code de déontologie médicale, qui interdit « toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ». Ils ont assimilé ces 20 % à une ristourne, précisant que pour être conforme au droit, l'unité médico-judiciaire représentée par la personne morale que constitue l'Assistance Publique de Marseille aurait dû signer une convention de redevance précisant le contenu de celle-ci. Il convient bien évidemment de relativiser la portée de cette jurisprudence puisqu'elle est intervenue dans un contexte particulier, où la convention initiale avait été modifiée, et les sommes recouvrées de force, et que le Conseil d'Etat ne s'est pas prononcé en cassation. Elle confirme toutefois la fragilité du financement des activités de Médecine légale par reversement d'honoraires, renforcée par le fait que tous les acteurs actuellement concernés sont unanimes pour souligner les carences et les lenteurs des régies des tribunaux.

b) Les limites de la prévision d'activité

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans les hôpitaux depuis le 1^{er} janvier 2004 rend indispensable l'estimation de l'activité attendue et des recettes induites en préalable au lancement de tout nouveau projet. Par nature, l'activité judiciaire ne se prête que difficilement aux prévisions. L'évolution de la criminalité, malgré les estimations qui peuvent être réalisées, reste toujours incertaine. Le nombre de réquisitions fluctue en fonction de la politique pénale mise en œuvre au niveau national et au niveau local, tandis que l'indépendance des magistrats implique un libre choix des experts.

¹² Les Études hospitalières. *Les fiches de la jurisprudence hospitalière*, n° 92, 2004

La difficulté de la prévision d'activité tient également à la nouveauté de la discipline, et particulièrement des consultations de victimologie organisées dans les unités médico-judiciaires. Au regard de l'activité existante, l'activité potentielle apparaît conséquente. Sur chaque territoire, le nombre de consultations spontanées de victimes risque de croître considérablement, dès lors que l'unité médico-judiciaire aura été officialisée. Plus globalement, il est certes difficile de déterminer si les violences augmentent de manière significative dans nos sociétés, mais il est certain que les personnes victimes de violence prennent progressivement conscience de leurs droits, et hésitent de moins en moins à porter plainte. Ce mouvement ne pourrait être que renforcé par les politiques de prévention lancées en parallèle de la mise en place des unités médico-judiciaires.

Dans l'hypothèse où le financement des autorités judiciaires permettrait aux structures de Médecine légale d'atteindre l'équilibre financier, celui-ci ne pourrait être durable que si l'ensemble des missions de Médecine légale est bien confié quasi exclusivement à la structure hospitalière. Tout comme l'autorité judiciaire attend légitimement des garanties sur le personnel affecté au fonctionnement des structures de Médecine légale, le directeur d'hôpital a besoin d'une lisibilité maximale sur le sujet, surtout lorsque l'ouverture du service de Médecine légale est conditionnée à la réalisation d'importants investissements.

Dans son rapport, Olivier Jardé propose ainsi que les textes du Code de procédure pénale relatifs à la réquisition comportent une disposition allant dans le sens d'un engagement des autorités judiciaires à recourir prioritairement aux structures créées pour toutes les missions qu'elles sont tenues d'accomplir, disposition naturellement assortie d'une réserve en cas de circonstances particulières spécialement motivées. Cette proposition s'appuie sur les conventions existantes dans un certain nombre de villes.

c) *La fin annoncée des conventions Justice-Santé*

Le relatif développement de la Médecine légale hospitalière ces vingt dernières années a été rendu possible par la signature de conventions de financement entre hôpitaux et Justice. Ces conventions organisaient la participation des autorités judiciaires, sur frais de justice et à l'acte, aux dépenses de fonctionnement des nouveaux services, et étaient assorties, selon les cas, d'un mécanisme de reversement des honoraires par les médecins-légistes. Ces conventions de financement étaient indispensables puisque le Code de procédure pénale prévoit l'indemnisation des expertises, mais ne prévoit aucune

contribution au financement des dépenses d'équipement et de gestion. Ces conventions fixaient ainsi un tarif forfaitaire pour les autopsies et les dépôts de corps, censé compenser les coûts induits par ces activités.

Ce mode de financement a permis à la Médecine légale thanatologique de fonctionner sans trop de difficultés jusqu'en 2005. La convention signée entre le Parquet Général et l'Université d'Auvergne (Faculté de médecine) en 2002 s'inscrivait d'ailleurs dans ce cadre. Après quelques mois de fonctionnement, le Professeur Penneau faisait même état, pour le CHU d'Angers, d'un « modeste excédent mensuel »¹³. Au débit de la balance des comptes étaient inscrits les coûts induits par la création de la structure (astreinte opérationnelle, emploi de praticien hospitalier, vacations médicales, emploi de secrétaire), et au crédit, les recettes générées pour le CHU par les frais de justice (forfaits, reversement des honoraires). L'équilibre financier a donc pu être atteint à Angers, confirmant l'analyse du rapport Jardé selon laquelle « les établissements de santé doivent trouver dans les frais de justice, versés pour chaque mission accomplie, la compensation indispensable à la charge supplémentaire qu'ils assurent ». Le modèle n'est toutefois pas généralisable, puisqu'il s'agit d'une structure qui n'a pas nécessité de dépenses d'investissement. Or, comme le montre l'exemple clermontois, les dépenses d'investissement ne sont pas toujours aussi « négligeables » que l'écrit Olivier Jardé dans son rapport, et ne sont pas couvertes par les forfaits autopsie ou levée de corps, même après revalorisation des ces derniers.

Le principal problème des conventions de financement Justice-Hôpital est que la solution était juridiquement fragile. Détournant quelque peu la nomenclature des frais de justice, cette solution reposait sur une prise de responsabilité des Procureurs Généraux et un accueil compréhensif des Trésoriers Payeurs Généraux (TPG), afin de permettre à la Justice, pour l'exercice de ses missions, de s'appuyer sur une Médecine légale compétente et indépendante. Le recours à ce mode de financement était d'autant plus facile que, jusqu'en 2005, les frais de justice étaient des crédits évaluatifs, soit des dépenses qui pouvaient continuer à être ordonnancées même après dépassement du montant de la dotation prévue par la loi de finance. Ce régime juridique était cohérent avec la raison d'être des frais de justice : le financement de l'ensemble des dépenses engendrées par l'institution judiciaire afin de conduire à la manifestation de la vérité, notamment les expertises.

¹³ Colloque Justice-Santé organisé à la Cour d'appel de Riom le 30 avril 2004.

Avec la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), les frais de justice deviennent des crédits limitatifs. Le projet de loi de finances pour 2006 fixe d'ailleurs comme « objectif majeur » pour la mission Justice la maîtrise des dépenses dans ce domaine. Il est certes précisé dans le projet de loi que la recherche de la vérité ne doit pas être freinée pour des raisons budgétaires. La conjonction du dispositif de réserve prévu pour 2006, année de transition, et de l'indicateur mesurant la dépense moyenne de frais de justice par affaire faisant l'objet d'une réponse pénale, doivent permettre d'atteindre cet objectif. Mais, ces nouvelles dispositions enlèvent toute marge de manœuvre aux Procureurs Généraux pour participer au financement d'activités auxiliaires de justice comme la Médecine légale, et ont conduit, dès 2005, les TPG à refuser certains paiements, considérant qu'ils étaient désormais irréguliers. Le compromis qui avait permis à la Justice de participer au financement de la Médecine légale est donc sévèrement remis en cause.

d) La non reconnaissance de la Médecine légale dans les MIGAC

La réforme de la T2A a entraîné la répartition des activités des hôpitaux en deux grandes catégories : celles pour lesquelles un tarif est applicable, ce qui permet d'évaluer les recettes attendues, et celles relevant des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Il n'existe pas de tarif applicable aux activités de Médecine légale, et l'Assurance maladie ne finance aujourd'hui que la partie soins des consultations de victimologie. La dépense devrait donc relever des MIGAC. Or, le décret du 8 avril 2005 n'a pas inclus la Médecine légale dans les MIGAC, au motif qu'il s'agit d'une activité qui relève de la Justice.

Cette décision fragilise l'ensemble des structures de Médecine légale déjà en place, puisqu'un certain nombre de coûts continuaient d'être imputés sur les budgets hospitaliers. Elle place le directeur devant une alternative simple : soit maintenir l'activité de Médecine légale, et financer le manque à gagner sur d'autres budgets, soit arrêter l'activité. Dans un contexte où les budgets hospitaliers sont relativement contraignants, la deuxième option apparaît comme la plus rationnelle, à défaut d'être la plus satisfaisante. La non intégration de la Médecine légale montre que la dimension santé publique de l'activité et le potentiel de renforcement de l'offre hospitalière n'ont pas été pleinement pris en compte par le ministère de la Santé.

B) Une remise en cause du financement du projet auvergnat qui a conduit à sa suspension

a) *La perspective de déficits d'exploitation conséquents*

La construction du nouveau bâtiment au CHU et l'élaboration du projet de Fédération médicale inter-hospitalière de Médecine légale se sont accompagnés de négociations avec le Parquet Général. L'objectif était de signer une convention de financement qui servirait de modèle aux conventions entre Parquets et Centres hospitaliers pour la mise en place des cinq unités médico-judiciaires. Le principe était de reprendre les dispositions de la convention signée avec l'Université d'Auvergne, et d'actualiser les tarifs, notamment au regard des investissements réalisés par le CHU. Une dernière rencontre avec le Procureur Général, le 17 avril 2005, a permis de parvenir à un accord sur les quantités prévisionnelles et les tarifs présentés en annexe I.

Ces données ont permis au CHU de construire un budget prévisionnel du service de Médecine légale (annexe I) faisant apparaître un déficit d'exploitation de 270 037 €. Pour Vichy, en conservant les tarifs appliqués pour le CHU, en procédant à un chiffrage *a minima* du projet du Docteur Pradeau, sans intégrer le coût des travaux d'aménagement des locaux, le déficit d'exploitation serait de 150 190 € (annexe II). Ce chiffre serait sensiblement le même pour Aurillac ou Montluçon, d'autant que l'activité de Médecine légale y est déjà exercée par plusieurs médecins.

Ces déficits d'exploitation conséquents montrent que, en l'absence d'intégration de la Médecine légale dans les MIGAC, et dans l'hypothèse où une convention pourrait être signée avec la Justice, le report de charges sur les autres services serait encore trop important.

b) *Un projet suspendu alors qu'il entrait dans sa phase finale*

Dans ce contexte la Direction du CHU, en accord avec ses partenaires du G6, a pris la décision de suspendre le projet, alors que l'ouverture du service de Médecine légale avait été annoncée pour le 1^{er} octobre 2005. L'ARH et le Procureur Général ont été saisis par un courrier en date du 8 juin 2005, dans lequel le Directeur Général du CHU écrit que « force est de constater que les recettes venant du ministère de la Justice ne financent pas la totalité des dépenses », et que « à défaut d'une prise en compte des

subventions d'équilibre [des activités de Médecine légale] dans les MIGAC, les établissements seront conduits à limiter les crédits aux seules recettes externes et par là remettre en cause un projet dont la vocation régionale mais aussi la mission de service public est reconnue de tous ».

Les raisons de la suspension du projet ont été relativement bien comprises par les différents médecins-légistes, mais tous ont regretté qu'elle intervienne à ce stade du projet. Ce regret est partagé par les directeurs d'hôpitaux qui s'étaient investis dans le projet, en le considérant comme la première étape d'un rapprochement plus durable entre Justice et Santé. Quant au Procureur Général, il parle de « deux catastrophes nationales » qui ont fait échouer un projet qui devait faire de l'Auvergne une région pilote en matière de Médecine légale. Le courrier du Directeur Général du CHU reste d'ailleurs essentiellement formel puisque les marges de manœuvre du Directeur de l'ARH et du Procureur Général dépendent de choix qui seront faits au niveau national.

2.2.2 Un blocage qui ne peut être résolu qu'au niveau national

A) La nécessité de doter la Médecine légale d'un statut

a) *Un encadrement législatif et réglementaire des activités de Médecine légale*

La suspension du projet auvergnat, avant même qu'il ait pu être traduit dans la réalité, témoigne de la fragilité structurelle de la discipline. La Médecine légale reste très dépendante d'initiatives locales, de montages juridiques et financiers plus ou moins viables, d'actions de lobbying auprès des autorités nationales, etc..., autant de solutions qui ne peuvent garantir sa pérennité et son homogénéité sur le territoire français.

Les problèmes rencontrés en Auvergne ne sont pas propres à la région. Le passage des frais de justice en crédits limitatifs et la non intégration de la Médecine légale dans les MIGAC devraient très vite remettre en cause l'équilibre des structures déjà en place, et actuellement citées en exemple. Les limites des dispositifs incitatifs et conventionnels ont été atteintes, et il apparaît nécessaire de doter la Médecine légale d'un statut à la hauteur de son histoire, sous peine de la voir disparaître, ou se transformer en une activité purement lucrative de moindre qualité. Les différentes incitations par voie de circulaire ont eu le mérite de donner toute leur place aux initiatives locales et ont évité de figer, dès sa renaissance, la discipline dans un cadre national

potentiellement rigide. La situation est aujourd'hui différente puisque seules des dispositions nationales sont de nature à garantir la pérennité et le dynamisme des structures locales.

Le rapport Jardé se termine par une proposition de loi et de textes réglementaires qui constituent un bon point de départ pour l'élaboration d'un statut national de la Médecine légale. Selon ce rapport, une loi et un décret seraient nécessaires pour inscrire les missions de Médecine légale parmi celles confiées au service public hospitalier, et organiser ces activités dans un cadre régional. Il faudrait également publier, par arrêté, des conventions-type de partenariat Justice-Santé, et modifier les dispositions du Code de procédure pénale relatives à l'expertise pour que les hôpitaux disposent d'un monopole sur les activités de Médecine légale auquel il ne serait dérogé qu'en cas de circonstances spécialement motivées. Le rapport Jardé précise qu'un délai de cinq ans serait nécessaire pour regrouper les différents centres d'autopsie au sein des centres de référence, et recruter et former les quelques 500 praticiens qualifiés en Médecine légale nécessaires. Le dispositif proposé par Jardé ne pourrait en effet fonctionner efficacement qu'avec un effectif de médecins légistes porté de 250 à 750.

Remises au Premier Ministre en décembre 2003, les propositions du rapport Jardé restent dans la logique conventionnelle qui a montré sa relative efficacité jusqu'en 2005. Au regard des deux décisions intervenues au printemps 2005, il semble nécessaire de compléter la proposition Jardé sur le plan financier. Plusieurs modes de financement peuvent être envisagés : convention, dotation de fonctionnement, tarification à l'activité, etc... L'essentiel est de retenir un mode de financement qui permette aux structures dynamiques de disposer des moyens de fonctionner et de se développer par delà les fluctuations d'activité inhérentes au fonctionnement de la Justice, en veillant toutefois à ne pas trop déconnecter le financement de ces structures de leur activité. Au regard du travail réalisé dans le cadre de ce mémoire, et sous réserve des choix qui seraient faits par la représentation nationale, il semble qu'un co-financement Justice-Santé soit le plus pertinent, tant la Médecine légale remplit une double mission d'auxiliaire de justice et de santé publique. Les modalités précises de ce co-financement resteraient à déterminer : intégration de la Médecine légale dans les MIGAC et maintien de la dualité conventions / MIGAC, co-financement en amont d'une dotation ou d'un tarif Médecine légale, etc...

b) L'engagement de la classe politique, condition du renouveau de la Médecine légale

La Médecine légale fait partie de ces domaines dans lesquels les rapports se succèdent, d'année en année, sans que les propositions aboutissent à des changements législatifs ou réglementaires majeurs. Dernière enquête en date, la mission confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en juin 2005, qui a pour objet de dresser un état aussi précis que possible du financement et de l'organisation actuels de la médecine légale dans ses différents aspects, afin d'actualiser et de compléter les informations recueillies à l'issue de l'enquête effectuée sur le même thème, au mois de septembre 2002, par la DHOS. En parallèle, l'inspection générale des services judiciaires réalise une enquête au niveau des Parquets.

Les propositions du rapport Jardé présentées en 2003 reprennent, pour une large part, des propositions faites trente ans plus tôt par le Groupe interministériel de Médecine légale. Par décret du 30 décembre 1994, un Conseil supérieur de Médecine légale a été créé et s'est substitué au Groupe interministériel avec pour objectif de mettre en œuvre le schéma directeur de 1994. Ce Conseil a mis plus de deux ans avant de se réunir pour la première fois, puis n'a pas vraiment fonctionné. Il ne se serait plus réuni depuis plus de quatre ans.

La Médecine légale souffre d'une absence de politique globale en faveur des victimes, menée conjointement par les ministres de la Justice et de la Santé. La création d'un secrétariat d'Etat au Droit des victimes auprès du ministre de la Justice, en mars 2004, avait semblé constituer une étape importante dans la prise en charge des victimes. Le programme d'action du Secrétariat d'Etat, présenté au Conseil des ministres du 29 septembre 2004, se donnait pour objectif de construire « une Médecine légale efficace et humanisée pour les victimes », et prévoyait de mettre à l'étude, à l'horizon 2005, une réforme de la discipline, « afin de remédier à la disparité des pratiques et des financements ». Le Secrétariat d'Etat n'a cependant pas été maintenu lors de la nomination du nouveau gouvernement en juin 2005. La politique des victimes dépend désormais du ministère de l'Intérieur, sans disposer d'un département dédié, comme dans le précédent gouvernement. L'attente des associations de victimes est pourtant importante. Dans un rapport publié en 2003, le Conseil national de l'aide aux victimes préconisait ainsi de « multiplier les unités médico-judiciaires ».

B) Une évolution indispensable dans le contexte européen

a) *L'Europe de la Médecine légale : entre unité et diversité*

La Médecine légale européenne se caractérise par une très grande disparité des organisations. Cependant, cette activité bénéficie, dans la plupart des pays européens, d'un cadre institutionnel pour son exercice. L'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Portugal se sont dotés de structures médico-légales régionalisées, situées le plus souvent dans un contexte universitaire. En Suisse, l'organisation varie d'un canton à l'autre. A Lausanne, dans le canton de Vaud, l'Institut universitaire de Médecine légale fait partie du CHU. En Suède, un bureau national de Médecine légale a été créé en 1991. Placé sous la tutelle du ministère de la Justice, il joue un rôle important d'harmonisation des pratiques dans le pays.

Au Royaume-Uni, à l'exception de l'Ecosse, l'application de la Common Law a conduit à un système très différent¹⁴. Les médecins légistes (*police surgeons*) sont nommés par le ministère de l'Intérieur sur une liste nationale, après obtention de leur qualification en Médecine légale. Une fois nommés, ils exercent de manière indépendante et libérale, au sein de départements universitaires de Médecine légale, de sociétés privées, ou au sein du *Forensic Science Service* (Service de science médico-légale). Très peu travaillent pour le service public hospitalier, le *National Health Service* (NHS), et il n'existe pas de services de Médecine légale au sein du NHS. Le *Forensic Science Service* est un organisme doté de la personnalité morale, placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, et qui s'acquitte des missions de Médecine légale sur l'ensemble du territoire. Il aide la police et les organismes chargés de l'application des lois dans les enquêtes portant sur des actes délictueux, et témoigne impartialement devant les tribunaux. L'action de cette agence nationale est complétée par celle de centres médico-légaux régionaux, comme celui de Sheffield, qui couvre tout le sud et l'ouest du Yorkshire, ainsi que l'Humberside. Certaines autopsies continuent cependant d'être réalisées dans les morgues des hôpitaux locaux, donc dans des conditions peu satisfaisantes.

La disparité des structures s'accompagne d'une disparité des pratiques. Ce n'est par exemple que depuis peu que la Médecine légale allemande ne s'intéresse plus

¹⁴ Je remercie tout particulièrement le Docteur Sacha Kolar de l'Université de Sheffield, contacté par ma collègue Marie-Lise Brucker en janvier 2005, et qui a fourni l'essentiel des informations présentées dans ce paragraphe.

exclusivement à la thanatologie. En Italie, et dans un registre différent, en Espagne, les médecins légistes sont très impliqués dans les autres domaines touchant à la discipline, réparation du dommage corporel notamment, et même médecine de contrôle de l'assurance maladie. Il faut toutefois souligner que, par delà une disparité bien compréhensible entre pays, l'existence d'une reconnaissance de la Médecine légale est gage d'homogénéité à l'intérieur des pays.

Des réflexions pour une harmonisation des pratiques au niveau européen sont en cours, et ont déjà débouché sur l'adoption, le 2 février 1999 par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe, d'une recommandation invitant les Etats membres à adopter dans leur droit interne certains principes et règles relatifs aux procédures d'autopsie médico-légale.

b) Les atouts français

Dans ce contexte européen, et malgré l'hétérogénéité des structures et des pratiques sur son propre territoire, la France dispose d'un certain nombre d'atouts qu'une politique nationale en faveur de la Médecine légale viendrait renforcer.

D'après Olivier Jardé, au sein de l'Europe, c'est en France, comme en Italie et en Espagne, que s'est manifesté le plus tôt l'intérêt de la discipline pour ses aspects cliniques, notamment dans la prise en charge des victimes. S'appuyant sur les travaux d'un colloque européen organisé à Bordeaux en avril 2003, Olivier Jardé note que c'est certainement en France que le médecin légiste est le plus systématiquement associé aux premières constatations sur les lieux d'un décès pour lequel un obstacle médico-légal a été posé. Olivier Jardé souligne « comme témoignage de la reconnaissance par la communauté scientifique internationale de la qualité de la Médecine légale française » la tenue en France, à Montpellier en 2002, du 16^{ème} congrès de l'International Association of Forensic Sciences. La ville élue pour la tenue du congrès est en effet choisie à l'issue d'un processus de sélection rigoureux qui tient le plus grand compte du niveau scientifique des équipes du pays d'accueil.

CONCLUSION

La Médecine légale se trouve aujourd'hui dans une position paradoxale. Discipline médicale à part entière, elle a besoin de s'appuyer sur le plateau technique hospitalier pour être performante, et apporte un complément indispensable au travail des médecins urgentistes et des autres spécialités dans la prise en charge des victimes de violences. Pourtant, elle n'est pas intégrée aujourd'hui dans le service public hospitalier, malgré quelques initiatives locales encourageantes, et la production de nombreux rapports sur le sujet. Avec aucune structure médico-légale hospitalière, à l'exception du Pôle de référence pour les violences sexuelles, l'Auvergne ne déroge pas à ce constat.

L'Auvergne se distingue toutefois par l'élaboration, par les responsables hospitaliers, judiciaires, et universitaires d'un projet d'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier à l'échelle régionale. Ce projet régional, interdisciplinaire et transversal représente un véritable défi pour le Service Public. Il a été conçu comme la première étape d'un partenariat durable entre Justice, Santé, et Université. Si le rôle de l'Université est essentiel dans un tel projet, pour organiser les actions de formation initiale et continue, et contribuer au développement de la recherche dans la discipline, la coopération Justice – Santé revêt un caractère stratégique, car elle constitue un moyen pour ces deux services publics de mieux exercer à terme leurs missions respectives.

Le projet auvergnat a rencontré l'adhésion de l'ensemble des partenaires, et a bénéficié de l'engagement sans faille des médecins et des directeurs d'hôpitaux. La dynamique locale a cependant été freinée par deux décisions nationales qu'il était difficile d'anticiper : le passage des frais de justice en crédits limitatifs, qui semblait incompatible avec la mission même de la Justice, et la non intégration de la Médecine légale dans les MIGAC, contraire à la mission de santé publique des médecins légistes. Ces deux décisions ont contraint les responsables hospitaliers à suspendre le projet dans l'attente d'une évolution au niveau national, compte tenu des prévisions financières qu'ils étaient en mesure de faire.

L'histoire semble se répéter, au niveau local comme au niveau national, tant sont nombreuses les initiatives locales d'intégration de la Médecine légale dans le service public hospitalier qui ont échoué en l'absence de financements pérennes. L'Institut-médico légal clermontois a d'ailleurs connu une forte période de développement, à la fin des années 1980, avant de disparaître à la suite d'un changement de politique pénale du Parquet Général marqué par la baisse significative du nombre de réquisition.

La Médecine légale est donc maintenue dans une position fragile, bien éloignée des choix faits par nos voisins européens. Le risque, à terme, est celui d'une disparition des activités de Médecine légale ou, plus vraisemblablement, d'une Médecine légale ne s'appuyant pas sur les plateaux techniques et la recherche hospitalière, à vocation principalement lucrative. Justice et Santé seraient alors perdants, tant la Médecine légale contribue au bon exercice de la Justice, et apporte à l'hôpital une compétence et une connaissance en matière de prise en charge des violences.

L'histoire du renouveau de la Médecine légale en Auvergne et de ses difficultés est riche d'enseignements pour le directeur d'hôpital. L'expérience auvergnate confirme le rôle moteur des CHU dans le lancement de projets innovants d'envergure régionale. Mais elle souligne également le rôle essentiel des directeurs d'hôpital, en général, dans la définition de stratégies de coopération au sein du service public hospitalier, et entre services publics. Le projet auvergnat constitue une invitation à faire preuve de curiosité médicale et institutionnelle, non dans une simple perspective d'ouverture intellectuelle, mais pour concevoir des projets d'établissement faisant plus de place à l'interdisciplinarité et à la collaboration institutionnelle. La suspension du projet pourrait apparaître comme une remise en cause des arguments en faveur de cette conception novatrice du service public. Ce serait sous-estimer les difficultés structurelles provoquées par l'absence de statut de la Médecine légale en France, qui fragilisent toutes les initiatives d'intégration de la discipline. Plus globalement, ce serait oublier que toute démarche innovante, voire anticipatrice comme dans le cas de ce dossier, n'aboutit pas forcément dans les délais souhaités par ses promoteurs. La réussite de ce type de projet passe nécessairement par un temps de sensibilisation des différents décideurs, voire de lobbying. Cela fait aussi partie du travail du directeur d'hôpital.

Bibliographie

OUVRAGES

(par ordre alphabétique)

CAMPANA J.-P. (coordination) *Principes de Médecine légale*. Arnette, 2003

DEBOUT M., DURIGON M. (direction) *Médecine légale clinique : médecine et violences*. Ellipses, 1994

DURIGON M. *Pratique médico-légale*. Masson, 2004

FAICT T. (coordination) *Médecine sociale, Médecine légale, Ethique et déontologie*. Ellipses, 2003

LOPEZ G., BORNSTEIN S. *Victimologie clinique*. Maloine, 1995

ROCHE L., DO J.P., DALIGAND L. (coordination) *Médecine légale clinique*. Masson, 1985

TYRODE Y. *Psychiatrie légale : sociale, hospitalière, expertale*. Ellipses, 1995

PÉRIODIQUES

BUDET J.-M. « La violence ». *Gestions hospitalières*, Février 2003, n° 423, pp. 148-150

FLEUR F., VILLART M., LOUIS A. « Toxicologie médico-légale ; une expérience de six ans dans un service pharmaceutique hospitalier de l'AP-HP ». *Gestions hospitalières*, janvier 1996, n° 352, pp. 58-61

GOYON P., « Programme Daphné 2003 ». *Journal d'informations interne du CHU de Bordeaux*, Janvier 2004, n° 35

MORAL-PETINIOT C. « Les modalités du signalement pour maltraitements ». *CHRONIQUES, Journal d'information du CHU de Clermont-Ferrand*, Janvier 2005

TREMINTIN J. « Que peut-on faire pour aider les victimes d'agression ? ». *Lien social*, Janvier 2001, n° 561

Les Études hospitalières. *Les fiches de la jurisprudence hospitalière*, n° 92, 2004

RAPPORTS

(par ordre alphabétique)

Association d'Aide aux Victimes d'Infractions Pénales de Vichy et de Moulins (ADAVIP). *Rapport d'activité 2004*

Conseil national de l'aide aux victimes (CNAV). *La prise en charge des victimes en urgence*, 15 septembre 2003

Cour d'appel de Riom. *Actes du colloque Justice et Santé publique*, 30 avril 2004

JARDÉ O. *Rapport au Premier ministre sur la Médecine légale*, décembre 2003

ROBERT M. *La Médecine légale en Auvergne et les attentes de l'autorité judiciaire*. Cour d'appel de Riom, Parquet Général, 2002

SITES INTERNET

(par ordre alphabétique)

British Medical Journal

www.bmj.com

Institut universitaire de Médecine légale de Lausanne

www.iuiml.ch

Forensic Science Service

www.forensic.gov.uk

Ministère de l'Économie, des Finances, et de l'Industrie

www.minefi.gouv.fr

Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire

www.interieur.gouv.fr

Ministère de la Justice

www.justice.gouv.fr

Ministère de la Santé et des Solidarités

www.sante.gouv.fr

TEXTES APPLICABLES

Textes généraux : Code de la santé publique, Code pénal, Code de procédure pénale, Code de déontologie médicale.

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. *Bulletin officiel du ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, 17 juillet 1997, n° 24

Circulaire DH/AF1 n° 98-137 du 27 février 1998 relative à la création de consultations médico-judiciaires d'urgence. *Bulletin officiel du ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, 28 mars 1998, n° 11

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 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, 12 août 2000, n° 30

Circulaire DHOS/E1 n° 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 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, 17 novembre 2001, n° 44

Conseil de l'Europe, Comité des ministres. *Recommandation n° R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale*, 2 février 1999

Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale. *Journal officiel de la République française*, 10 avril 2005

Liste des annexes

Annexe I : Budget prévisionnel Service de Médecine légale CHU de Clermont-Ferrand

Annexe II : Budget prévisionnel Unité médico-judiciaire Centre Hospitalier de Vichy

Annexe III : Projet de convention constitutive de la Fédération médicale inter-hospitalière de Médecine légale d'Auvergne

Annexe I

Budget prévisionnel Service de Médecine légale CHU de Clermont-Ferrand

DEPENSES

<i>Charges directes</i>	
a) Personnel en place	174 280 €
1 PUPH	58 120 €
1 Chef de clinique	41 940 €
1 PH contractuel	74 220 €
b) Personnel médical complémentaire	66 500 €
2 internes	66 500 €
c) Personnel non médical	145 934 €
1 cadre de santé	34 782 €
0,5 secrétaire médicale	20 000 €
2 agents de service mortuaire et de désinfection + 1 ASH	91 152 €
d) Consommables	30 000 €
forfait 1000 €/ autopsie	
e) Destruction prélèvements	5 000 €
<i>Total charges directes</i>	421 714 €
<i>Charges indirectes</i>	
f) Frais financiers	14 610 €
g) Amortissements	41 213 €
Travaux	11 213 €
Equipements	30 000 €
h) Dépenses générales exploitation	44 000 €
<i>Total charges indirectes</i>	99 823 €
Total Dépenses	521 537 €

RECETTES

	<i>Montant</i>	<i>Quantité</i>	<i>Tarif</i>
a) Dépôt de corps (tarif journalier)	60 000 €	400 x 3 jours	50 €
b) Forfait autopsie	70 000 €	200	350 €
c) Consultation ITT	84 000 €	1200	70 €
d) Rétrocession honoraires	37 500 €	250	150 €

Total Recettes 251 500 €

Subvention d'équilibre 270 037 €

Annexe II :
Budget prévisionnel Unité médico-judiciaire Centre Hospitalier de Vichy

DEPENSES

<i>Charges directes</i>	
a) Personnel en place	102 850 €
1 PH	102 850 €
b) Personnel médical complémentaire	65 340 €
1 PH attaché	65 340 €
c) Personnel non médical	40 000 €
1 secrétaire médicale	40 000 €
<i>Total charges directes</i>	208 190 €
<i>Charges indirectes</i>	
e) Dépenses générales exploitation	1 500 €
<i>Total charges indirectes</i>	1 500 €
<i>Total Dépenses</i>	209 690 €

RECETTES

	<i>Montant</i>	<i>Quantité</i>	<i>Tarif</i>
a) Dépôt de corps (tarif journalier)	7 500 €	30 x 3 jours	50 €
b) Consultation ITT	49 000 €	700	70 €
c) Rétrocession honoraires	3 000 €	20	150 €

<i>Total Recettes</i>	59 500 €
-----------------------	-----------------

<i>Subvention d'équilibre</i>	150 190 €
-------------------------------	------------------

Annexe III :
**Projet de convention constitutive de la Fédération médicale inter-hospitalière de
Médecine légale d’Auvergne**

Préambule

- Conformément aux préconisations du Conseil supérieur de Médecine Légale, reprises par la circulaire Justice - Santé du 27 février 1998 relative à la création de consultations médico - judiciaires d’urgence, et aux propositions du rapport remis au Premier ministre par le Professeur Olivier Jardé le 22 décembre 2003, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, et les Centres Hospitaliers d’Aurillac, Le Puy en Velay, Montluçon, Moulins, Vichy ont choisi d’organiser la Médecine Légale Auvergnate en deux niveaux :

- un pôle de référence, chargé plus spécifiquement des activités de thanatologie, des expertises toxicologiques et génétiques ;
- un réseau d’antennes médico - judiciaires de proximité couvrant l’ensemble des missions de Médecine Légale clinique.

- Ce dispositif à deux niveaux constitue le Service Régional de Médecine Légale (SRML). Il repose sur la présente convention, complétée par :

- les deux conventions relatives au fonctionnement de l’unité de Médecine Légale thanatologique, et de Médecine Légale du vivant, passées entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand et le ministère de la Justice ;
- les conventions déjà signées ou en cours de négociation entre les Centres hospitaliers généraux et les parquets dans le ressort desquels ils se situent.

TITRE I : OBJET ET ORGANISATION DE LA FEDERATION

Article 1 : cadre législatif

L’article L 6135-1 du Code de la Santé publique prévoit que, “ en vue du rapprochement d’activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leur conseil d’administration, prises après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs services, départements, ou structures créées en application de l’article L 6146-8, en fédérations médicales interhospitalières, avec l’accord des responsables de structures concernées. ”

Article 2 : intitulé de la Fédération

Les chefs des services intéressés et les Directions des Centres Hospitaliers d’Aurillac, de Clermont-Ferrand, le Puy en Velay, Montluçon, Moulins, Nevers, et Vichy ont décidé de créer une Fédération Médicale Interhospitalière de Médecine Légale d’Auvergne

Article 3 : objectifs de la Fédération

Le CHU de Clermont-Ferrand, et les Centres Hospitaliers d'Aurillac, le Puy-en-Velay, Montluçon, Moulins, Nevers, et Vichy ont décidé de se doter de structures médico-légales performantes, répondant aux attentes des autorités judiciaires régionales. L'objectif est d'intégrer pleinement la médecine légale dans le secteur public hospitalier régional. L'enjeu est de procéder à une harmonisation des pratiques, d'améliorer la formation initiale et continue des praticiens, et de mener des actions de recherches, notamment dans le champ de l'épidémiologie (causes de la mort, des violences constatées).

Article 4 : contenu de la Fédération

1- Les Centres Hospitaliers d'Aurillac, le Puy-en-Velay, Montluçon, Moulins, et Vichy s'engagent à :

- créer ou formaliser un service ou une unité fonctionnelle de Médecine Légale, chargé de dispenser des consultations de victimologie ;
- organiser par convention l'intervention des praticiens libéraux et des praticiens des autres établissements spécialisés en médecine légale ;
- organiser le service ou l'unité fonctionnelle de Médecine Légale de façon à ce que les praticiens puissent être disponibles durant l'ouverture du service ou en dehors de ces horaires sur appel exceptionnel pour participer aux levées de corps et autopsies, et intervenir dans le cadre des gardes à vues ;
- développer des activités d'enseignement en Médecine Légale (pour exemple : Ecole Gendarmerie Montluçon, IFSI) ;
- permettre aux praticiens spécialisés en Médecine Légale de participer aux actions de formation continue organisées au niveau de la Fédération ;
- promouvoir et participer à des actions de recherche dans ce domaine.

2- Le CHU s'engage à :

- créer un service de Médecine Légale hospitalo-universitaire ;
- permettre l'accès aux praticiens de la Fédération au plateau technique de thanatologie ;
- mettre, dans la mesure du possible, à disposition des unités médico-judiciaires de proximité des temps d'internes spécialisés en médecine légale ;
- organiser des actions de formation continue ;
- faire participer les praticiens de la Fédération aux activités d'enseignement et de recherche.

Article 5 : Financement des activités

Le financement des activités de Médecine Légale relève :

- des conventions entre les centres hospitaliers et le ministère de la Justice pour la compensation du temps médical consacré aux levées de corps et aux interventions pendant les gardes à vue ;
- du budget des établissements pour les consultations de victimologie ;
- des dotations spécifiques pour la formation médicale continue.

TITRE II : FONCTIONNEMENT DE LA FEDERATION

Article 6 : coordination régionale

Les activités de la Fédération sont placées sous la responsabilité d'un Conseil scientifique et d'un Coordonnateur, chef du service de médecine légale du Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, centre de référence disposant du plateau technique de thanatologie et des laboratoires permettant la réalisation des expertises toxicologiques et génétiques.

Article 7 : missions du coordonnateur

Le Coordonnateur est chargé de :

- centraliser et diffuser au Conseil scientifique les informations intéressant la Fédération ;
- représenter la Fédération auprès de la Direction et des instances consultatives ;
- convoquer pour réunion les membres du Conseil scientifique ;
- établir le compte rendu des réunions de ces conseils.

Article 8 : vice -coordonnateur

Le coordonnateur est secondé par un vice - coordonnateur, appartenant à une entité différente du coordonnateur, et désigné par vote à bulletin secret par le Conseil scientifique parmi les membres de ce dernier.

Article 9 : le Conseil scientifique

Le Conseil scientifique est composé des responsables de chacune des entités qui composent la Fédération, soit :

- 1) CHU de Clermont-Ferrand :
 - le chef du service de Médecine Légale
 - le Directeur Général ou son représentant.

- 2) Centre Hospitalier d'Aurillac :
 - Le responsable de l'unité de Médecine Légale
 - le Directeur ou son représentant

- 3) Centre Hospitalier le Puy en Velay:
 - Le responsable de l'unité de Médecine Légale
 - le Directeur ou son représentant

- 4) Centre Hospitalier de Montluçon :
 - Le responsable de l'unité de Médecine Légale
 - le Directeur ou son représentant

- 5) Centre Hospitalier de Moulins :
 - Le responsable de l'unité de Médecine Légale
 - le Directeur ou son représentant

- 6) Centre Hospitalier de Nevers :
 - le responsable de l'unité de Médecine Légale ;
 - le Directeur ou son représentant.

- 6) Centre Hospitalier de Vichy :
- Le responsable de l'unité de Médecine Légale
 - le Directeur ou son représentant

Il se réunit au moins une fois par semestre.

Il assure la conduite générale de la Fédération.

Les décisions sont prises à la majorité absolue de ses membres du Conseil Exécutif, quel que soit le nombre des membres présents ou représentés lors de la réunion.

Article 10

Les dispositions de la présente convention prendront effet pour une durée d'un an à compter de sa signature et sont renouvelables par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties avec respect d'un préavis de trois mois.

Article 11

Une évaluation du dispositif sera assurée après six mois de fonctionnement de la Fédération.