



HAL
open science

**La place de la médecine légale dans le dispositif ORSEC
NOVI-alpha (Organisation de la Réponse de Sécurité
Civile NOmbreuses VIctimes – attentats) : étude
qualitative en vue d’améliorer la réponse de l’institut
médico-légal de Grenoble en situation d’attentat**

Pierre Henry

► **To cite this version:**

Pierre Henry. La place de la médecine légale dans le dispositif ORSEC NOVI-alpha (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile NOmbreuses VIctimes – attentats) : étude qualitative en vue d’améliorer la réponse de l’institut médico-légal de Grenoble en situation d’attentat. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01617610

HAL Id: dumas-01617610

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01617610>

Submitted on 17 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Année 2017

LA PLACE DE LA MÉDECINE LÉGALE DANS LE DISPOSITIF ORSEC NOVI-ALPHA

Etude qualitative en vue d'améliorer la réponse de l'Institut
Médico-Légal de Grenoble en situation d'attentat.

Pierre HENRY

[Données à caractère personnel]

THESE PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
LE 13 OCTOBRE 2017

DEVANT LE JURY SUIVANT :

Présidente Professeur Virginie SCOLAN

Assesseurs Professeur Laurent FANTON
Professeur émérite Vincent DANIEL
Docteur François PAYSANT
Monsieur le Procureur Général Jacques DALLEST

Directeur de thèse Docteur Florian GRENIER

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

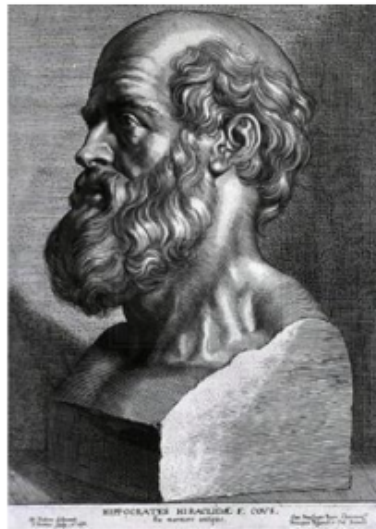
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAUREN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Ma première pensée souhaiterait aller vers les victimes des attentats, afin que leur mort ne soit pas vaine et qu'elle ait pu permettre une évolution dans les pratiques de secours et d'assistance aux victimes du terrorisme.

Au Professeur Virginie SCOLAN, j'aimerais dire toute ma gratitude. Pour la proposition de ce sujet, l'aide continue que vous m'avez offerte, les portes que vous m'avez ouvertes, et pour la confiance que vous avez mise en moi. Je suis honoré de vous présenter ce travail et que vous présidiez le jury qui en jugera.

Au Professeur Laurent FANTON, pour le temps que vous m'avez accordé pour ce travail de thèse, et l'honneur que vous me faites de le juger, soyez-en remercié.

Au Professeur Vincent DANEL, pour les conseils que vous m'avez donné au cours de ce travail de thèse et pour votre présence au sein du jury. Recevez mes remerciements.

A Monsieur Jacques DALLEST, Procureur Général de la cour d'appel de Grenoble, pour l'immense privilège que vous me faites de juger de ce travail de thèse et pour le temps que vous m'avez accordé au cours de son élaboration. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Au Docteur François PAYSANT, pour l'amabilité que vous me faites de participer à ce jury et de juger de mon travail. J'espère que vous trouverez en moi un allié dans l'hypothèse d'un futur plan blanc. Soyez remercié pour votre confiance.

Au Docteur Florian GRENIER, pour tes conseils avisés et toujours pertinents tout au long de la rédaction de la thèse et pour le temps que tu m'as consacré. Je te remercie sincèrement pour la confiance que tu m'as accordée tout au long de ce travail, et pour les connaissances que tu m'as apportées cette année d'interne.

Au Docteur François CHIRON, pour l'ensemble du temps que tu as consacré au cours de ce travail. Je souhaite sincèrement te remercier pour ta disponibilité et ta gentillesse.

A l'ensemble des professionnels qui ont accepté de se prêter au jeu des entretiens, je souhaite vous laisser anonymes afin de ne pas dénaturer votre parole. Néanmoins, j'ai conscience que ce résultat ne saurait être ce qu'il est sans votre intervention. Soyez remerciés pour votre diligence, votre disponibilité et votre accueil, qui ont toujours été à la hauteur de ce que l'on peut attendre de votre qualité.

Au Docteur Jean-Baptiste DRIENCOURT, pour m’avoir fait confiance le premier et m’avoir ouvert les yeux sur la discipline. Je suis honoré d’avoir pu travailler à tes côtés et espère que l’avenir nous le permettra à nouveau.

A l’ensemble de l’équipe de médecine légale du CHU de Grenoble, pour les connaissances que vous m’avez transmises, les moments passés ensemble. J’ai hâte de continuer à travailler avec vous tous.

A Hermeline BILLAULT, pour le temps que tu as consacré à l’étude et à la rédaction de notre mémoire de médecine générale, et pour les relectures ponctuelles de ce travail de thèse ! Pour les moments passés en stage au cours de ces six derniers mois, je te remercie vraiment chaleureusement et te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie professionnelle et personnelle. Reçois toute ma gratitude.

A Laura SAUERBACH et Jérémy BORGES, pour les moments passés au cours de ces mois de stage et pour l’aide que vous avez pu m’apporter dans ce travail. J’espère du fond du cœur que votre travail sera récompensé à la hauteur de votre détermination. J’ai espoir de vous compter parmi mes confrères très prochainement et prendrai plaisir à travailler avec vous. A vous deux, merci.

A Pauline GIRARD et Marie JEANNEY, qui m’accompagnez depuis tant d’années dans cette aventure ! Je suis ravi de partager ce moment avec vous après tout ce que nous avons vécu depuis la première année. A Pauline, je tiens à rendre honneur à son idée de mémoire de médecine générale qui m’a permis quelques mois plus tard son élaboration. A vous deux je souhaite le meilleur dans votre vie professionnelle et personnelle. J’espère que les échéances – proches – seront autant de bonheur pour vous que pour moi !

A Charles CRIBIER, Valentin DROZ BARTHOLET, Marie MARTINOD, Nadège LALLE, Alexandre ARMAINGAUD, Virgile SEIFFERT et Mathilde ULLIEL-ROCHE, la team Croco de Thonon ! Ces quelques lignes ne sauraient être suffisantes pour vous écrire tout ce que je souhaiterais. Pour notre rencontre, les moments passés ensemble (professionnels ou personnels) et l’ensemble des souvenirs que nous pouvons avoir, j’aimerais vous dire un grand MERCI ! Et à vous tous, je souhaite beaucoup de courage et de réussite pour les travaux à venir, ne vous démobilisez pas ! Je suis le premier à devenir grand mais c’est bientôt votre tour ! J’espère sincèrement que les moments passés ne sont que l’introduction de ceux à venir.

A mes parents, qui avez toujours été là. Dix années se sont déjà écoulées depuis que j'ai quitté la maison. Dix années de joies, de stress aussi. Je mesure aujourd'hui les sacrifices que vous avez fait pour me porter jusque-là. Aujourd'hui, je suis fier d'être votre fils, de ce que vous avez fait de moi. Je vous aime.

A ma famille, à ceux qui sont là et ceux qui ne sont plus, je souhaite redire tout l'amour que j'ai pour vous, et suis heureux de pouvoir compter sur votre présence.

A mon frère, sans qui la vie aurait une autre saveur. Je suis fier de ta réussite ! J'imagine les années à venir et ai déjà hâte de les vivre ! Pour tout ce que tu es, merci.

A Marion, mon amour, qui a su maintes et maintes fois me relever lorsque j'étais tombé, me calmer lorsque j'étais énervé, m'apaiser lorsque j'étais stressé, et m'aimer tous les jours. Je ne saurais te dire tous les remerciements que je te dois. Ta présence m'est indispensable. Je t'aime.

Table des matières

Serment d’Hippocrate.....	6
Remerciements.....	7
Résumé	11
Abstract.....	12
Abréviations	13
Introduction	15
Matériel et méthode.....	21
Population étudiée	21
Réalisation des entretiens individuels et des entretiens de groupe semi-dirigés	23
Analyse des données	26
Résultats.....	27
THEME 1 - Vision extérieure du métier de médecin légiste	30
THEME 2 - Organisation du plan blanc médico-légal.....	33
THEME 3 - Retour d’expérience après les attentats de Paris et de Nice	59
THEME 4 - nouvelles missions / nouvelles données.....	66
Discussion.....	73
Avantages de l’étude	73
Limites de l’étude	74
Préconisations pour l’élaboration d’un plan blanc médico-légal	75
Les différences entre la vision de province et la vision parisienne de gestion de la crise	81
La nouveauté de la cellule d’identito-vigilance	84
La vision extérieure du métier de médecin légiste.....	86
L’autorité du médecin légiste	87
La méconnaissance du métier de médecin légiste	89
Réflexions sur les limites de la profession	91
Perspectives.....	92
Conclusion	94
Bibliographie	98

Résumé

La place de la médecine légale dans le dispositif ORSEC NOVI-alpha (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile NOMBREUSES VICTIMES – attentats).

Etude qualitative en vue d'améliorer la réponse de l'institut médico-légal de Grenoble en situation d'attentat.

CONTEXTE : La médecine légale a été largement sollicitée ces deux dernières années suite aux attentats avec nombreuses victimes en France. Cette situation a conduit à une prise de conscience de la nécessité d'une organisation spécifique.

OBJECTIF : Le but de l'étude était de recueillir les attentes des institutions et des partenaires concernant la médecine légale au cours d'un plan NOVI-alpha.

METHODES : Il était réalisé une étude qualitative entre février et juin 2017, auprès de 25 interlocuteurs comprenant neuf professionnels du domaine judiciaire dont cinq Procureurs de la République ; huit professionnels d'administration dont un Sous-Préfet ; quatre professionnels du domaine sanitaire et quatre médecins légistes. Les données recueillies après un questionnaire standardisé étaient analysées par la méthode de triangulation et organisées selon la méthode de thématisation.

RESULTATS : Le médecin légiste était vu comme un acteur sanitaire par les personnels administratifs, comme un acteur judiciaire par les personnels du domaine judiciaire et comme un acteur mixte par les personnels du domaine médical. L'anticipation d'un plan organisé semblait importante dans la prise en compte d'un attentat. La plupart des intervenants pensaient que le médecin légiste pourrait être interpellé pour les levées de corps ainsi que pour l'identification des victimes décédées, des blessés inconscients ou en bas âge, rendant le médecin légiste indispensable dans la cellule d'identito-vigilance. Pour les Procureurs du Parquet de Paris, le médecin légiste n'a pas de rôle dans la levée de corps et dans l'identification. Le retour d'expérience des attentats de Paris et Nice montrait la nécessité d'organiser un retour d'expérience, de la prise de conscience récente de l'utilité du médecin légiste en cas d'attentat et des contraintes dans l'exercice tel que la nécessité d'une activité en mode dégradé et l'impossibilité à prévoir toutes les modalités. Le rôle de la psychiatrie médico-légale était précisé ainsi que la nécessité de prise en charge du psycho-traumatisme des soignants après la gestion de la situation de crise.

CONCLUSION : Un Institut Médico-Légal de province est en mesure de gérer une situation d'attentat à condition d'y être préparé, en mettant au point un protocole spécifique. Les attentes porteront en priorité sur l'identification des victimes vivantes comme décédées permettant au médecin légiste d'être l'élément central de l'identito-vigilance dans les suites d'un attentat.

Abstract

The place of forensic medicine in the ORSEC NOVI-alpha plan (Organization of the Civil Security Response NOMBREUSES VICTIMES [*numerous victims*] – terrorist attacks).

A qualitative study aiming to improve the response of the forensic institute of Grenoble in an attack situation.

BACKGROUND: Forensic medicine has been widely sought during the past two years following the attacks with many victims in France. This situation has led to an awareness of the need for a specific organization.

OBJECTIVE: The purpose of the study was to collect the expectations of institutions and partners regarding forensic pathology during a NOVI-alpha plan.

METHODS: A qualitative study was carried out between February and June 2017, with 25 interlocutors including nine professionals from the judicial field, including five public prosecutors; eight administrative professionals, including one *sous préfet*; four health professionals and four forensic pathologists. The data collected after a standardized survey were analyzed using the triangulation method and organized according to the thematization method.

RESULTS: The forensic pathologist was seen as a health actor by the administrative staff, as a judicial actor by the judicial staff and as a mixed actor by the medical personnel. The anticipation of an organized plan seemed important in the consideration of a terrorist attack. Most of the speakers thought that a forensic pathologist could be called for the scene examination and for the identification of deceased victims, and unconscious or infant wounded victims, making the forensic pathologist essential in the victim identification unit. According to the Public Prosecutors of Paris, the forensic pathologist has no role in the scene examination and in the identification. The feedback from the Paris and Nice attacks showed the need to organize feedback, the recent awareness of the usefulness of the forensic pathologist in the event of an attack and the constraints in the exercise such as the need for an activity in degraded mode and the impossibility to provide for all the modalities. The role of forensic psychiatry was clarified as well as the need to take care of the psycho-trauma of the caregivers after the management of the crisis situation.

CONCLUSION: A Provincial Medico-Legal Institute is able to manage an attack situation provided it is prepared, by developing a specific protocol. Expectations will focus on identifying living victims as deceased, enabling the forensic pathologist to be the central element of victim identification in the aftermath of an attack.

Abréviations

AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
BDRIJ	Brigade De Recherche et d'Identité Judiciaire (Gendarmerie Nationale)
CBV	Certificat de Coups et Blessures Volontaires
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
GIGN	Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale (Unité d'élite de la Gendarmerie Nationale)
IML	Institut Médico-Légal
ITT	Incapacité Totale de Travail
IVC	Identification des Victimes de Catastrophe
OPJ	Officier de Police Judiciaire
ORSEC NOVI	Organisation de la Réponse de Sécurité Civile Nombres Victimes
ORSEC NOVI-a	Organisation de la Réponse de Sécurité Civile Nombres Victimes-attentats
PJ	Police Judiciaire
PMA	Poste Médical Avancé
PUMP	Poste d'Urgence Médico-Psychologique
RAID	Recherche, Assistance, Intervention, Dissuasion (Unité d'élite de la Police Nationale)
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SFML	Société Française de Médecine Légale
UMJ	Unité Médico-Judiciaire
UNIVC	Unité Nationale d'Identification des Victimes de Catastrophe, comprenant l'UGIVC (Unité Gendarmerie d'Identification des Victimes de Catastrophe basée à Rosny-Sous-Bois) et l'UPIVC (Unité Police d'Identification des Victimes de Catastrophe basée à Ecully)

*Le drame accuse la vie.
Nous sommes anéantis, dévastés par l'horreur, enragés de colère.
Le drame bouleverse une personnalité en profondeur,
il vient ajouter une identité, des identités aux identités premières,
à celui ou celle que l'on était avant.
Il ne substitue pas une identité à une autre mais en ajoute une.*

Patrick PELLOUX, *L'instinct de vie*

Introduction

La menace terroriste et la perpétuation d'attentats terroristes ont toujours existé en France et dans le monde. De nombreux exemples le prouvent depuis plusieurs centaines d'années.

L'attentat terroriste est défini par le dictionnaire Larousse comme un « *ensemble d'actes de violence commis par une organisation ou un individu pour créer un climat d'insécurité, pour exercer un chantage sur un gouvernement, pour satisfaire une haine à l'égard d'une communauté, d'un pays, d'un système* » (1). L'article 421-1 du Code Pénal définit les infractions suivantes comme des actes de terrorisme « *lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur : les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport* » (2).

Les années 1980 ont été le théâtre de plusieurs attentats notamment à l'encontre de communautés juives par des mouvements terroristes palestiniens, comme l'attentat de la rue des Rosiers à Paris en 1982. En 1994, la prise d'otages du vol Air France 8969 reliant Alger à Paris, revendiquée par le Groupe Islamique Armé (GIA) dont le but était de créer un Etat islamiste en Algérie, fit 16 blessés civils. Ce même groupe terroriste fut à l'origine des attentats du RER à Paris dans les années 1995-1996, responsable de la mort de 12 personnes et 290 blessés. Les années 1990 furent marquées par les attentats indépendantistes : en Espagne par le groupe Basque ETA dont les exactions causèrent la mort de 829 personnes ; et en Corse où ils connurent leur point d'orgue le 6 février 1998 avec l'assassinat du Préfet ERIGNAC.

Les années 2000 débutèrent par les attentats du 11 septembre 2001, aux Etats-Unis, où 2977 personnes perdirent la vie, actes revendiqués par la cellule terroriste Al-Qaïda. Ce même groupe fut par la suite à l'origine des attentats de Madrid du 11 mars 2004 (3), tuant 191 personnes et en blessant un peu moins de 2000. Par ces deux attentats, les groupes islamistes prouvèrent au monde entier leur capacité d'organisation et le risque d'attentat de masse.

En 2012, le terroriste Mohammed MERAH rappela à la France la menace islamiste grandissante en tuant 7 personnes, militaires ou de confession juive. En 2015, les attentats de janvier puis de novembre à Paris causèrent respectivement 17 et 130 morts et 413 blessés. Le 14 juillet 2016, à Nice, il a été recensé 86 morts et 434 blessés.

Les pouvoirs publics ont, depuis de nombreuses années, réfléchi à des plans organisationnels permettant la gestion de ce type d'évènement. Le dispositif O.R.S.E.C. (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) est un dispositif créé par la loi de modernisation de la sécurité civile de 2004(4). Il fait suite au dispositif OR.SEC (ORganisation des SECours) créé en 1952(5) qui séparait les secours des autres corps de métiers nécessaires dans les suites d'une catastrophe. L'actuel dispositif ORSEC possède plusieurs caractéristiques(6). Tout d'abord il implique toute la société au sein d'un même dispositif, c'est-à-dire les secours (pompiers – SAMU), les forces de l'ordre, les agents des réseaux (eau, électricité, gaz, communications), les communes (par le plan communal de sauvegarde rédigé selon les risques connus pouvant toucher la commune), et l'ensemble des citoyens. Ensuite, le dispositif possède une autorité unique : si l'évènement est circonscrit à une commune c'est le Maire qui est Directeur des Opérations de Secours (DOS), s'il est circonscrit à un département c'est le Préfet de Département qui est DOS et s'il est étendu c'est le Préfet de zone ou le gouvernement qui

est responsable des opérations. Le dispositif peut mobiliser de nombreuses ressources selon l'étendue de la catastrophe, du niveau communal au niveau européen. Le dispositif ORSEC est une organisation, ce n'est pas un document figé, c'est pourquoi il ne se déclenche pas mais est en veille permanente, les moyens sont mis en œuvre progressivement, l'organisation est rôdée par des exercices et des entraînements réguliers, et soumise à un retour d'expérience. Le dispositif organise le fonctionnement de la chaîne de commandement, l'alerte des acteurs, l'alerte et l'information des populations, la communication et certaines missions pré-identifiées comme la prise en charge de nombreuses victimes - l'hébergement - le ravitaillement des populations. Les risques particuliers (naturels, technologiques, sanitaires) doivent être connus et doivent faire l'objet de dispositions particulières. L'adaptation permanente est un point essentiel afin de pouvoir faire face aux nouvelles menaces.

Le dispositif ORSEC est associé à la disposition particulière NOVI (NOmbreuses VIctimes) pour faire face à un afflux massif de victimes. Cette disposition créée en 2005 fait suite à l'ancien « plan rouge »(7). Les retours d'expérience des attentats de Paris ont permis de mettre en évidence que la disposition spécifique NOVI n'était pas adaptée à un attentat terroriste avec tuerie de masse, car elle ne prenait pas en compte le risque de sur-attentat et l'omniprésence des forces de l'ordre, modifiant les possibilités de secours médicaux. Il a donc été créé et révisé un volet NOVI-alpha (NOmbreuses VIctimes – attentats) afin de prendre en compte l'ensemble de ces paramètres, pour mieux organiser les secours en faisant collaborer forces de l'ordre et secours médicaux.

Avant 2015, les retours d'expériences de gestion médico-légale d'un attentat étaient rares au niveau international (3), plus nombreux quant à l'identification (8)(9), inexistant en

France. Le 12 novembre 2015 était signée une instruction interministérielle relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme (10). Il n'y était fait état de la médecine légale qu'à visée des victimes décédées en application des ordres donnés par le Procureur de Paris aux fins d'opérations médico-légales, sans pour autant préciser la teneur de ces opérations. Le retour d'expérience des attentats de novembre 2015 par le directeur de l'AP-HP (11) ne faisait pas mention de la médecine légale, ni de la gestion médico-légale des projectiles retirés des victimes prises en charge, ni de l'identification des victimes lorsqu'elle était difficile. De même au sein du numéro spécial des Annales françaises de médecine d'urgence de février 2016, les articles ne faisaient aucunement état des opérations médico-légales. Des critiques ont émergé dans les suites des attentats de novembre 2015 à l'encontre de l'Institut Médico-légal de Paris (12)(13) concernant les délais d'identification des victimes décédées et hospitalisées. Nombre de retours d'expérience faisaient état de difficultés d'identification des victimes hospitalisées inconscientes, incapables de donner leur identité (14)(15)(16)(17) ; il n'était cependant jamais mentionné une quelconque aide qu'auraient pu recevoir ces professionnels par les médecins légistes dont une des compétences pourrait être l'identification de victimes.

Il est à noter que l'Institut Médico-légal de Grenoble a déjà eu à gérer un certain nombre de catastrophes responsables de nombreux décès. Nous rappellerons le massacre de l'Ordre du Temple Solaire en 1995, tuant 16 personnes ; l'accident de barrage du Drac en 1995, faisant 7 morts dont 6 enfants et 17 impliqués ; la catastrophe du Tunnel du Mont-Blanc en 1999, tuant 39 personnes ou l'accident de car polonais dans la descente de Laffrey en 2007, faisant 26 victimes décédées et 24 blessés.

Un accident de la circulation dans la région grenobloise dans les années 1990 avait permis dans les suites la création de caisses dites « de catastrophe » contenant le matériel nécessaire à des levées de corps multiples et aux constatations multiples sur les lieux de la catastrophe. Cet évènement avait permis dans les suites l'inclusion de la médecine légale au sein du « plan rouge » préfectoral de l'Isère, même si l'intervention du médecin légiste restait sous l'autorité du Procureur de la République. L'accident du barrage du Drac en 1995 avait fait émerger l'utilité d'un accueil des familles par les médecins psychiatres de l'unité, et dans les suites un soutien psychologique pour les forces de l'ordre et les pompiers, même si leur hiérarchie à l'époque restait peu sensible à la problématique. Cette prise en charge psychologique existait avant la création des CUMP(18), à une époque où la prise en charge du psycho-traumatisme commençait à émerger. Le massacre de l'ordre du Temple Solaire avait permis de conforter l'organisation médico-légale en créant dans les suites l'astreinte de médecine légale. Les caisses « de catastrophes » avaient été perfectionnées et il avait été remarqué l'utilité d'un médecin coordonnant les opérations médico-légales. Lors de l'accident de la descente de Laffrey, l'organisation prévue depuis les précédents exemples avait permis la réalisation de levées de corps systématisées dans les heures suivant la catastrophe, puis des scanners mandibulaires pour les corps carbonisés ou non identifiables à des fins d'identification odontologique. Enfin, tous les corps avaient été autopsiés dans un but d'identification pour certains, et de recherche des causes de la mort et du délai de survie pour tous.

Malgré cela, les évènements vécus n'avaient pas permis la rédaction d'un plan organisé que l'on pourrait appeler « plan blanc médico-légal », associé directement au « plan rouge », actuel ORSEC NOVI. L'organisation, qui existait, n'était restée qu'orale. Les changements

multiples d'interlocuteurs dans les différentes structures locales avait alors fait oublier les liens anciens entre l'unité de médecine légale et la Préfecture au sein du « plan rouge ».

L'année 2016 a vu se multiplier les exercices simulant un attentat, et pour la première fois, l'Institut Médico-légal de Grenoble était associé à un exercice préfectoral ORSEC NOVI en avril. C'est à l'occasion de cet exercice qu'il a été remarqué que l'Institut Médico-légal et l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Grenoble étaient dépourvus d'une organisation spécifique, écrite, dans la gestion d'un afflux massif de victimes décédées ou vivantes. Le contexte national, les retours d'expériences réalisés dans les suites (19)(20)(21)(22), et les sollicitations par les ministères de tutelles ou la Société Française de Médecine Légale ont alors fait prendre conscience de la nécessité d'un travail en ce sens.

Malgré cela, la médecine légale restait totalement absente du dispositif ORSEC NOVI, pour lequel la Préfecture de l'Isère travaillait à la rédaction d'un volet attentat (ORSEC NOVI-alpha).

Il n'était jusqu'alors pas défini le rôle précis du médecin légiste dans les suites immédiates, à moyen et à long terme après un attentat terroriste. Il s'est alors posé la question de la place que pourrait prendre la médecine légale et le médecin légiste au sein du dispositif ORSEC NOVI-alpha et la temporalité de ses rôles.

C'est pourquoi l'objectif de l'étude était de déterminer la place de la médecine légale et du médecin légiste dans les suites d'un attentat terroriste, au sein du dispositif ORSEC NOVI-alpha.

Matériel et méthode

Le choix méthodologique s'est porté sur une étude qualitative afin de répondre à la question posée, avec réalisation d'entretiens semi-dirigés. Cette étude suivait les recommandations de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) pour les études qualitatives traduite de l'anglais en 2015 (23).

POPULATION ETUDIEE

La participation du service de médecine légale à un exercice préfectoral ORSEC NOVI-alpha avec attentat multi-site en amont du début de l'étude a permis d'identifier les services de l'état impliqués dans cet exercice. Nous avons retenu trois domaines de compétences : les professionnels du domaine médical, les professionnels du domaine judiciaire et les professionnels administratifs.

Pour des raisons de praticité, il a tout d'abord été réalisé un échantillonnage de convenance incluant un médecin SAMU, un officier de Police Judiciaire et un ingénieur de l'ARS. Ces personnels étaient sollicités en priorité par les liens directs qu'ils jouent auprès du service de médecine légale du CHU. L'échantillon a ensuite été augmenté dans chaque catégorie professionnelle, toujours par convenance auprès de professionnels en lien direct ou indirect avec le service. Dans un second temps, il a été permis l'inclusion de six participants par effet boule de neige. Ces participants étaient sollicités sur recommandations des enquêtés préalablement interrogés.

La participation à l'étude était proposée par e-mail, courrier ou téléphone. Le texte de sollicitation est présenté en tableau 1. Il était identique par voie électronique, postale ou téléphonique, à l'oral.

Tableau 1. TEXTE DE DEMANDE DE PARTICIPATION A L'ETUDE

Objet : demande d'entretien

Madame / Monsieur X

Je suis interne de médecine légale au CHU de Grenoble, dans le service du Pr SCOLAN.

Je réalise actuellement un travail de thèse, dans le but de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, sur la place de la médecine légale au sein d'un dispositif ORSEC NOVI-alpha, en cas d'attentat.

Pour ce travail, je réalise une recherche de type qualitative qui m'amène à réaliser des entretiens afin de faire émerger des éléments de réponse et des pistes de réflexion chez différents professionnels susceptibles d'avoir un rôle important en telle situation.

C'est pour cette raison que je sollicite un rendez-vous avec vous.

Cet entretien a pour but de vous faire discuter de votre vision concernant la spécialité médicale et le rôle qu'elle peut jouer au cours d'un évènement de type attentat.

Je pourrai vous faire part plus en détail de la méthodologie et de mes attentes lors de notre entretien.

Vous remerciant par avance de ce que vous ferez pour moi,
Veuillez agréer, Madame / Monsieur X, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Il a été possible de réaliser 15 entretiens individuels et 4 entretiens de groupe pour un total de 25 participants. Les caractéristiques de la population sont données dans le tableau 2.

L'entretien de groupe est un type d'entretien permettant l'interrogation de plusieurs enquêtés en même temps (2 ou 3 dans notre étude), dans le but de faire émerger des idées chez certains participants en fonction des réponses des autres participants.

Un seul professionnel qui avait été sollicité, par effet boule de neige, n'a pas donné suite et pour lequel il n'a pas été réalisé d'entretien ; il appartenait au domaine administratif en tant que directeur d'établissement de soins. Un seul des participants connaissait

personnellement l'enquêteur avant la réalisation de cette étude. Les autres participants n'avaient jamais rencontré l'enquêteur.

Tableau 2. POPULATION ETUDIEE								
Catégorie Professionnelle	Population			Nombre de participants	Nombre de femmes	Participation à l'élaboration du ORSEC NOVI-a	Entretiens individuels	Entretiens de groupe (nombre de participants)
DOMAINE MEDICAL								
Soignants	2 médecins SAMU	1 psychiatre CUMP	1 colonel Pompier	4	1 (25%)	4 (100%)	4	0
Médecine légale	4 Médecins légistes			4	0	1 (25%)	2	1 (2)
DOMAINE JUDICIAIRE								
Parquet	2 Procureurs Parquet anti-terroriste Paris		3 Procureurs de province	5	3 (60%)	3 (60%)	3	1 (2)
Officiers de Police Judiciaire	1 commandant de Police Judiciaire		3 Gendarmes de BDRIJ	4	0	1 (25%)	1	1 (3)
DOMAINE ADMINISTRATIF								
	1 Sous-Préfet	6 directeurs Etablissements de santé	1 ingénieur ARS	8	5 (62.5%)	8 (100%)	5	1 (3)
TOTAL				25	9 (36%)	17 (68%)	15	4 (10)

REALISATION DES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET DES ENTRETIENS DE GROUPE

SEMI-DIRIGES

Les entretiens ont été réalisés entre février 2017 et juin 2017 par un enquêteur de sexe masculin, interne en médecine dans la spécialité de médecine légale. Il a été réalisé des entretiens semi-dirigés individuels ainsi que des entretiens semi-dirigés de groupe, à partir

d'un guide d'entretien préalablement rédigé. Le guide d'entretien a été ajusté après le premier entretien réalisé. Le guide ajusté est présenté dans le tableau 3.

Les entretiens ont toujours été réalisés sur le lieu de travail de l'enquêté. Ils n'ont jamais été répétés.

La méthodologie de l'étude était expliquée en détails avant réalisation de l'entretien. Il était demandé à l'enquêté, par voie orale, son accord à un enregistrement audio-phonique. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration normale à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) auprès du CIL (Correspondant Informatique et Libertés) de l'université de rattachement.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un magnétophone numérique et ensuite retranscrits au mot près sur un traitement de texte informatique (Word®). Un seul entretien réalisé n'a pas été enregistré sur demande de l'enquêté. Il a été pris des notes au cours de cet entretien, secondairement retranscrites, qui ont été utilisées lors du codage des données.

La durée des entretiens était variable, de dix-sept à cinquante-cinq minutes.

Il n'était donné aucune hypothèse de recherche avant la réalisation de l'entretien. Seuls deux participants qui appartenaient au même entretien de groupe ont demandé à avoir accès au guide d'entretien avant la réalisation de l'entretien. Ces deux mêmes participants ont demandé à relire les données retranscrites à l'issue de l'entretien. Les modifications apportées après relecture étaient mineures.

Les entretiens retranscrits sur traitement de texte informatique étaient ensuite anonymisés pour ne laisser apparaître que le domaine de compétence de l'enquêté (médical – judiciaire – administratif) suivi d'un chiffre donné de façon arbitraire suivant l'ordre de réalisation des entretiens, suivi de la catégorie professionnelle de l'enquêté.

Tableau 3. GUIDE D'ENTRETIEN**PLACE DE L'INTERLOCUTEUR DANS LE DISPOSITIF ORSEC NOVI-ALPHA**

1. Avez-vous participé à l'élaboration du dispositif ORSEC NOVI-a ?
Quel est votre rôle en cas de déclenchement du dispositif ORSEC NOVI-a ?

LE MEDECIN LEGISTE AU SEIN DU DISPOSITIF ORSEC NOVI-ALPHA

1. Avez-vous déjà envisagé l'intervention des médecins légistes au cours d'un dispositif ORSEC NOVI-alpha ?
Depuis quand avez-vous envisagé cette possibilité ?
Comment avez-vous envisagé cette possibilité ?
Vous a-t-on donné une directive en ce sens ? Est-ce une idée personnelle ?
2. Le légiste a un rôle double, de soignant et d'auxiliaire de justice. Qu'en pensez-vous ?
3. Pour vous, dans l'organisation du dispositif ORSEC, qui doit interpellier le médecin légiste en cas de déclenchement du plan ORSEC NOVI-alpha et sous quelle autorité se place-t-il ?
4. Pour vous, dans quel délai le médecin légiste doit-il intervenir ?
Si on considère un évènement de type attentat, que voyez-vous faire au médecin légiste :
- Dans les 2 premières heures ?
- Dans les 24 premières heures ?
- Dans les 10 premiers jours ?
- Après 10 jours et dans les mois qui suivent l'évènement ?
5. Selon vous, quelles victimes doivent être prises en charge par le médecin légiste au cours d'un plan ORSEC NOVI-a ?

LA MODIFICATION DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL AU COURS D'UNE SITUATION D'ATTENTAT

1. Les indications des différents actes médico-légaux diffèrent-elles selon vous au cours d'un plan ORSEC NOVI-a, par rapport à l'activité habituelle de thanatologie (hors décès de masse)
Préciser : levée de corps, scanner, autopsie, prélèvements...
2. Par rapport à l'activité habituelle de médecine légale du vivant (hors victime de grand nombre), les indications de certificat de coups et blessures diffèrent-elles au cours d'un plan ORSEC NOVI-a ?
Les questions de la mission seront-elles différentes ?
3. Quel regard avez-vous sur la psychiatrie médico-légale en situation d'attentat ?
Redéfinir si besoin la psychiatrie médico-légale
A-t-elle une place particulière ?
Les questions de la mission seront-elles spécifiques et différentes de l'activité habituelle ?

LES RENFORTS A DISPOSITION D'UN SERVICE DE MEDECINE LEGALE

1. En imaginant un évènement de grande ampleur, devant le nombre limité de médecins légistes d'une zone donnée, comment imaginez-vous les renforts qui peuvent être proposés ?
Organisés par qui ?
Renforts dans quelle catégorie de personnel ?

* En écriture normale les questions principales ; en écriture italique les questions de relance posées en fonction de la réponse à la question ou après incompréhension de la part de l'enquêté.

ANALYSE DES DONNEES

Les *verbatim* étaient lus à plusieurs reprises par deux médecins légistes du service de médecine légale du CHU de Grenoble qui avaient participé à un exercice préfectoral ORSEC NOVI-alpha quelques mois auparavant et qui n'avaient pas participé aux entretiens. Ils procédaient ensuite à une analyse en deux temps, le premier de repérage des mots ou phrases porteurs de sens permettant de leur donner un code, le deuxième de catégorisation des codes. L'organisation des codes selon un arbre de codage était réalisée sur un tableur informatique (Excel®).

La triangulation des données était réalisée dans un troisième temps conjointement par les deux médecins qui avaient codés les données et par l'enquêteur qui avait réalisé les entretiens. Après plusieurs réflexions il était retenu un seul code pour chaque idée retrouvée dans les *verbatim*.

Les données étaient ensuite organisées selon la technique de thématization, en thèmes et sous-thèmes, qui étaient déterminés à partir des données retrouvées dans les *verbatim*.

Le codage et la triangulation des données avaient lieu au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin de faire émerger les nouvelles données et d'évaluer au fur et à mesure la saturation des données.

La saturation des données était considérée obtenue après deux entretiens consécutifs réalisés pour lesquels il n'apparaissait pas de nouvelle donnée. La saturation paraissait également obtenue devant l'absence de nouvelle catégorie socio-professionnelle à associer à l'étude.

Résultats

Après analyse des retranscriptions des entretiens réalisés il a été mis en évidence des différences et des idées similaires, entre les différentes catégories professionnelles étudiées, concernant la place du médecin légiste au sein du dispositif ORSEC NOVI-alpha.

Le tableau 3 présente les codes retrouvés dans cette étude et la répartition de ceux-ci au sein des différentes catégories professionnelles étudiées. Ils sont organisés en thèmes et sous-thèmes.

THEMES		Codes					
Sous-Thèmes		Soignants	Médecins légistes	Procureurs Paris	Procureurs Province	Officiers de Police Judiciaire	Domaine administratif
THEME 1 - VISION EXTERIEURE DU METIER DE MEDECIN LEGISTE							
	Acteur sanitaire						•
	Acteur judiciaire			•	•	•	
	Acteur sanitaire et judiciaire	•	•				
	Méconnaissance du métier	•	•				•
THEME 2 - ORGANISATION DU PLAN BLANC MEDICO-LEGAL							
Nécessité d'anticipation	La justice est intégrée au plan NOVI-a* préfectoral				•		
	La justice n'est pas intégrée au plan NOVI-a* préfectoral			•			
	Création d'un volet médecine légale au plan blanc	•	•				•
	Création de listes, annuaires, procédures de rappel	•			•		•
	Logistique de stockage des corps		•	•	•		
	Entraînement à la situation d'attentat	•	•			•	•
Premières heures post-attentat	Pré-alerte / alerte	•	•	•	•	•	•
	Cellule de crise	•			•		•
	Coordination par le directeur de l'IML*	•	•	•			
	Organisation des moyens	•	•	•	•		•
	Présence du médecin légiste sur les lieux de secours	•					•
	Identification du médecin légiste sur les lieux	•					•

Tableau 3. Arbre de codage – Suite 1							
THEMES Sous-Thèmes	Codes	Soignants	Médecins légistes	Procureurs Paris	Procureurs Province	Officiers de Police Judiciaire	Domaine administratif
Prise en charge des victimes par le médecin légiste	Dresser le bilan des victimes blessées ou décédés		•		•	•	
	Nécessité de levée de corps par les médecins légistes	•	•		•	•	
	Levée de corps uniquement par techniciens UNIVC*			•			
	Identification victimes décédées	•	•		•	•	•
	Identification victimes vivantes inconscientes	•	•				•
	Identification enfants en bas âge	•					•
	Identification uniquement par des techniciens UNIVC			•			
	Scanner post-mortem			•	•	•	•
	Accueil des familles de victimes						•
	Annonce des décès aux familles	•					
	Présentation et restitution des corps		•	•	•		
Association des différents cultes		•					
Collaboration médecine légale / justice	Binôme médecin légiste / OPJ*	•	•				•
	Plus-value du médecin légiste		•		•	•	
	Médecin légiste intégré au système judiciaire				•		
Renforts médico-légaux	Capacités d'un IML* local	•	•				
	Relations avec la SFML*		•				
	Intervenants extérieurs sur le travail thanatologique						•
	Intervenants extérieurs sur le travail de CBV*					•	
	Légistes autochtones pour identification des vivants		•				•
	Réforme de médecine légale néfaste pour le réseau				•	•	
	Volontaires nombreux en cas d'attentat						•
Pool national de médecins légistes					•		
Travail à distance de la phase aigüe	Expertise		•		•		•
	Réactualisation de l'état des blessés					•	
	Travail à distance moins dénaturé		•				
Autorité dont dépend le médecin légiste	Judiciaire		•	•	•	•	
	Administrative : services de l'état et collectivités						•
	Direction des établissements de soins	•					•
	Médicale par le SAMU*	•					
	Mixte : Judiciaire et administrative	•					•

THEMES							
Sous-Thèmes	Codes	Soignants	Médecins légistes	Procureurs Paris	Procureurs Province	Officiers de Police Judiciaire	Domaine administratif
THEME 3 – RETOUR D’EXPERIENCE APRES LES ATTENTATS DE PARIS ET NICE							
Nécessité d’organiser un retour d’expérience		•	•	•	•	•	•
Conscience récente de l’utilité du médecin légiste en cas d’attentat			•			•	•
Activité en mode dégradé	Autopsie non systématique			•			
	Travail médico-légal dans un lieu unique			•			
	Contrainte financière			•	•		
Improvisation	Attentat multimodal imprévisible		•		•	•	•
	Impossibilité à tester le processus				•		•
	Plans organisationnels en cours d’élaboration						•
Pression des autorités, des familles de victimes, de la société, des médias		•	•	•	•		•
THEME 4 - NOUVELLES MISSIONS / NOUVELLES DONNEES							
Identito-vigilance	Nouveauté de l’identification des vivants	•					•
	Médecin légiste impliqué dans l’identito-vigilance	•	•				•
	Organisation de l’identification des victimes	•	•				
	L’identification est un acte de soin		•				•
Demande de formation aux rôles du médecin légiste							•
Prise en charge de la souffrance des soignants		•	•				•
Psychiatrie médico-légale	Méconnaissance				•	•	
	Articulation avec la CUMP*	•	•				•
	Psychiatrie médico-légale dissociée du soin		•		•		
	Nécessité d’harmonisation de l’ITT* psychologique	•			•		
Définition des victimes		•	•		•		•
LEGENDE							
• code donné par la catégorie professionnelle nommée							
NOVI-a : NOmbreuses VIctimes – attentats							
IML : Institut Médico-Légal							
UNIVC : Unité Nationale d’Identification des Victimes de Catastrophe							
OPJ : Officier de Police Judiciaire							
SFML : Société Française de Médecine Légale							
CBV : certificat de Coups et Blessures Volontaires							
SAMU : Service d’Aide Médicale Urgente							
CUMP : Cellule d’Urgence Médico-Psychologique							
ITT : Incapacité Totale de Travail							

Dans la suite des résultats il va être exposé les quatre thèmes et leurs sous-thèmes trouvés à la lecture des retranscriptions des entretiens réalisés. Les différents codes proposés par les médecins codeurs seront illustrés par les citations extraites des entretiens.

THEME 1 - VISION EXTERIEURE DU METIER DE MEDECIN LEGISTE

Le premier thème abordé par les professionnels interrogés était leur vision de la profession et du métier de médecin légiste.

○ ACTEUR SANITAIRE :

Pour certains professionnels, uniquement du domaine administratif, le médecin légiste avait un rôle d'acteur sanitaire exclusif.

Administratif 7 – Etablissement de soins

« Forcément pour moi c'est un acteur hospitalier »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Pour nous, ils font partie de la chaîne de santé au même titre que les autres. »

○ ACTEUR JUDICIAIRE :

Pour d'autres professionnels, uniquement du domaine judiciaire, le médecin légiste avait un rôle exclusif d'auxiliaire de justice.

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« C'est un auxiliaire de justice pour moi le médecin légiste. (...) Il rentre pas du tout en compte dans le secours. Il se positionne comme un enquêteur de la PJ. »

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« C'est un acteur de Justice pour moi, la médecine légale c'est pas secours. »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« C'est un auxiliaire de Justice. »

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« Ah, bien sûr un auxiliaire de justice. »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« Que ce soit à Paris ou que ça soit à Nice, les légistes ne sont pas intervenus sur les secours. Ils ont été exclusivement dédiés aux opérations de médecine légale. »

○ ACTEUR SANITAIRE ET JUDICIAIRE :

Pour certains professionnels, uniquement du domaine médical, le médecin légiste avait un rôle mixte d'acteur sanitaire et d'auxiliaire de justice.

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« C'est un auxiliaire de justice parce qu'il travaille sur réquisition donc nier que c'est un auxiliaire de justice alors que c'est la définition de la réquisition ça paraît un petit peu difficile, et parallèlement je pense qu'il participe comme l'ensemble des intervenants à la réponse institutionnelle sur le plan médical. »

Domaine médical 7 – médecin psychiatre

« J'allais dire "les deux mon général" mais pour nous parce qu'on a une vision médicale, c'est avant tout un médecin [...], qui a une fonction certes d'identification de victimes, d'autopsies donc d'auxiliaire de justice [...] Je pense que si les médecins légistes se positionnent bien, tout le monde reconnaîtra qu'ils sont à la fois auxiliaire de Justice et aussi médecins et acteurs de l'hôpital. »

○ MECONNAISSANCE DU METIER DE MEDECIN LEGISTE :

Les professionnels du domaine médical et du domaine administratif reconnaissent facilement leur méconnaissance du métier de médecin légiste et des champs d'activités couverts par la profession.

Domaine médical 2 – médecin SAMU

« Alors il y a sûrement des choses par méconnaissance du rôle du médecin légiste. »

Administratif 4 – Etablissement de soins

« S'il faut faire une fiche réflexe pour le médecin légiste on est prêt à la faire mais faudra qu'on sache un peu plus quel est son profil de poste. »

De la même manière, les médecins légistes eux-mêmes étaient conscients de la méconnaissance du travail médico-légal de la part de leur hiérarchie.

Domaine médical 8 – Médecin légiste

« C'est quelque chose qui a été complètement mis sur le côté par les administratifs et qu'on n'en a pas pris du tout l'ampleur et les conséquences. [...] La priorité ce qui est logique revient aux blessés et aux impliqués et que la médecine légale et les morts ça concerne pas tellement... C'est pas dans la mentalité de l'hospitalier. »

THEME 2 - ORGANISATION DU PLAN BLANC MEDICO-LEGAL

Le second thème abordé était la place de la médecine légale au sein du dispositif ORSEC NOVI-alpha, et les rôles du médecin légiste au sein de ce dispositif.

○ **NECESSITE D'ANTICIPATION :**

L'anticipation passait par l'intégration des acteurs médicaux, judiciaires et administratifs à des plans organisationnels avec la réflexion des moyens à mettre en œuvre en cas d'attentats, et l'entraînement aux situations d'attentat.

- La justice est intégrée au plan NOVI-alpha préfectoral

Pour les Procureurs de la République de province, la justice devait participer à l'élaboration du dispositif ORSEC NOVI-alpha préfectoral dans le but de mutualiser les moyens et permettre une coopération de qualité entre les différents intervenants en cas d'attentat.

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« Je pense que c'est absolument indispensable d'intégrer la dimension judiciaire à ce type de travaux. »

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« Je suis pas certain qu'il y ait beaucoup de sollicitations de la Justice sur l'organisation, la préparation. C'est vraiment dans les mains du Préfet. [...] La Justice, les Parquets, les Procureurs de la République pourraient être utilement consultés pour mieux intégrer la dimension judiciaire de l'événement, les conséquences judiciaires »

- La justice n'est pas intégrée au plan NOVI-alpha préfectoral

Pour les Procureurs de la République du Parquet anti-terroriste de Paris, la justice ne participait pas, et ne devait pas participer à ce type de plan organisationnel qui n'aurait pas de lien avec la prise en charge judiciaire de la situation d'attentat.

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« On ne participe pas. On ne participe en rien au plan ORSEC NOVI-a [...] Généralement ça va se faire de façon concomitante ou parallèle.»

- Création d'un volet médecine légale au plan blanc

Les personnels du domaine médical ainsi que les personnels du domaine administratif proposaient la création d'un volet médecine légale dans le plan blanc d'établissement de soins. L'objectif était de formaliser les besoins en amont d'un attentat et de permettre une conduite à tenir claire et réfléchie si la situation se produisait.

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« Si c'est pas préétabli, le jour J ça ne marchera pas »

Domaine médical 3 – Médecin légiste

« Il y a eu des organisations de réunion avec le directeur général, le directeur qualité pour en parler. Où on a été un peu annexés dans un correctif du plan blanc »

Domaine médical 8 – Médecin légiste

« Mais c'est surtout je crois les renforts logistiques à partir d'un plan le plus réfléchi et élaboré possible »

Administratif 8 – Etablissement de soins

« Dans notre dispositif plan blanc, quand on déclenche le plan blanc, on doit avoir une fiche réflexe, une procédure qui décrit l'intervention de la médecine légale »

- Création de listes, d'annuaires, de procédures de rappel

Les soignants, les Procureurs de province et les personnels administratifs décrivaient la nécessité d'une liste préétablie de numéros utiles en cas d'évènement terroriste pour transmettre les informations aux personnes concernées.

Administratif 6 – Etablissement de soins

« On a une petite fiche, un petit mémo, où on a tous les numéros »

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« C'est pour ça qu'il nous faut un dispositif pour que localement on connaisse les numéros utiles »

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« "appelez la liste" donc c'est nous qui la déclenchons. »

- Logistique de stockage des corps

Les médecins légistes et les Procureurs de Paris et de province affirmaient la nécessité d'une organisation en amont de la gestion des corps des victimes. L'organisation portait autant sur le nombre de corps qu'il est possible d'accueillir que du lieu d'accueil.

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Est-ce qu'il faut envisager des capacités de gardiennage supplémentaire par rapport à notre capacité ? »

Domaine médical 3 – Médecin légiste

« La première étape ça a été d'essayer de répertorier les différentes places existantes dans les différents... Nous on est scindés dans 3 zones structurelles du CHU, et à chaque fois il y a une chambre mortuaire avec un certain nombre de place. Parallèlement à ça on a travaillé sur le nombre de places de chambres mortuaires qui existaient à la faculté de médecine. »

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« Un problème de stockage aussi, il y a 70 caissons pour recueillir les corps, on a groupé, on avait envisagé de regrouper autour de l'IML tous les corps. »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« Comme à Nice où la Préfecture a requis des camions réfrigérés dans lesquels les corps ont été stockés [...] il faut absolument réussir à isoler ce secteur de telle façon que les proches ne puissent absolument pas y accéder. »

- Entraînement à la situation d'attentat

La réalisation d'exercices « plan blanc » ou d'exercices « ORSEC NOVI-alpha » pour les personnels administratifs, ceux du domaine médical et les officiers de Police judiciaire permettrait de mieux connaître les procédures et repérer les points sensibles à améliorer.

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Peut-être que ce serait intéressant de travailler avec vous sur un aspect médecine légale antemortem dans le cadre de ces exercices, en plus de l'animation territoriale. Ça serait une valeur ajoutée pour les médecins légistes pour faire connaître leurs procédures. »

Administratif 7 – Etablissement de soins

« On a commencé à envisager des cas où on pourrait faire appel au médecin légiste et en fait pour nous ça reste encore flou, parce qu'on n'a pas encore été confrontés. On n'a jamais joué le plan pédiatrique, même en exercice. »

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« On fait des échanges avec le SAMU, avec les pompiers. On fait des exercices, NOVI et NOVI-a, de manière à ce que ceux qui nous connaissaient peu voire pas du tout il y a peut-être 10 ans, comprennent aujourd'hui qu'on a un rôle important à jouer ; au second plan par rapport aux secours aux personnes. »

Domaine médical 8 – Médecin légiste

« C'est avec le temps je dirais que les réflexions apparaissent. Et on dit "tiens, on n'a pas pensé à ça" ou à telle chose. »

○ PREMIERES HEURES POST-ATTENTAT :

Les premières heures faisant suite à l'attentat étaient considérées comme le temps de l'alerte et de l'organisation des moyens.

- Pré-alerte / Alerte

Chaque catégorie professionnelle considérait le temps de l'alerte comme un temps primordial.

Les médecins de SAMU considéraient que l'alerte devait être réalisée par le SAMU.

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« "Comment peut-on faire pour que le médecin légiste soit averti le plus tôt possible qu'il y a une alerte en cours ?" Donc si c'est comme ça qu'on pose la question, la réponse c'est le SAMU. »

Les personnels administratifs pensaient que l'alerte devait venir de la direction des établissements de santé.

Administratif 6 – Etablissement de soins

« Si le plan blanc est déclenché, mon réflexe va être de solliciter mon médecin légiste d'astreinte puisque c'est la procédure qu'on a définie. »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« En revanche on peut interpeller le médecin légiste, il va bien falloir que les établissements puissent dire "moi j'ai trois victimes non-identifiées, il me faut un médecin légiste". »

Les Procureurs de la République en province ainsi que les OPJ pensaient que l'alerte devait être réalisée par les OPJ.

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« A partir du moment où on va avoir la survenance d'un acte terroriste avec des victimes, la médecine légale est avisée. Elle l'est plus généralement de manière matérielle par les services de Police qui vont demander le déplacement d'un médecin légiste sur la zone »

Domaine judiciaire 3 – OPJ Gendarmerie

« Généralement c'est nous, c'est les TIC [Techniciens d'Identification Criminelle]. Et c'est quelque chose qui est demandé par les médecins, notamment sur les affaires criminelles. »

Les Procureurs du Parquet anti-terroriste de Paris pensaient que l'alerte du médecin légiste devait être réalisée par leur service.

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« C'est nous qui appelons dès que l'attentat est commis. Immédiatement on prend attache avec l'institut médico-légal pour faire un premier état des lieux »

Les médecins légistes quant à eux sont conscients des différents intervenants susceptibles de faire appel à eux.

Domaine médical 4 – Médecin légiste

«Le SAMU est susceptible de faire appel »

Domaine médical 8 – Médecin légiste

« Je pense que ça sera plus fiable si c'est fait par les enquêteurs »

- Cellule de crise

Les soignants, les Procureurs de province et les administratifs notaient la nécessité de l'organisation d'une cellule de crise, où devrait figurer le médecin légiste.

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« Procédures d'alerte et d'ouverture de la salle de crise où on préviendrait dans ce cas-là systématiquement un médecin légiste dont on aurait en permanence le numéro de téléphone portable. »

Domaine judiciaire 7 – Procureur province

« On ouvre une cellule de crise, je viens dans cette cellule, je sollicite l'intervention de l'institut médico-légal en demandant l'envoi à la cellule de crise du Parquet un référent. »

Administratif 6 – Etablissement de soins

« Il faudra qu'il y ait un médecin légiste présent à la cellule de crise de la Préfecture pour qu'il puisse avoir les bonnes informations et notamment répondre aux obligations demandées par le Préfet et le Parquet Antiterroriste de Paris, mais au niveau hôpital il faudra qu'on ait le relais de notre médecin personnel de l'hôpital. »

Il est à noter que chaque intervenant proposait l'intervention du médecin légiste dans la cellule de crise correspondant à son domaine de compétences.

- Coordination par le directeur de l'institut médico-légal

Le directeur de l'institut médico-légal avait une place prépondérante dans la coordination des opérations médico-légales à réaliser, tout en étant libéré des opérations techniques. Les personnels du domaine médical et les Procureurs du Parquet de Paris le soulignaient.

Domaine médical 2 – Médecin SAMU

« Donc avoir un médecin légiste ne serait-ce que comme interlocuteur pour anticiper toute cette montée en puissance dans son domaine »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« L’interlocuteur principal ça reste le directeur de l’IML. [...] C’est à dire qu’il soit complètement libéré pour coordonner toutes les actions des médecins légistes et de tous ceux qui vont intervenir en aide ou en renfort des légistes, régler toutes les questions innombrables matérielles qui se posent en permanence. Et il ne peut pas être à la fois sur une table en train de procéder à une autopsie ou à un examen de corps et répondre au téléphone, répondre à nos interrogations, nos requêtes. En termes d’organisation ça semble assez essentiel. »

Domaine médical 8 – Médecin légiste

« C’est le rôle du médecin légiste de coordonner, de recueillir les informations et de les transmettre le mieux possible [...] Le médecin qui a pris en charge, il coordonne, il peut pas être sur le terrain également »

- Organisation des moyens

Pour les personnels du domaine médical, les Procureurs, ainsi que pour les administratifs, les premières heures faisant suite à l’attentat devraient être une période d’évaluation des moyens à déployer et de mise en place de la structure nécessaire.

Domaine médical 2 – Médecin SAMU

« Je pense que les deux premières heures ça sera plus une mise en place de la structure, [...], de préparation de tout ce qu’ils vont avoir à faire sur les heures suivantes. »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Evaluer l’ampleur de la catastrophe, de l’attentat, de manière à pouvoir adapter les moyens aux besoins. C’est-à-dire, quel est le nombre de victimes, quelle est la typologie de l’attentat, quelles opérations on va mettre en œuvre ? »

Domaine judiciaire 7 – Procureur province

« Organiser une priorisation de la prise en charge et de faire en sorte que l’institut médico-légal soit en ordre de marche, au moins pour les autopsies, pour assurer des autopsies dans un délai raisonnable de toutes les personnes décédées. »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« La priorité c'est d'organiser les tables d'autopsies, de mobiliser scanner, radio, du renfort, mobiliser des légistes qui viendraient d'ailleurs en France. Du personnel, administratif mais également des brancardiers. »

Administratif 8 – Etablissement de soins

« C'est organiser en interne, rappeler les collègues, voir qui est disponible. A quel poste il faut mettre les bonnes personnes, organiser la réponse aux besoins de l'établissement, donc se rendre disponible. »

- Présence du médecin légiste sur les lieux de secours

Pour les soignants et les administratifs, le médecin légiste pourrait jouer un rôle dans la zone d'évacuation, une fois la menace neutralisée. Il pourrait également être placé à l'accueil dans les établissements de soins. L'objectif du médecin légiste serait de permettre d'améliorer l'information des autorités concernant les victimes évacuées vers les établissements de santé.

Administratif 5 – Sous-Préfet

« Le curseur ne doit pas être pris à H0 de l'attentat, mais à H0 de la neutralisation de la menace »

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« Le légiste sur place dans le cadre d'un attentat il peut aussi être source d'information [...] Est-ce qu'il faut par exemple qu'il y ait un légiste à la zone d'évacuation et qui voit passer toutes les victimes évacuées vers les établissements de santé ? Est-ce qu'il faut un légiste à l'accueil dans les différents établissements de santé ? »

- Identification du médecin légiste sur les lieux

La situation d'attentat produit une désorganisation de l'ensemble des services de l'état, et la menace peut ne pas être contrôlée immédiatement. C'est pour cette raison que les soignants et les personnels administratifs proposaient des solutions (chasuble, carte professionnelle) pour permettre au médecin légiste de travailler au plus proche des victimes tout en s'identifiant auprès des autres acteurs (médicaux, judiciaires, forces de l'ordre) et en permettant un accès facilité au médecin légiste des lieux qui lui seraient accessibles.

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« Il faudrait même que vous soyez identifiés formellement avec des chasubles. Une chasuble avec dans le dos marqué "médecin légiste". »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« L'identification des médecins légistes. Quand on va déclencher un plan départemental de mobilisation dans le cadre du dispositif ORSEC NOVI-a, les établissements vont se sécuriser. Ils vont fermer les entrées, il va y avoir une sécurisation par des périmètres de protection. Il y a donc un vrai enjeu à travailler sur l'identification de ceux qui vont pouvoir entrer dans ce périmètre de sécurité et comment ils vont pouvoir y rentrer. »

○ PRISE EN CHARGE DES VICTIMES PAR LE MEDECIN LEGISTE :

- Dresser le bilan des victimes blessées ou décédées

Les médecins légistes, les Procureurs de province et les officiers de Police judiciaire notaient la nécessité d'une connaissance rapide du bilan humain tant en terme de victimes blessées que décédées. L'objectif de ce bilan était de réfléchir aux moyens à mettre en place selon la situation rencontrée.

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« En fonction de la typologie de l'attentat on connaît pas le ratio survivants / morts »

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« Peut-être que sur une scène d'attentat, le légiste pourrait nous aider un petit peu dans ce sens-là, à nous dire "effectivement de ce que j'ai vu moi, à ce stade-là, je pense qu'il y a 15 blessés graves, 15 blessés... 15 pronostics vitaux engagés, 15 blessés moins graves" »

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« C'est le médecin légiste qui va constater les décès, établir le certificat de décès avec l'obstacle médico-légal et dire où on en est de la situation exacte [...] Parce qu'on aura écrit dans le plan ORSEC NOVI, on saura a priori quoi faire en fonction du nombre de morts, du nombre de blessés, qu'est-ce qu'on fait sur place, qu'est-ce qu'on fait à l'IML »

- Nécessité de levée de corps par les médecins légistes

Pour les soignants ainsi que pour les Procureurs de province et les OPJ, le médecin légiste avait un rôle à jouer dans la levée de corps. L'objectif mis en avant était de permettre de contextualiser les rapports d'autopsie ou d'examen de corps dans les suites.

Domaine médical 2 – Médecin SAMU

« Déjà sur le terrain, il va y avoir les saisines pour aller faire tout ce qui est mise en place sur site de levée de corps, de récupération de corps »

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« Je pense que la médecine légale a sa place sur l'événement parce que l'observation de la scène de crime elle permet de mieux comprendre après ce qu'on va trouver aux opérations d'examen de corps et d'autopsies »

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« C'est un premier avis qui dans la procédure judiciaire a un grand intérêt pour nous [...] l'observation de la scène de crime elle permet de mieux comprendre après ce qu'on va trouver aux opérations d'examen de corps et d'autopsies »

Pour les médecins légistes, l'utilité était réelle pour contextualiser mais la présence d'un médecin légiste auprès de chaque victime ne semblait pas indispensable.

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Qu'il y en ait un sur le site pourquoi pas, mais l'utilité d'un médecin légiste pour chaque corps ça me paraît pas essentiel »

- Levée de corps uniquement par les techniciens UNIVC

Pour les Procureurs du Parquet anti-terroriste de Paris, les médecins légistes n'intervenaient pas sur la levée de corps, réalisée uniquement par les Techniciens de la Police Technique et Scientifique de l'Unité Nationale d'Identification des Victimes de Catastrophes (UNIVC).

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« [levée de corps] sans médecin légiste, uniquement par des techniciens de l'Unité Nationale d'Identification des Victimes de Catastrophes. [...] et de façon traditionnelle sur les scènes de crimes à Paris, ils n'interviennent pas d'ailleurs. Ils ne se déplacent pas en général, c'est tout à fait exceptionnel, ce qui est différent en province. »

- Identification des victimes décédées

Pour l'ensemble des acteurs, en dehors des Procureurs de Paris, le médecin légiste était partie prenante au travail d'identification des victimes décédées.

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« Le médecin légiste il a son rôle d'identificateur formel que n'auront pas les secours »

Domaine médical 8 – Médecin légiste

« Notre travail essentiel sur lequel on sera jugés, je crois que c'est sur l'identification (...) Que l'objectif d'identification a été rempli le plus prêt de la réalité »

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« Les premières heures pour moi c'est l'identification, comptabilisation des victimes »

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« La deuxième phase qui est toute aussi urgente c'est l'identification des victimes, parce qu'on va tous avoir une grosse pression là-dessus. »

Administratif 5 – Sous-Préfet

Identification ++. Deux équipes de médecins légistes : une sur le terrain, l'autre à la chambre mortuaire

- Identification de victimes vivantes inconscientes

Pour les soignants ainsi que pour les médecins légistes et les personnels administratifs, le médecin légiste permettait une aide à l'identification des victimes vivantes inconscientes, hospitalisées dans des unités de soins continus ou réanimations.

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« Ce qui est de la reconnaissance des victimes vivantes, il peut apporter une aide que les secours n'auront pas le temps d'organiser »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Le médecin a quand même des prérogatives vis-à-vis du corps qu'ont pas les techniciens de la Police. Un corps a besoin d'être mobilisé, doit être déshabillé. Je crois qu'il doit y avoir un médecin lorsque ces opérations sont réalisées, ça me paraît important. »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Pour moi c'est un acteur de la prise en charge de la victime dans le système de l'offre de soins [...] son rôle à lui c'est de m'identifier ma victime. »

Administratif 6 – Etablissement de soins

« La médecine légale elle a forcément sa place. Alors on pense toujours aux morts c'est une chose mais il y a aussi ce rôle sur les victimes et sur l'identification des victimes qui vont arriver et qu'on va pas être en mesure d'identifier facilement. [...] On va avoir des patients qui vont être dans nos lits et pour qu'on puisse leur prodiguer les meilleurs soins, qu'on essaye de les identifier le plus rapidement possible. »

- Identification des enfants en bas âge

Pour les soignants et les personnels administratifs, les enfants en bas âge, incapables de donner leur identité (ou une identité fiable) devaient aussi être pris en charge, au même titre que les adultes inconscients.

Domaine médical 2 – Médecin SAMU

« L'identification de victimes non identifiées au sein d'un établissement de santé, voire les enfants quand ils sont pas en âge de donner leurs identités : ça c'est quelque chose qui s'est vraiment mis en place avec la partie NOVI parce qu'on a réfléchi dessus »

Administratif 7 – Etablissement de soins

« Nous notre préoccupation c'est de dire qu'on va avoir un afflux massif de victimes, que même si elles sont pas très blessées ou... de grosses victimes, vont pas être capables de verbaliser parce que c'est des petits enfants. Et qu'en fait pour nous le lien à faire entre les victimes et leur entourage familial il risque d'être très compliqué »

- Identification uniquement par des techniciens UNIVC

Pour les Procureurs du Parquet Anti-terroriste de Paris, l'identification n'était pas du ressort du médecin légiste. Ce rôle était entièrement dédié à l'Unité Nationale d'Identification des Victimes de Catastrophes, qu'il s'agisse des victimes décédées ou vivantes.

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« **L'équipe d'identification ce sont des médecins légistes ou des techniciens ?** Non, ce sont des techniciens, les légistes n'interviennent pas dans l'identification. Absolument pas.

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« S'agissant des personnes hospitalisées et inconscientes ou hors d'état de s'exprimer, c'est le protocole IVC qui s'appliquera et donc le légiste ne sera pas sollicité. De façon générale, le légiste n'intervient pas dans le processus d'identification, sauf éventuellement s'il participe avec l'IVC aux examens de corps pour le post mortem. »

- Scanner post-mortem

Pour les personnels du domaine judiciaire, le scanner post-mortem était un examen indispensable avant toute autre opération médico-légale.

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« C'est de toute façon systématiquement radio-scanner »

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« Le scanner il va permettre aussi d'aider le médecin légiste à comprendre les causes de la mort en absence de projectile ou de corps étranger. Donc j'ai envie de dire : il faut le systématiser.»

Pour un Procureur de province et les personnels administratifs, il est indispensable de s'organiser pour permettre d'avoir un appareil dédié à la réalisation des examens.

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« Est-ce que les morts au scanner vont prendre la place de vivants ? »

Administratif 8 – Etablissement de soins

« Ce qui était une activité courante sera décalé pour prendre en charge cet évènement-là. [...] Nous on s'est structurés pour répondre à cette indication systématique, en dédiant un appareil complètement à cette activité-là. »

- Accueil des familles des victimes

Les administratifs relevaient la nécessité d'un accueil des familles mais il ressortait l'absence de formalisation de l'accueil et des missions auprès des familles. Pour certains, le médecin légiste pourrait être le lien entre les familles et les victimes.

Administratif 7 – Etablissement de soins

« Pour nous le lien à faire entre les victimes et leur entourage familial il risque d'être très compliqué. Nous c'est vraiment le point de liaison qui nous manque et pour lequel on a commencé à discuter la place du médecin légiste. »

Administratif 3 – Etablissement de soins

« Déjà commencer les familles... déjà là, il faut qu'on reprenne complètement, à quel moment on accueille, à quel moment on informe, à quel moment il faut informer par rapport au décès »

- Annonce des décès aux familles

Pour le médecin psychiatre, il revenait au médecin légiste d'annoncer les décès. Cette annonce pourrait être réalisée en collaboration avec l'équipe de la CUMP présente sur place.

Domaine médical 7 – Médecin psychiatre

« un point majeur qui a été soulevé c'est la proximité entre le PUMP, [...] puis le centre d'accueil des familles où étaient annoncés les décès, en lien avec l'institut médico-légal et les légistes. »

- Présentation et restitution des corps

Pour les médecins légistes et les acteurs du domaine judiciaire, il revenait au médecin légiste de permettre la présentation et la restitution du corps de la victime aux familles, dans les meilleures conditions et le meilleur délai acceptable.

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« Il faut que tout aille très vite, parce qu'on doit rendre les corps aux familles. Il y a cette exigence, cette attente, humainement très compréhensible, même politiquement »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Un rôle important à côté du rôle technique, c'est ré-humaniser des corps qui ont été un certain temps déshumanisés par l'attentat. Le rôle de restauration, de traçabilité, de présentation du corps, il rentre complètement dans les prérogatives du médecin légiste. [...] Quand le corps est encore présentable, notre rôle c'est peut-être de dire, là on peut présenter telle ou telle partie, ça vaut le coup peut-être de passer un peu de temps pour restaurer l'extrémité céphalique parce qu'elle est pas désintégrée, il y a peut-être quelque chose à faire ou alors, là c'est pas possible, il y a rien. On va présenter une main ou je sais pas, son pied. [...] Je crois que c'est notre rôle, pas le rôle de la Police, ni des agents funéraires. »

- Association des différents cultes

Pour un médecin légiste, l'association des représentants des différents cultes permettait de débiter un travail de deuil avec les familles, au même titre que le travail de la CUMP. La collaboration des médecins légistes avec les représentants des cultes permettait de mieux appréhender les attentes et les réticences de chacun, notamment en ce qui concerne le geste d'autopsie médico-légale qui n'est pas accepté dans certaines religions.

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« On pourrait imaginer y associer des représentants des différents cultes. Parce que chaque culte a ses particularités. [...] Dans un pays comme le nôtre qui est multi, comment on pourrait dire, multi-cultes, c'est quelque chose qu'il faudrait prendre en compte initialement. Pour permettre ensuite aux opérations d'identification et aux professionnels, que ce soit des gens de la Police ou des médecins légistes, de travailler sans cette pression. [...] Mais ce sont des questions qui sont importantes aussi bien dans le travail de deuil individuel que dans le deuil collectif, dans les catastrophes c'est aussi un travail de deuil collectif »

○ COLLABORATION MEDECINE LEGALE / JUSTICE :

- Binôme médecin légiste / Officier de Police Judiciaire

Pour les personnels du domaine médical et les administratifs, un binôme de travail entre médecin légiste et Officier de Police Judiciaire permettait d'accélérer et faciliter les opérations médico-légales.

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Il y a un vrai travail en binôme médecin légiste / OPJ, sur ces UA [Urgences Absolues], soit au moment où elles arrivent dans l'établissement au moment où ils prennent les informations de base, soit en sortie de bloc, si c'est nécessaire de passer au bloc »

Domaine médical 6 – Colonel Pompier

« Il y a peut-être des signes qui ne sont pas lisibles pour un enquêteur classique et qui seront patents pour un médecin légiste »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Je pense qu'un médecin doit aller avec les enquêteurs auprès de la victime blessée »

- Plus-value du médecin légiste

Pour les personnels médicaux, les Procureurs de province et les OPJ, le médecin légiste apportait une plus-value à l'enquête s'il était directement impliqué.

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« La richesse de l'échange du médecin légiste avec les enquêteurs et le Parquet, où à un moment on se dit un certain nombre de choses, où le légiste nous fait part de ses premières constatations et où mieux il prend la mesure d'un certain nombre de choses, c'est une plus-value incontournable. »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Je crois que le médecin légiste a un vrai rôle qu'il ne doit pas se faire déposséder par la police technique et scientifique avec qui on doit collaborer »

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« Je suis dans une culture où je suis content d'avoir le légiste sur la scène de crime sur des affaires de droit commun. »

- Médecin légiste intégré au système judiciaire

Pour un Procureur de province, le modèle américain, où le médecin légiste est intégré directement au système judiciaire, pourrait être un modèle à appliquer.

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« Moi je pense qu'on pourrait aller au-delà. Le système du Coroner américain, le médecin légiste il est intégré dans les équipes d'enquêteurs d'une certaine manière ça serait idéal. »

- RENFORTS MEDICO-LEGAUX :

Devant la dispersion des équipes médico-légales de province et leurs capacités restreintes en cas d'événement de grande ampleur, il a souvent été abordé la problématique des renforts médico-légaux. L'organisation de l'appel de renforts a été discutée selon les capacités d'un institut médico-légal local et les relations avec la société française de médecine légale. Il a été aussi discuté l'organisation et le travail proposé aux médecins qui proviendraient d'une autre région que celle touchée par l'attentat.

- Capacités d'un institut médico-légal local

Les soignants et les médecins légistes avaient fait le constat de leurs capacités médico-légales quotidiennes et des ressources à leur disposition au sein de leur centre hospitalier en cas d'événement de grande importance.

Domaine médical 2 – Médecin SAMU

« Il faut une montée en puissance et pas des services non plus qui sont dimensionnés pour avoir une réponse adaptée à ce type d'événement en 2 heures. Il faut quand même le temps pour récupérer du monde, des moyens et des capacités d'accueil pour les corps »

Domaine médical 3 – Médecin légiste

« Qu'est-ce qu'on est capables de faire avec l'équipe in situ au site, l'équipe de médecine légale en terme de nombre de dossiers d'autopsies à traiter, ou d'examen, à traiter par jour et par médecin, avec l'équipe paramédicale existante ? »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Le Parquet réquisitionnera des agents funéraires d'établissements privés et puis on fera appel également à des internes et des externes qui sont passés dans le service pour pouvoir prendre les notes pendant les autopsies »

Domaine médical 8 – Médecin légiste

« [Pour les UMJ à distance d'un IML] les renforts ils pourraient se faire que par rapport à d'autres IML [...] dès les premières heures se mettre en contact avec les concernés, en l'occurrence Grenoble, pour qu'ils viennent suppléer le plus rapidement possible les choses ici.

- Relations avec la SFML

Pour les médecins légistes, la Société Française de Médecine Légale devrait être le pivot de la coordination des renforts médico-légaux sur un plan national. Ils notaient également le travail déjà réalisé par la SFML de recensement des moyens locaux médico-légaux via un questionnaire.

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Il faut faire appel à des renforts médico-légaux en passant par la SFML parce que moi je pense qu'il faut centraliser la gestion des renforts [...] Il faut envoyer des renforts de manière homogène, de manière à pas trop dénuder les petits ni les gros centres »

Domaine médical 4 – Médecin légiste

« J'ai rempli plusieurs questionnaires, parce qu'il y a eu ce questionnaire sous l'égide de la société »

- Les intervenants extérieurs sur le travail thanatologique

Pour l'ingénieur ARS, les intervenants extérieurs devraient être mobilisés aux opérations thanatologiques qui devraient se dérouler en un seul lieu afin de leur permettre un travail facilité, malgré leur éventuelle méconnaissance de la région concernée par l'attentat.

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Les médecins légistes des autres départements qui seraient à venir en renforts s'occupent plutôt des décédés et des autopsies parce que là ils vont en un seul endroit et ça règle le problème »

- Intervenants extérieurs sur le travail de certificats de coups et blessures

Pour les Officiers de Police Judiciaire, ce sont les intervenants extérieurs qui devraient travailler à la réalisation des certificats de coups et blessures volontaires en consultation, pour les mêmes raisons d'unité de lieu.

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« Vous pouvez faire venir de la France dix ou quinze médecins légistes, il suffit de leur donner un bureau pour recevoir un vivant et l'expertiser. »

- Légistes autochtones pour l'identification des vivants

L'ingénieur ARS et un médecin légiste expliquaient que la connaissance de la région et des établissements de soins locaux, était un atout majeur pour le médecin légiste autochtone par rapport aux médecins légistes provenant d'autres régions.

Domaine médical 8 – Médecin légiste

« C'est le médecin qui est du jus, du département, enfin de l'hôpital qui serait peut-être le plus à même d'aller dans les différents services où il est connu, où il sait éventuellement les trouver [les victimes hospitalisées]. »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Les médecins légistes du département aillent plutôt dans les établissements parce qu'ils connaissent les établissements et ça sera plus facile »

- Réforme de médecine légale néfaste pour le réseau

Pour les Procureurs de province et les OPJ, la réforme de médecine légale, avait amené des problématiques en cas d'événement de type attentat, notamment la perte des médecins légistes de proximité qui représentaient une masse non négligeable de personnels médicaux qualifiés, ainsi que la disparition des structures d'autopsies dans les centres hospitaliers de taille moyenne au profit des IML en CHU.

Domaine judiciaire 3 – OPJ Gendarmerie

« Dans les autres départements où il n'y a plus d'IML, les médecins légistes ont complètement décroché. Et à mon avis ces gens-là on peut pas les récupérer »

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« La réforme de la médecine légale qui a privé [un Centre Hospitalier] d'une structure d'autopsie qui n'était plus jugée au niveau, elle est derrière nous, faut faire avec. »

- Volontaires nombreux en cas d'attentat

Pour un personnel administratif d'établissement de soins, la mobilisation spontanée de nombreux personnels ne devait pas être négligée dans ces situations exceptionnelles.

Administratif 7 – Etablissement de soins

« Peut-être pas d'emblée mais on sait que les gens ils sautent dans leur voiture et ils arrivent [...] Quand on parle d'attentats les gens sont pleins de ressources, ils s'intègrent, ils trouvent leur place »

- Pool national de médecins légistes

Pour un OPJ, l'organisation en amont d'un attentat d'un pool national de médecins légistes, qui pourrait se déplacer rapidement à l'IML requis pour les opérations médico-légales, permettrait une organisation simplifiée.

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« Quitte à avoir un pool de médecins légistes qui sont prêts, qui sont volontaires et qui savent que sur un événement partout en France ils ont leur valise prête et ils sont prêts à aller aider leurs collègues »

○ TRAVAIL A DISTANCE DE LA PHASE AIGÛE :

La prise en charge des victimes dans les suites de l'attentat se poursuivait également à distance de la phase aigüe, parfois plusieurs mois après l'attentat.

- Expertise

Pour les médecins légistes, les Procureurs et les administratifs, le médecin légiste avait un rôle d'expertise en dommage corporel et ce rôle permettait une prise en charge des patients à distance de la phase initiale de l'attentat dans un but de réparations des préjudices subis.

Domaine médical 4 – Médecin légiste

« Il y a l'urgence et puis après il y a le long terme, et le médecin légiste, les services de médecine légale doivent être là pour l'ensemble »

Domaine judiciaire 7 – Procureur province

« Puisque par définition ensuite il faut qu'on ait des rapports d'expertise médico-légale assez rapide pour permettre aux victimes de saisir le fond de garantie avant-même que l'enquête pénale n'aboutisse »

Administratif 8 – Etablissement de soins

« Le rôle du médecin légiste ne s'est pas arrêté tout de suite, parce qu'il y en a encore pour qui les dossiers ne sont pas clos, donc il doit y avoir des expertises à faire très longtemps après. »

- Réactualisation de l'état des blessés

Pour un OPJ, le rôle de médecin légiste auprès des victimes hospitalisées pourrait être de réactualiser les lésions constatées au fil de la prise en charge.

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« Il est possible qu'on demande à la médecine légale de réactualiser toutes les semaines l'état de certains blessés qui resteraient hospitalisés plusieurs semaines. »

- Travail à distance moins dénaturé

Pour un médecin légiste, le travail à distance était celui qui serait le moins impacté par la situation d'attentat car malgré l'afflux massif de victimes en consultation, cet afflux serait dilué dans le temps avec la possibilité d'une prise en charge conforme à l'activité habituelle.

Domaine médical 4 – Médecin légiste

« Dans la mesure où on a un peu plus de temps, il y a moins besoin de dénaturer la mission habituelle finalement »

○ AUTORITE DONT DEPEND LE MEDECIN LEGISTE :

Chaque intervenant interrogé proposait une autorité pour le médecin légiste. Cette autorité était variable en fonction de la catégorie professionnelle de l'enquêteur.

- Autorité judiciaire

Les médecins légistes, et les personnels du domaine judiciaire voyaient l'autorité du médecin légiste provenir du domaine judiciaire, en l'occurrence du Procureur de la République.

Domaine médical 4 – Médecin légiste

« C'est l'autorité judiciaire qui fait appel à la qualité de médecin légiste pour qualifier des choses »

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« C'est de toute façon sous l'autorité du Procureur de la République, après il y a différents stades de réquisition. Les premiers actes, l'examen de levée de corps, le transport sur place c'est l'OPJ qui le requiert, mais dans le cadre judiciaire sous l'autorité et avec l'accord du Procureur de la République. »

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« Donc à partir du moment où il y a une enquête judiciaire c'est le Procureur de la République qui a la main sur les légistes »

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« **Sous quelle autorité le médecin légiste fait ses actes médico-légaux ?**
Le parquet, qui à ce stade est directeur d'enquête »

- Autorité administrative par les services de l'état et les collectivités

Pour l'ingénieur ARS, la Préfecture pouvait être une autorité du médecin légiste en tant que responsable administratif de l'organisation des établissements de santé au cours de la crise.

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« La saisine peut aussi venir de la préfecture, parce que l'information "où sont les victimes non identifiées", c'est bien les établissements qui vont l'avoir et pas la justice. »

- Autorité par la direction des établissements de soins

Pour les personnels soignants ainsi que pour les administratifs, les directeurs d'établissements de soins pouvaient faire appel au médecin légiste, notamment ceux possédant un service de médecine légale.

Administratif 6 – Etablissement de soins

« Si le plan blanc est déclenché, mon réflexe va être de solliciter mon médecin d'astreinte légiste puisque c'est la procédure qu'on a définie »

Domaine médical 7 – Médecin psychiatre

« La direction de l'hôpital par l'intermédiaire du plan blanc doit actionner immédiatement le médecin légiste. »

- Autorité médicale par le SAMU

Pour les personnels soignant, l'autorité pouvait provenir du SAMU, en l'occurrence le médecin Directeur des secours médicaux (DSM).

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« Sur zone, sur le terrain, il y a un Directeur des Secours Médicaux (DSM) donc je verrais que quand même s'agissant de soins médicaux il soit sous l'autorité du DSM [...] ça serait une erreur que de le mettre sous l'autorité du Commandant des Opérations de Secours (COS) qui n'est pas médecin, qui est un officier sapeur-pompier (...) et j'exclus d'emblée qu'il soit sous une autorité judiciaire ou policière, ça ne me paraît pas une bonne idée. »

Domaine médical 6 – Colonel pompier

« En tout cas c'est pas le COS [Commandant des Opérations de Secours] qui va l'employer »

- Autorité mixte : judiciaire et administrative

Pour l'ingénieur ARS ainsi que pour le médecin psychiatre, l'autorité du médecin légiste devait être mixte, en fonction des rôles attendus du médecin légiste.

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Alors ils ont une obligation vis-à-vis du Procureur mais ce qui me dérange un peu dans le fonctionnement c'est que cette obligation-là passe avant, enfin dans le discours en tout cas, les obligations par rapport à la chaîne santé »

Domaine médical 7 – Médecin psychiatre

« Une réquisition par le Procureur pour les actes médico-légaux. Par contre pour l'action médicale au sens plus large, je pense que ça s'inscrit dans l'action concertée des acteurs du plan blanc »

THEME 3 - RETOUR D'EXPERIENCE APRES LES ATTENTATS DE PARIS ET DE NICE

Les entretiens ont également permis de noter des éléments en lien avec le retour d'expérience qui a pu être réalisé après chaque attentat survenu ces deux dernières années.

○ **NECESSITE D'ORGANISER UN RETOUR D'EXPERIENCE :**

Pour tous les intervenants, le retour d'expérience dans les suites d'un attentat ou d'un exercice attentat était nécessaire pour parfaire les procédures et l'organisation.

Domaine médical 4 – Médecin légiste

« Et ce qui peut être intéressant comme retour c'est de savoir "Est-ce qu'il y a des cas qui ont posé des difficultés ? Lesquelles ?" »

Domaine judiciaire 3 – OPJ Gendarmerie

« Ca va être l'expérience qui va être privilégiée dans ce type d'affaire, [...] je pense que ça serait bien de faire un débriefing de tout ce qui a été et tout ce qui n'a pas été sur le dossier »

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« Le ministère de la Justice a jamais fait un RETEX comme on dit »

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« On a plutôt un mode opératoire qui malheureusement commence à être rôdé »

Administratif 6 – Etablissement de soins

« Les retours d'expériences liés aux attentats sur Paris nous ont incités à structurer notre plan. »

○ CONSCIENCE RECENTE DE L'UTILITE DU MEDECIN LEGISTE EN CAS D'ATTENTAT :

Plusieurs professionnels interrogés faisaient part de leur prise de conscience récente de l'utilité du médecin légiste en cas d'attentat. Les attentats de Paris et de Nice et leur médiatisation puis le travail réalisé dans l'écriture de différents plans organisationnels leur ont permis de mieux appréhender la place du médecin légiste.

Domaine judiciaire 1 – OPJ Police

« Depuis quand avez-vous envisagé de faire intervenir des médecins légistes ?

Depuis qu'on est re-sensibilisés à ces problématiques de terrorisme donc depuis janvier 2015. Faut être clair là-dessus. On n'avait pas trop réfléchi à ces choses-là »

Administratif 8 – Etablissement de soins

« Je pense que c'est peut-être une prise de conscience récente mais on a conscience de l'importance de la place du médecin légiste dans le dispositif. [...] C'est lié aux textes qui sont sortis en 2015-2016 sur les attentats. C'est le risque attentat qui a donné une place plus importante à la médecine légale, on a eu des instructions, des circulaires qui précisent le rôle des médecins légistes »

Administratif 8 – Etablissement de soins

« L'évolution elle est liée à un double facteur, le contexte national et en interne une équipe dynamique. »

Les médecins légistes interrogés notaient quant à eux une modification récente des sollicitations suite aux attentats parisiens de 2015.

Domaine médical 4 – Médecin légiste

« Là où ça a commencé à bouger ça été après la réunion post-attentats à Paris [organisée par la SFML] »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« [Dans le CHU référent] il y a peu de temps qu'on est élément participant, inclus dans les plans blancs [...] J'ai eu une directive, l'Euro [de football] s'inscrivait... C'était un évènement qui arrivait après les attentats de Paris. J'ai eu une directive du Parquet qui m'a dit "Il faut que vous nous proposiez quelque chose pour l'Euro". Donc j'en ai parlé à la direction [du CHU], qui parallèlement avait eu une demande de la Préfecture, qui était un peu plus formalisée »

○ ACTIVITE EN MODE DEGRADE :

La survenue d'un évènement exceptionnel amenait nécessairement des modifications par rapport à l'activité médico-légale habituelle.

- Autopsie non systématique

L'autopsie n'était pas systématique pour les Procureurs parisiens. Les caractéristiques propres aux attentats avaient fait prendre cette décision au Procureur du Parquet anti-terroriste de Paris.

Domaine judiciaire 8 – Procureur Paris

« Et donc il y a eu un arbitrage qui a été fait, décidé par le Procureur de la République en lien avec l'institut médico-légal d'autopsier certains corps et de faire uniquement des examens externes sur d'autres. »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

Concernant les indications d'autopsies

- « - Autopsie des corps qui renferment encore des projectiles [...]
- Autopsie des corps des personnes décédées à l'hôpital [...]
- Des personnes qui meurent pendant le transport [...]
- Parfois les légistes nous font part de cas particuliers. »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« Ça a été un gros changement parce qu'ils ont été obligés de s'adapter [les médecins légistes], de plus faire de la dentelle d'une certaine façon. Et là ça dépote, c'est la chaîne. Une autopsie elle ne peut pas durer 8 heures, c'est inenvisageable. »

- Travail médico-légal dans un lieu unique

Pour les Procureurs de Paris, les opérations médico-légales devaient se dérouler dans un lieu unique pour faciliter le travail et éviter les déplacements inutiles.

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« Notre priorité c'est d'abord d'essayer de concentrer tous les corps en un même lieu parce que ça simplifie l'organisation et le travail de tout le monde [...] Eviter autant que possible les transports de corps. Typiquement de l'IML au scanner, il faut réussir à rationaliser. »

- Contrainte financière

La considération financière était un point important pour les Procureurs, soucieux de l'argent public et de l'utilisation de moyens appropriés aux besoins.

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« La considération financière n'est pas entrée en ligne de compte pour décider si autopsie ou examen de corps »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« Sur les victimes on ne fait pas de toxico [...] L'anapath on n'en fait pas. Il y a des prélèvements mais en réalité non... On fait des prélèvements à titre conservatoires. »

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« Parce que moi, le jour où il arrive un attentat terroriste, je requiers, et je paie sur frais de Justice. Mais là maintenant j'achète pas. (...) Acheter 60 caissons réfrigérés au cas où il y aurait un attentat à tel endroit, et il n'y en aura jamais et au bout d'un moment ils s'abiment, ils sont pas conservés. »

○ IMPROVISATION :

L'attentat terroriste dans ses modalités était décrit comme imprévisible et les intervenants notaient la difficulté à mettre à jour les plans organisationnels dans ce contexte et une difficulté à tester les processus mis en place.

- Attentat multimodal imprévisible

Pour tous les intervenants, la multiplicité des modes opératoires des terroristes amenait à une incertitude qu'il fallait prendre en compte dans l'organisation du plan blanc médico-légal.

Domaine judiciaire 7 – Procureur province

« Par définition il y aura une marge d'incertitude en fonction de la nature de l'évènement et du mode opératoire »

Administratif 6 – Etablissement de soins

« En plus l'attentat il est difficile à définir, il est multiforme. En fonction des personnes qui seront touchées on sera amenés à fonctionner de manière très pragmatique... »

Domaine médical 3 – Médecin légiste

« C'est une procédure un peu particulière qui ne serait pas "appliquée et valable" si on avait une victime unique »

- Impossibilité à tester le processus

Devant l'incertitude sur la nature de l'évènement qui pourrait survenir, il semblait difficile de se prémunir de tous les risques terroristes. De plus, certains outils proposés pour la gestion des identités des victimes étaient difficiles à appréhender pour certains enquêtés.

Domaine judiciaire 7 – Procureur province

« Il n'y a qu'un seul moyen de le savoir, c'est quand l'évènement se réalise »

Administratif 3 – Etablissement de soins

« Le but de la manœuvre c'était de tester SIVIC qu'on a déjà testé, et pour lequel on a déjà fait remonter que c'est juste impossible en situation de crise réelle. »

- Plans organisationnels en cours d'élaboration

Pour les personnels administratifs, certains plans blancs étaient encore en cours d'élaboration, faisant suite aux retours d'expérience des attentats ou des exercices.

Administratif 3 – Etablissement de soins

« Il y a un sacré décalage dans l'état d'avancement du plan blanc, et il faut rattraper le retard [...] C'est une partie qu'on n'a pas encore intégrée dans notre plan blanc et à laquelle il va falloir qu'on réfléchisse »

Administratif 2 – Etablissement de soins

« Parce qu'on a l'impression qu'ils savent pas du tout où ils vont [l'ARS], que c'est mal organisé. Et nous derrière on se sent un peu délaissés »

○ **PRESSION :**

Tous les intervenants s'accordaient à dire que la pression qui pesait sur les épaules des différents acteurs en cas d'attentat était forte, qu'elle était multiple et que le médecin légiste ne pouvait en être épargné. La pression provenait de plusieurs entités : les autorités, les familles des victimes, la société et les médias.

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« La nouveauté c'est la pression médiatique aujourd'hui. Chacun y va... et il est rare qu'il n'y ait pas quelqu'un qui prenne des photos sur place, ça s'amplifie. Les victimes aussi ont une place plus forte qu'avant, elles ont des demandes plus fortes. »

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« Vous avez une pression de l'urgence qui va peut-être amener à influencer le travail qu'on peut être amené à faire »

Domaine judiciaire 9 – Procureur Paris

« Je crois qu'avant de le vivre c'est impossible à mesurer, même pour les légistes. C'est hors norme, c'est vraiment des conditions de travail et une pression qu'ils n'ont jamais vécue avant ou ailleurs, ils le disent tous. C'est très particulier. »

Domaine médical 2 – Médecin SAMU

« Plus on peut précocement identifier les personnes mieux c'est pour les familles et mieux c'est vécu par les soignants parce qu'ils ont moins la pression des familles »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Ça veut dire qu'il faut vraiment s'occuper des vivants d'abord parce que là, par contre, le temps de perception social est très court. Les familles, les médias et la population générale n'acceptent plus qu'au bout de 48 heures on ne soit encore pas capables d'identifier quelqu'un »

THEME 4 - NOUVELLES MISSIONS / NOUVELLES DONNEES

○ IDENTITO-VIGILANCE :

La problématique d'identito-vigilance était une donnée qui n'était abordée que par les personnels du domaine médical ou les administratifs.

- Nouveauté de l'identification des vivants

L'identification d'un grand nombre de victimes vivantes hospitalisées en urgence dans des services de réanimation était une problématique récente posée par les attentats de Paris et Nice.

Domaine médical 2 – Médecin SAMU

« Suite à tout ce qui s'est passé sur les différents attentats, aux reproches qui ont été faites et à tout ce qui est actuellement en œuvre par rapport à l'indemnisation des familles, sur les délais d'attente de savoir des nouvelles de leurs proches etc... Ils veulent plus en entendre parler, donc ils vont demander très tôt les identités des gens. »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« L'instruction du 19 février 2016, qui est une instruction du ministère de la santé qui était à diffusion restreinte et qui donnait une feuille de route pour les ARS, et dans cette feuille de route il y avait la vérification de la mise en place dans les hôpitaux de la cellule d'identification des victimes »

- Médecin légiste impliqué dans l'identito-vigilance

Pour les personnels du domaine médical ainsi que pour les administratifs, le médecin légiste, par ses compétences en identification, avait un rôle à jouer dans l'identito-vigilance au sein de la cellule d'identito-vigilance de l'établissement de santé concerné.

Domaine médical 4 – Médecin légiste

« Essayer de dénombrer les victimes et les identifier le plus rapidement possible pour ne pas laisser les proches dans une attente abominable. [...] On ne peut pas s'extraire de l'urgence de la situation. C'est une urgence humaine, sociétale, avant tout autre chose. C'est aussi une urgence médico-légale. [...] Qu'a apporté la médecine légale en dehors de l'identification des victimes dans le processus judiciaire ? »

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« Avec des fortes implications d'identito-vigilance, d'identification, de traçabilité des victimes qui implique probablement la présence de médecins légistes.

Administratif 8 – Etablissement de soins

« On a aussi une procédure autour de l'identito-vigilance où on a mis un médecin de médecine légale dans cette cellule, pour tous les aspects identification des victimes et lien avec la Police Judiciaire »

- Organisation de l'identification des victimes

Pour les personnels du domaine médical, l'identification des victimes par le médecin légiste devait être organisée avec une participation à la chaîne des secours, et une information des proches des moyens à mettre en œuvre ainsi que du délai nécessaire.

Domaine médical 1 – Médecin SAMU

« S'ils veulent s'attribuer un rôle d'identification et de traçabilité il faut qu'ils fassent partie de la chaîne de l'évacuation. [...] le médecin légiste il a son rôle d'identificateur formel que n'auront pas les secours »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Pour qu'une opération d'identification se passe bien, de mon point de vue il devrait y avoir une information, dès le début des opérations des proches pour leur expliquer comment ça va se passer, pourquoi ça va se passer comme ça et combien de temps ça va durer. »

- L'identification est un acte de soin

Pour un médecin légiste et l'ingénieur ARS, l'identification devait être considérée comme un acte de soin.

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Je pense qu'un médecin doit aller avec les enquêteurs auprès de la victime blessée, parce que le médecin a quand même des prérogatives vis-à-vis du corps qu'ont pas les techniciens de la Police [...] et pour que ces opérations qui sont fondamentales se fassent dans le respect de la personne inconsciente. [...]Celui qui est vivant il faut quand même en prendre soin »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Pour moi lui donner un nom ça a la même valeur que la sauver, parce qu'humainement c'est aussi important »

○ DEMANDE DE FORMATION AUX ROLES DU MEDECIN LEGISTE :

Après avoir exposé leur méconnaissance du métier de médecin légiste, les personnels administratifs demandaient à obtenir des renseignements et à diffuser l'information concernant le rôle du médecin légiste et son champ de compétences, notamment auprès des autres professionnels de santé.

Administratif 8 – Etablissement de soins

« Pour faire progresser la place de la médecine légale dans les établissements de santé, il faut... il y a un travail de connaissance. Vous auriez pu poser la question de la diffusion de l'information de la place de la médecine légale. Quel est le bon niveau pour communiquer et sur quel support communiquer ? »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Travail de labourage du terrain avec les établissements, de se faire connaître, de leur expliquer [...] ce qu'il faut faire ou ne pas faire, pour ne pas massacrer le travail à venir du médecin légiste. [...] Parce que si l'on veut que ce soit fluide et que ça marche il faudra avoir préparé et acculturé les établissements. »

○ PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS :

Pour les personnels médicaux et les administratifs, la prise en charge de la souffrance des soignants était une donnée nouvelle qui avait été mise en évidence par les retours d'expériences suite aux attentats de Nice et Paris.

Administratif 5 – Sous-Préfet

Gestion du psycho-traumatisme du légiste

Domaine médical 7 – Médecin psychiatre

« Il y a parfois dans les gens qui interviennent, des personnes qui ne sont plus capables de travailler parce qu'ils sont stressés, parce qu'ils sont dépassés et parce qu'on se fatigue très vite [...] et qu'il faut dire, d'ailleurs aux intervenants en médecine légale, s'ils ont besoin de soutien psychologique, on est là. Ça fait partie de nos mission, d'apporter un soutien psychologique en médecine légale. »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« On peut pas faire appel à n'importe quel étudiant. Un étudiant qui n'a jamais vu un corps on peut pas l'immerger pendant 8 heures dans une scène de mort qui peut être extrêmement difficile à supporter. »

○ PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE :

- Méconnaissance

La psychiatrie médico-légale était souvent méconnue par les intervenants sollicités, notamment les professionnels du domaine judiciaire.

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« Psychiatre légiste ? C'est à dire ? »

Domaine judiciaire 5 – OPJ Gendarmerie

« Médecine légale et psychiatrie ? (...) Ça va pas ensemble, c'est pas du tout la même chose »

- Articulation avec la CUMP

La psychiatrie médico-légale, lorsqu'elle était connue, était souvent associée à la CUMP, dont elle pourrait partager des objectifs.

Domaine médical 7 – Médecin psychiatre

« Il est évident qu'on a une articulation avec les médecins légistes parce que la prise en charge des endeuillés et des blessés psychiques il y a quand même une proximité, même si ça n'est pas pareil, il ne s'agit pas de confondre les deux. Mais il y a une articulation nécessaire. »

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« En parallèle ces victimes peuvent faire l'objet d'une évaluation sur le plan psychologique, de manière à affiner un peu nos conclusions [...] on est en train de créer une Unité Fonctionnelle de psychiatrie de victimologie en connexion avec la CUMP. »

Domaine médical 3 – Médecin légiste

« S'il y en a qui sont inscrits et associés de manière habituelle au fonctionnement des CUMP [des psychiatres légistes], peut-être dans ce sens-là éventuellement. »

Administratif 1 – Ingénieur ARS

« Ils peuvent venir en assistance à la CUMP pour annoncer le décès aux familles. Soit des décédés sur site, soit des décédés après entrée à l'hôpital. »

- Psychiatrie médico-légale dissociée du soin

Pour les médecins légistes, ainsi que pour un procureur de province, l'expertise de psychiatrie médico-légale devait être dissociée du soin psychiatrique nécessaire aux patients victimes.

Domaine médical 5 – Médecin légiste

« Je pense qu'il faut dissocier l'expertise du soin »

Domaine judiciaire 6 – Procureur province

« Si on a quelqu'un qui intervient en médico-légal il faut clairement qu'il soit positionné avec l'équipe des médecins légistes, avec l'équipe de la police technique et scientifique pour avoir un rôle spécifique. Qui n'est pas celui de : je vous tiens la main, on va remarcher sur les lieux. »

- Nécessité d'harmonisation de l'ITT psychologique

Pour le médecin psychiatre, le travail avec une équipe de médecine légale permettait d'harmoniser le concept d'ITT psychologique, dont il pouvait être remarqué une grande disparité dans sa détermination.

Domaine médical 7 – Médecin psychiatre

« On remplit un certificat médical, on décrit, on finit par une ITT. Est-ce qu'il faut dire 8 jours, 15 jours, 1 mois, 2 mois. J'ai l'impression que j'ai vu autour de moi des pratiques assez disparates. Au moins qu'on ait une philosophie commune, au moins à Grenoble mais aussi au plan national [...], mais je sais que ça prête à discussion, parce que certains disent "n'importe quel médecin peut définir l'ITT", d'autres disent "non, il faut un médecin formé à ça" et d'autres disent "non, ça doit être obligatoirement un médecin légiste". »

Un Procureur de province évoquait la possibilité qu'il y aurait à mieux définir juridiquement le préjudice psychologique.

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« Ca commencera presque à impliquer une définition juridique du choc post-traumatique avec des contours, une jurisprudence et une évaluation. »

○ DEFINITION DES VICTIMES :

Pour plusieurs intervenants, la définition du statut de victime pourrait être amenée à se modifier suite aux attentats de Paris et de Nice. Les victimes d'attentats terroristes avaient un statut particulier qui différait du statut d'une victime d'infraction.

Domaine judiciaire 2 – Procureur province

« Il y a les victimes directes et indirectes, décédées, blessées et choquées. Jusqu'où va-t-on ? Si chacun peut s'estimer choqué parce qu'il a vu des images, peut-il est considéré comme victime ? [...] Ca reflète les temps modernes. L'élargissement du concept de victime et donc de préjudice. [...] Maintenant il y a les gens qui ont un préjudice d'attente, d'anxiété »

Domaine médical 7 – Médecin psychiatre

« Un point important à avoir à l'esprit c'est le statut de la victime et les besoins de la victime. [...] Les victimes d'attentats étaient prises en charge par le ministère des anciens combattants. Ce qui témoigne bien pour la nation, les victimes d'attentats sont des victimes de guerre. Ca les différencie d'autres types de victimes, des victimes civiles, je veux dire par là d'actes du droit commun. Parce que les juridictions militaires sont particulières et pour les pensions c'est particulier. [...] Ça peut être discutable parce que celui qui est victime d'un attentat est plus victime que celui qui est victime d'un accident industriel ? »

En ce sens, le médecin légiste avait un rôle fort à jouer par la formalisation des lésions physiques ou psychiques des victimes et donc d'aide à obtenir le statut de victime.

Domaine médical 4 – Médecin légiste

« Le fait d'attester de lésions, de reconnaître une souffrance et d'attester d'une personne qu'elle a le statut de victime, c'est déjà pour elle un élément de soin »

Administratif 8 – Etablissement de soins

« Je suis pas sûre que ce soit à la médecine légale seule de définir le statut de la victime, il y a aussi l'ARS, la Justice. Il y a une définition précise d'une liste de victime qui se construit à plusieurs. »

Discussion

L'objectif de l'étude était de déterminer la place de la médecine légale et du médecin légiste dans les suites d'un attentat terroriste, au sein du dispositif ORSEC NOVI-alpha.

AVANTAGES DE L'ETUDE

Le travail réalisé était novateur dans le sens où il n'existait pas dans la littérature scientifique et médicale d'étude répondant à un protocole de recherche concernant la place du médecin légiste dans le dispositif de gestion des attentats. Jusqu'à présent, plusieurs acteurs reconnus dans la discipline ou ayant pris part aux activités de médecine légale après les attentats français (19) ou internationaux (3) avaient donné leur point de vue ou leur retour d'expérience, mais leurs démarches ne faisaient pas suite à un travail de recherche scientifique. La présente étude suivait la grille COREQ (23) pour les études qualitatives et répondait à un protocole permettant de donner en conclusion non pas un point de vue mais une synthèse scientifique des données obtenues.

Au sein de l'échantillonnage d'intervenants, il était possible de remarquer la diversité des domaines de compétences interrogés et des points de vue, permettant une certaine exhaustivité. Comme nous l'avons précisé, les intervenants étaient répartis en trois catégories, domaine médical – domaine judiciaire – domaine administratif. Il ne semblait pas manquer à ce niveau de domaine de compétences particulier pouvant entrer dans la participation aux opérations après un attentat. Chaque domaine d'intervenants était lui-même divisé en plusieurs sous-catégories. Il ne semblait pas qu'il manque de compétences dans chacune des sous-catégories. Malgré cela, il aurait pu être ajouté un chirurgien et un

médecin du Service de Santé des Armées au domaine médical et un membre d'une unité d'intervention d'élite (RAID – GIGN) ou le médecin d'une de ces unités au domaine judiciaire. Le domaine administratif ne semblait pas nécessiter d'autres compétences associées à celles déjà présentes. Les autres intervenants qui pouvaient être ajoutés auraient pu chacun apporter leur expertise, sans pour autant qu'il soit prouvé que leur intervention ait apporté de nouvelle donnée

Cette vaste étude permet de préciser le rôle du médecin légiste dans les suites d'un attentat avec toutes les activités qui lui sont permises, mais aussi tout le travail d'élaboration d'une organisation en amont.

LIMITES DE L'ETUDE

L'étude réalisée admettait néanmoins quelques limites. En dehors des deux Procureurs de la République de Paris, l'étude ne faisait intervenir que des acteurs locaux, de la région grenobloise ou des alentours. Cette particularité amenait possiblement à une homogénéisation de la pensée entre les intervenants qui auraient déjà pu travailler ensemble à l'élaboration de plans organisationnels. Malgré cela, l'étude retrouvait des points de vue parfois très différents permettant de dire que si ce biais existait, il n'était que minime. Comme nous l'avons dit, l'étude permettait d'obtenir des avis variés grâce à la multiplicité des intervenants et de leurs compétences. Cependant, certaines compétences n'étaient représentées que par un seul professionnel ne permettant pas de confronter son avis personnel avec l'avis d'un autre professionnel du même domaine de compétences. Il a donc pour certains des intervenants été pris l'avis personnel d'un membre représentatif d'une profession comme étant l'avis représentatif de tous les membres de cette même

profession. Malgré cela, cette donnée permettait d'avoir des avis variés et personnalisés empêchant l'avis formalisé d'un groupe de professionnel qui aurait pu être moins riche en détails significatifs.

PRECONISATIONS POUR L'ELABORATION D'UN PLAN BLANC MEDICO-LEGAL

La présente étude permettait d'aborder de nombreux points afin de faciliter l'élaboration d'un plan blanc médico-légal. Nous les reprendrons ici afin d'en faire une synthèse.

Il semblait indispensable pour la plupart des intervenants d'anticiper l'organisation d'un plan blanc médico-légal décrivant précisément les éléments nécessaires à la bonne tenue des opérations le jour où surviendrait un attentat. La présence de listes d'annuaires avec l'ensemble des numéros utiles à portée de main semblait indispensable. La logistique de stockage des corps devait être réfléchie à l'avance, étant le facteur le plus rapidement limitant en cas d'afflux massif de victimes décédées. C'est cette raison qui avait amené le Procureur de Paris à choisir comme seul lieu des opérations après les attentats du 13 novembre 2015 l'Institut Médico-Légal de Paris, qui possède une grande capacité de stockage de corps. Il était également retrouvé ce type d'organisation dans les suites de l'attentat de Madrid en 2004 (3), qui avait conduit les autorités à réquisitionner un parc des expositions afin d'en faire un institut médico-légal temporaire avec les installations nécessaires. L'entraînement à la situation d'attentat est relevé par de nombreux intervenants, et préconisé par les différentes instructions ministérielles afin d'améliorer les pratiques et envisager une meilleure efficacité le jour donné d'un attentat.

Les premières heures après l'attentat correspondent à la phase initiale et consistent en l'alerte des professionnels nécessaires à la prise en charge médico-légale. Il est montré dans les résultats que chaque catégorie d'intervenant se voyait comme le premier maillon de l'alerte auprès de l'unité de médecine légale. Or, les délais de chacun ne sont pas identiques et il semblerait judicieux de penser que le SAMU local est l'un des acteurs les plus rapidement alertés d'une situation sanitaire de crise. C'est pourquoi, il serait souhaitable que l'alerte du médecin légiste d'astreinte en cas d'attentat soit réalisée par les services du SAMU, préalablement formés à l'alerte du médecin légiste et possédant tous les numéros utiles à sa mise en œuvre. Cette alerte, venant d'un acteur directement au contact du chantier et du PMA et possédant le même langage professionnel que le médecin légiste, pourrait permettre une transmission rapide d'informations utiles sur l'étendue de la catastrophe et des opérations à envisager. Cependant, la mission d'auxiliaire judiciaire donnée au médecin légiste ne provient pas des médecins du SAMU mais du Parquet compétent. Il est à penser que les OPJ ainsi que le Parquet sauront interpellier le médecin légiste dans les heures suivant le début de l'attentat, même s'ils ne sont pas les premiers à l'interpeller, et que leur appel sera plus circonstancié aux missions que la justice voudra lui confier. C'est pourquoi il sera indispensable de mieux préciser le rôle du médecin légiste dans les premières heures, notamment sa présence sur les lieux mêmes de l'attentat, afin de mieux identifier le premier appelant de la médecine légale, qui ne saurait être laissée de côté pendant plusieurs heures après le début d'un attentat. Les différentes missions qui seraient confiées au médecin légiste pourraient alors faire intervenir deux voies distinctes de commandement et de missions différentes, ce que nous développerons par la suite.

Il est relevé que les opérations de médecine légale devraient être coordonnées par une seule personne qui pourrait être le directeur de l'institut médico-légal en charge des opérations. Ce médecin, qui serait déchargé de toute préoccupation technique aurait pour but le bon déroulement des actes techniques réalisés, tant chez les victimes décédées que vivantes. Il permettrait également le lien entre les différentes cellules de crise mises en place (SAMU, Préfecture, Parquet, Etablissement de soins) et les médecins légistes réalisant les gestes d'autopsies et de consultations.

Quelques intervenants, du SAMU et administratifs, envisageaient que le médecin légiste pourrait avoir un rôle directement au PMA ou à l'accueil des établissements de soins. L'objectif serait de réaliser rapidement des premières constatations d'identification des victimes, d'améliorer la traçabilité des victimes dans leur parcours de soins depuis la zone de chantier et de dresser un premier bilan du nombre de victimes à destination des autorités. Il faudrait dans ce but, que le médecin légiste soit identifié par le port d'une chasuble inscrivant sa qualité afin d'être repéré par les autres professionnels travaillant au PMA et autour de la zone de chantier. Il en serait de même dans la zone d'accueil d'un établissement hospitalier. Ce travail, bien que semblant essentiel pourrait être limité par plusieurs facteurs. Le premier est celui du nombre rapidement disponible de médecins légistes. Une unité de médecine légale de province ne dispose pas d'un nombre suffisant de médecins légistes 24h/24 pour réaliser l'ensemble des opérations nécessaires, notamment s'il est choisi l'option de déplacer un médecin dans la zone d'accueil en établissement de soins. Les victimes étant dispersées dans de nombreux hôpitaux, il faudrait autant de médecins légistes qu'il y a d'établissements concernés ce qui est techniquement difficile à obtenir en seulement quelques minutes ou heures. Cependant, s'il est choisi l'option de déplacer un médecin légiste au PMA, cette solution serait jugée plus facilement réalisable. Le médecin

léviste d'astreinte pourrait se rendre le plus rapidement possible sur les lieux, alors même qu'il préviendrait un collègue qui prendrait le rôle de médecin coordonnateur des opérations de médecine légale. Il pourrait être envisagé la possibilité d'un transport rapide sur les lieux de l'attentat via le SAMU du CHU dont dépend le service de médecine légale, comme c'est le cas pour les CUMP (24) qui font partie intégrante du SAMU.

La prise en charge des victimes répondait à un certain nombre de points précis. Pour les victimes décédées, il avait été décidé en accord entre le Procureur de Paris et l'institut médico-légal de Paris (19) après les attentats de novembre 2015, que tous les corps bénéficieraient d'un scanner post-mortem. Cette décision était justifiée par le fait qu'il n'était pas réalisé d'autopsie systématique des corps, mais seulement de ceux répondant à des critères bien précis : pour les défunts sans aucune identité présumée ; ceux ayant du matériel implanté afin de permettre une identification de certitude ; les défunts présentant des projectiles *in corpore* ; les cas où un examen externe ne permettrait pas de préciser les causes de décès ; ceux qui, en raison de l'enquête judiciaire (site du Bataclan), nécessitaient un bilan lésionnel viscéral plus précis ; les victimes classées initialement en « urgence absolue », décédées dans les centres hospitaliers. Les autres victimes décédées, ne correspondant pas aux critères, ne faisaient l'objet que d'un examen de corps approfondi. Ces données, présentées par le Professeur LUDÉS dans la revue de médecine légale (19), corroboraient les données obtenues dans notre étude auprès des Procureurs du Parquet de Paris.

Dans les suites, l'accueil des familles des victimes avec l'annonce des décès et la présentation avant restitution des corps pourrait être l'un des rôles du médecin légiste. Ce

rôle est surtout proposé par les médecins légistes interrogés dans notre étude. Il est à noter que le Professeur LUDES en fait part dans les suites des attentats de Paris (19) alors qu'il n'est nullement fait état de ce rôle dans le rapport de l'assemblée nationale relatif aux moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015 (24). Le Professeur BACCINO (20), évoquait lui aussi le rôle que pouvait tenir les « *IML, dont les personnels qu'ils soient médecins, agents d'amphithéâtres ou secrétaires sont habitués à ce type, très particulier, de délivrance d'information* ». Le médecin légiste, par la formation qu'il a reçue et les prérogatives inhérentes à la fonction de médecin est probablement le mieux placé pour accompagner les familles des victimes dans l'annonce des décès et la présentation des corps des victimes, tout en prenant en compte les réserves nécessaires quant à l'état des corps.

Concernant les renforts médico-légaux, il semblerait souhaitable de bien définir *a priori* dans le plan organisé les possibilités de l'institut médico-légal local, ainsi qu'un recensement des numéros de téléphone des personnels mobilisables. En connaissant les capacités, il serait alors possible d'envisager des renforts selon les besoins de l'évènement. Les rappels de personnels ainsi que le volontariat spontané sont retrouvés dans plusieurs retours d'expériences après les attentats de Paris (16)(17)(15).

Les médecins légistes interrogés proposaient tous une coordination des renforts par la Société Française de Médecine Légale (SFML), qui pourrait également être organisée en amont d'un attentat nécessitant un grand nombre de médecins légistes. Pour les personnels du domaine judiciaire, leur réflexion sur les renforts de médecins légistes rapportait que la réforme de médecine légale avait pu priver les services d'un certain nombre de médecins légistes auparavant compétents et qui auraient arrêté toute activité médico-légale à l'heure

actuelle. Un OPJ faisait part de la possibilité de créer une unité nationale de médecins légistes capables de se déplacer en renfort sur une zone d'attentat nécessitant en urgence un plus grand nombre de médecins légistes. Cette organisation a déjà été éprouvée en décembre 2004 après le tsunami d'Asie du Sud-Est, où Interpol a déployé une équipe d'identification des victimes de catastrophe constituée de plusieurs médecins légistes (25).

Les renforts médico-légaux ne sauraient être réduits aux seuls médecins légistes. Il semble souhaitable d'y intégrer des équipes de secrétaires ainsi que des agents d'amphithéâtres, indispensables aux opérations médico-légales. Le Professeur BACCINO (20) décrit bien l'importance de ces personnels, rompus à l'organisation d'une unité médico-légale. Il faut envisager les renforts en médecin associés à ces personnels indispensables aux opérations, ceux-ci devant se déplacer en équipe afin d'apporter un concours efficace aux opérations de médecine légale dans un contexte de surcharge de travail.

Enfin, nombre d'intervenants faisaient part de la nécessité de prendre en considération le risque de psycho-traumatisme du médecin légiste participant aux opérations après l'attentat. Pour le bien être psychique des personnels après l'événement, voire au cours de l'événement, il semblait préférable de ne faire intervenir que des personnels déjà habitués à cet exercice ou savoir repérer ceux pour qui la tâche était difficile à supporter. Il est à noter que la prise en compte de ce psycho-traumatisme des soignants semble être une donnée nouvelle, elle aussi faisant suite aux attentats de 2015. Le docteur LANGLOIS, médecin du RAID, fait part dans son livre (26) de son état d'esprit dans les heures qui suivaient l'attentat du 13 novembre au Bataclan : « *Voir de mes propres yeux où ont été transportées une partie des victimes que l'on a sorties du Bataclan me procure une forme d'apaisement, le premier d'une longue nuit. [...] Je quitte l'hôpital au bout d'un quart d'heure. J'hésite à rentrer chez*

moi. Je ne veux pas réveiller ma femme, alors j'erre dans les rues de Paris à la recherche d'une boulangerie. Cela me donne un but. J'attends plus d'une heure dans la voiture, de longues et glauques minutes. J'ai besoin de réfléchir. ». Le docteur PELLOUX, dans son livre (27) retraçant son parcours psychologique dans les suites des attentats de Charlie Hebdo et du Bataclan, explique aussi cette nécessaire prise de conscience de la gestion du psycho-traumatisme du médecin, trop souvent mise de côté : « *Par exemple, en médecine d'urgence au Québec, selon les cas de prise en charge, le soignant doit obligatoirement avoir un entretien. [...] Il n'en est rien pour les médecins en France qui sont les « cordonnier les plus mal chaussés ».* Il faut une évolution des conditions de travail des médecins pour les soutenir et les aider à vivre tous les malheurs qu'ils voient, comme dans la police, chez les pompiers et les secouristes. Il est facile de croire que les soignants, connaissant la médecine, sont protégés. La blouse blanche serait une sorte de gilet pare-balles aux souffrances des autres. Nous serions des super-héros. Mais cela est totalement faux. » C'est pourquoi l'écriture du plan blanc médico-légal doit tenir compte de cet élément et une convention avec la CUMP locale pourrait être une solution, en organisant un débriefing collectif ou individuel dans les jours et semaines suivant les opérations. Cette solution est aussi proposée par le docteur PELLOUX dans son livre (27).

LES DIFFERENCES ENTRE LA VISION DE PROVINCE ET LA VISION PARISIENNE

DE GESTION DE LA CRISE

L'étude réalisée permettait de remarquer une franche différence de vision dans la gestion de la crise entre le Parquet de Paris et les Parquets de province.

En effet, concernant la collaboration entre le Parquet et la Préfecture dans la gestion d'un attentat, le Parquet de Paris rappelait son indépendance vis-à-vis de la Préfecture responsable du dispositif ORSEC alors qu'en province, les deux institutions collaboraient comme l'exprimaient deux Procureurs. Il est d'ailleurs à noter que la dernière version du dispositif ORSEC NOVI-alpha du département de l'Isère (28), fait intervenir le Parquet et propose la présence d'un magistrat au sein de la cellule de crise de la Préfecture, à proximité du Directeur des Opérations de Secours (DOS) qu'est le Préfet de département.

Concernant la levée de corps, les Procureurs de Paris exprimaient bien le fait que le médecin légiste n'y participait pas. Ils justifiaient leur choix selon une habitude de ne faire intervenir que rarement le médecin légiste sur une scène de crime. La levée de corps était dans ces conditions uniquement réalisée par des OPJ de l'Unité Nationale d'Identification des Victimes de Catastrophe (UNIVC). Les Procureurs et les OPJ de province, *a contrario*, pensaient que le médecin légiste pouvait détenir un rôle au cours des opérations de levée de corps. Il était justifié cette pensée par la nécessité de contextualiser les certificats réalisés après les autopsies ou les examens de corps en fonction des constatations relevées sur la scène de crime. Un des médecins légistes interrogés prenait quant à lui le parti d'imaginer que le médecin légiste était important sur une scène d'attentat même s'il n'était pas nécessaire qu'un médecin légiste soit présent auprès de chaque corps. Il pourrait donc être envisagé qu'une équipe de médecins légistes accompagne les techniciens d'identification criminelle sur la scène de crime afin d'apporter une expertise et permettre aux médecins légistes de contextualiser les lésions retrouvées dans un second temps. Cependant, il ne semblerait pas nécessaire de faire intervenir un médecin légiste auprès de chaque corps des victimes. Ce concept de levée de corps associant les compétences des médecins légistes et des

techniciens en identité judiciaire est corroboré par les propos du manuel de médecine de catastrophe (29).

Enfin, le Parquet de Paris et l'ensemble des intervenants en province étaient en contradiction concernant l'identification des victimes. Le Parquet de Paris exposait la vision de l'identification des victimes décédées ou vivantes qui n'était que du ressort de l'UNIVC et pour lesquels le médecin légiste n'avait aucune prérogative d'identification des victimes, sauf s'il participait à l'identification au cours des examens de corps. Ce point de vue n'était partagé par aucun autre intervenant au cours de cette étude puisque tous s'accordaient à dire que le médecin légiste avait un rôle à jouer dans l'identification des victimes décédées. En outre, les personnels médicaux et administratifs avaient une vision du médecin légiste comme identificateur des victimes vivantes inconscientes, hospitalisées dans les services de réanimation ou en soins intensifs. Il était aussi noté l'utilité du médecin légiste dans l'identification des enfants en bas âge, incapables de donner leur identité ou une identité fiable. Les médecins légistes eux-mêmes relevaient la nécessité de la présence d'un médecin lors de l'identification d'une victime inconsciente, qui ne pouvait pas être réalisée uniquement par des techniciens d'identification criminelle, sans qualification médicale, mais devait être réalisée au minimum par un binôme médecin légiste – technicien d'identification criminelle. Cette volonté de proposer au médecin légiste un rôle dans l'identification était formalisée dans le dispositif ORSEC NOVI-alpha de la Préfecture de l'Isère (28), et la collaboration entre médecin légiste et technicien en identification criminelle était relevée dans le manuel de médecine de catastrophe (29). Malgré ces divergences concernant le rôle du médecin légiste dans l'identification des victimes, il fallait envisager le rôle que pouvait jouer le médecin légiste au sein de la cellule d'identito-vigilance.

LA NOUVEAUTE DE LA CELLULE D'IDENTITO-VIGILANCE

La cellule d'identito-vigilance existe depuis la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (30). Elle a été renforcée par l'instruction du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins (31). Elle a pour buts, entre autres, de *« gérer les problèmes liés aux actions d'identification du patient ; transmettre les informations nécessaires aux autres domaines d'identification pour réaliser des rapprochements d'identités, et alerter l'Autorité de gestion de l'identification des éventuels dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la politique d'identification »*. Les acteurs pouvant faire partie de la cellule d'identito-vigilance sont *« le gestionnaire des risques ; le médecin du département de l'information médicale ; un représentant de la direction des systèmes d'information ; un représentant du bureau des entrées ; un représentant de chaque service concerné par l'identification ; les membres du Comité de coordination des vigilances et de gestion des risques, et toute autre personne qualifiée »*.

Les intervenants sollicités pour l'étude proposaient des pistes de réflexion concernant la cellule d'identito-vigilance. Ce sujet n'était pas abordé par les professionnels du domaine judiciaire.

Il était rappelé les difficultés qui avaient été recensées après les attentats de novembre 2015 concernant l'identification des victimes, l'incompréhension de la société civile et des familles des victimes (12)(13) sur ce point et les efforts réalisés par les instances ministérielles et l'ARS pour faciliter l'identification et diminuer le risque d'erreur.

Les médecins légistes, les médecins du SAMU ainsi que les personnels administratifs reconnaissent au médecin légiste des compétences en identification, faisant partie de sa

formation, et suivant le protocole Interpol IVC (32). C'est pourquoi il semblait intéressant qu'un médecin spécifiquement formé à l'identification puisse prendre part aux opérations d'identification et siéger au sein de la cellule d'identito-vigilance, les textes de loi le lui permettant.

La tâche d'identification pouvait apparaître comme un acte de soin si l'on considérait que donner un nom à un patient est aussi important que lui prodiguer des soins. Il s'avère que cette fonction de soin ne pourrait incomber aux techniciens d'identification criminelle, qui bien que compétents en identification, n'ont pas les mêmes prérogatives que le médecin. Cette notion s'applique surtout pour les patients vivants non identifiés hospitalisés soumettant les professionnels de santé au secret médical qui ne saurait être mis en défaut par le médecin légiste. C'est pourquoi le médecin légiste semble indispensable dans le processus d'identification de ces patients. Afin de nuancer cette affirmation, il convient d'affirmer qu'une identification d'un patient hospitalisé ne saurait être réalisée sans médecin – légiste qui plus est – associé à l'aide technique et la formalisation des opérations par un OPJ.

La place que pourrait prendre le médecin légiste auprès des victimes non identifiées hospitalisées dans les services de réanimation fait l'objet d'un nombre restreint de publication à ce jour. Le manuel de médecine de catastrophe (32) daté de 2017 n'en fait pas état. Seul le Professeur BACCINO dans la revue de médecine légale (20) expose ses arguments concernant la place du médecin légiste dans l'identification des vivants, corroborant les données obtenues avec ce travail de recherche.

LA VISION EXTERIEURE DU METIER DE MEDECIN LEGISTE

Concernant la vision du métier de médecin légiste, il était noté une grande disparité selon les intervenants. Comme les résultats le montraient, les personnels du domaine judiciaire considéraient les médecins légistes comme des acteurs judiciaires uniquement, sans rôle soignant. A contrario, les personnels administratifs envisageaient le médecin légiste uniquement comme un acteur sanitaire. Enfin, les médecins légistes et les personnels soignants voyaient le médecin légiste comme un acteur mixte, sanitaire et judiciaire. Il fallait remarquer que les intervenants voyaient le médecin légiste selon leur propre place et rôle. Les personnels du domaine judiciaire ne voyaient pas que le médecin légiste avant d'avoir des compétences judiciaires était médecin et *a contrario*, les personnels administratifs des établissements de soins ou de l'ARS voyaient en priorité le rôle sanitaire et médical du médecin légiste. Les médecins, légistes ou non, appréhendaient mieux les rôles différents du médecin légiste dans ses deux composantes. Le Professeur BACCINO dans l'éditorial de la revue de médecine légale de 2016 (20), exposait lui aussi cette vision mixte du rôle du médecin légiste.

Il est intéressant de se pencher sur la définition sociologique d'une activité, d'une tâche, d'un poste, d'un métier ou d'une profession. Selon les définitions sociologiques du métier et de la profession (33), au plus bas niveau on retrouve *l'activité de travail* qui est réalisée individuellement ou collectivement et qui permet de réaliser un *produit de travail*. Cette activité de travail est en réponse à des prescriptions de travail, correspondant à la *tâche*, c'est à dire la manière théorique de réaliser l'activité de travail. A un niveau supérieur il est possible de parler de *poste* correspondant à une somme de tâches définies par des institutions et assignées de façon stable et identifiée à des individus recrutés pour les

réaliser. Le *métier* est constitué à partir du moment où des acteurs occupant certains postes se regroupent pour définir et défendre leurs rôles, débattent afin de stabiliser des savoir-faire spécifiques, encadrent l'accès au marché du travail et revendiquent une identité spécifique, se la reconnaissent entre eux ou cherchent à se la faire reconnaître. Enfin, il est possible de parler de *profession* lorsque le métier est caractérisé par une structuration forte de l'accès au marché du travail que ses membres contrôlent, une identité largement revendiquée et reconnue socialement et des savoir-faire spécifiques bien identifiés. Le terme de profession ne pourrait être appliqué qu'à peu d'exemple, le domaine médical en étant l'exemple le plus patent.

D'après ces définitions, il est alors possible de dire que le rôle d'auxiliaire de justice du médecin légiste ainsi que son rôle médical sont des postes de travail, englobés par la notion de métier et même de profession. C'est pourquoi, malgré les postes qui pourraient être attribués aux médecins légistes, il leur reviendrait de droit de définir et défendre leur rôle et de revendiquer leurs savoir-faire, afin que l'ensemble de leurs compétences puissent être reconnues comme telles.

L'AUTORITE DU MEDECIN LEGISTE

Il fallait noter un certain parallèle dans les résultats entre la vision du métier de médecin légiste et l'autorité que chaque intervenant voulait bien lui donner. Les professionnels du domaine judiciaire, qui voyaient le médecin légiste comme un auxiliaire de justice, ne voyaient pas d'autre autorité que celle du Procureur de la République. Il faut retenir que l'instruction interministérielle du 12 novembre 2015 relative à la prise en charge des

victimes d'actes de terrorisme (10) donne tout pouvoir au Procureur de Paris. Celui-ci « *se charge des conditions de prise en charge des victimes décédées et de l'organisation des opérations de médecine légale en lien avec les médecins légistes et les unités médico-légales saisies* ».

Dans les autres domaines de compétences, l'autorité judiciaire n'était pas proposée. Mais chaque intervenant voyait sa propre compétence comme une possibilité d'autorité. En effet, le Sous-Préfet et l'ingénieur ARS imaginaient que la Préfecture et l'ARS pourraient faire intervenir le médecin légiste pour une mission particulière en cas d'attentat. Il est à noter que la dernière version du dispositif ORSEC NOVI-alpha de la Préfecture de l'Isère, daté d'août 2017 (28) va en ce sens, en donnant au médecin légiste un rôle dans la Cellule d'Identification des Victimes. Pour les personnels soignants et les directeurs de centres de soins, le directeur hospitalier a un rôle hiérarchique vis-à-vis du médecin légiste, comme le montre la présence du médecin légiste au sein du plan blanc hospitalier du CHU Grenoble-Alpes, et que celui-ci serait interpellé par le directeur de garde dans les heures suivant le début de l'attentat. Pour les médecins du SAMU, il semblait légitime que le médecin légiste ait comme autorité le Directeur des Secours Médicaux (DSM) s'il devait intervenir dans les suites immédiates de l'attentat, que ce soit sur le chantier ou au PMA. Pour seulement deux intervenants, le médecin légiste pourrait avoir une autorité mixte judiciaire par le Procureur de la République et par la direction de l'établissement de soins qui l'emploie.

Il était intéressant de remarquer que les médecins légistes interrogés percevaient très bien la double dimension médicale et judiciaire mais que leur réponse concernant l'autorité dont ils dépendaient était toujours celle d'une autorité judiciaire par le Procureur de la République. Il faudrait peut-être y voir une organisation ancienne qui n'a jamais fait intervenir les directeurs d'établissements hospitaliers dans les fonctionnements des services

de médecine légale en France. Il faudrait aussi y voir un lien hiérarchique fort. D'après la sociologie des professions, le lien hiérarchique existe parce qu'existe le pouvoir de sanction entre le supérieur et le subordonné (34). Ce lien hiérarchique et ce pouvoir de sanction sont nécessairement plus forts entre le Procureur de la République et le médecin légiste, qu'entre le directeur d'établissement de soins et le médecin légiste. Bien que le médecin légiste soit employé par le directeur d'établissement, nombre d'ordres proviennent du Procureur de la République qui possède une force de sanction importante, tant dans les faits que dans l'esprit collectif. Il existe donc un lien hiérarchique objectif et subjectif fort entre le Procureur de la République et le médecin légiste. Il semble justifié qu'il n'existe pas de remise en cause de ce lien hiérarchique. Cependant, il ne doit pas être négligé l'autorité administrative par le directeur d'établissement qui exerce également un fort pouvoir hiérarchique sur le médecin légiste, même si lui aussi peut être subordonné au pouvoir du Procureur de la République.

Cette étude permet de mettre en lumière la nécessité d'une double autorité, administrative et judiciaire, répondant mieux aux compétences variées du médecin légiste en cas d'attentat.

LA MECONNAISSANCE DU METIER DE MEDECIN LEGISTE

Il fallait noter que plusieurs intervenants (médecins qui n'avaient pas de compétence spécifique en médecine légale et de personnels administratifs) exposaient leur méconnaissance du métier de médecin légiste. Les médecins légistes de l'Hôtel-Dieu à Paris faisaient ce même constat de méconnaissance de certaines pratiques médico-légales par les pairs, malgré la qualité des certificats, dans la lettre à la rédaction de la Revue de Médecine

Légale de Novembre 2016 (21). Il pourrait alors se poser la question de la raison de cette méconnaissance du métier. L'organisation actuelle des études médicales amène chaque professionnel à une spécialisation, voire une hyperspécialisation dans un domaine de santé précis, après une formation commune générale. Cette spécialisation contribue à diminuer la pratique médico-légale, malgré son apprentissage initial. Dans ces conditions, il semble normal que certains confrères puissent ne pas imaginer l'ensemble des spécificités de l'exercice de la spécialité médico-légale. Pour ce qui est des personnels administratifs, il pouvait sembler légitime que le rôle du médecin légiste ne leur soit pas entièrement connu, n'ayant pas reçu de formation en santé.

Concernant ces personnels reconnaissant leur méconnaissance du rôle du médecin légiste, il est intéressant de noter deux points. Le premier était leur prise de conscience récente de la multiplicité des rôles du médecin légiste, qui ne se cantonne pas à la thanatologie mais qui a aussi une grande quantité de possibilités auprès du patient vivant. Les personnels interrogés faisaient part de leur prise de conscience des rôles des médecins légistes suite aux attentats de 2015 à Paris et des instructions ministérielles dans les suites, notamment celle du 19 février 2016 à diffusion restreinte aux ARS (35) et demandant la vérification de la mise en place des cellules d'identité-vigilance. Le rappel des rôles primordiaux de la cellule d'identité-vigilance, dont nous avons parlé, y est pour beaucoup en permettant au médecin légiste d'utiliser ses compétences au sein même de l'organisation hospitalière, en tant que spécialiste de l'identification. Le deuxième point était la demande par ces mêmes professionnels d'une formation plus spécifique aux rôles du médecin légiste pour mieux appréhender le métier et les actions nécessaires à réaliser afin de ne pas entraver les opérations ultérieures de médecine légale. Cette nécessité de formation était également notée dans la lettre à la rédaction de la Revue de Médecine Légale de Novembre 2016 (21).

C'est pourquoi, devant la possibilité qui est offerte aux services de médecine légale de mieux se faire connaître par leurs pairs ou par les directeurs des établissements auxquels ils appartiennent, il semble recommandé d'organiser une information large ou orientée aux demandeurs de formation. Il semblerait souhaitable de mieux communiquer avec les instances administratives des établissements de soins auxquels les médecins légistes appartiennent pour leur permettre de prendre conscience des rôles que peut jouer un médecin légiste, notamment en identito-vigilance. Il semblerait aussi souhaitable de travailler avec les médecins réanimateurs ou les chirurgiens qui auraient à prendre en charge des patients victimes d'attentats, afin qu'ils puissent appréhender les aides qu'ils peuvent obtenir de la part des médecins légistes, ainsi que les gestes qu'ils ne devraient pas oublier de faire pour ne pas entraver les opérations médico-légales *a posteriori*. Nous rappelons la nécessité d'un travail confraternel au sein de la discipline médicale dans le seul but d'améliorer la prise en charge du patient et de sa famille.

REFLEXIONS SUR LES LIMITES DE LA PROFESSION

Historiquement, le médecin jouit d'une position sociale forte. La liberté de prescription auquel il a droit, lui confère le pouvoir de choisir ce qu'il veut faire ou non. Il existe chez le médecin une certaine volonté de garder des compétences en lien avec « *l'histoire de la profession médicale, le savoir et la capacité à organiser le monde (médicalisation de la société)* » (36). Dans le système de médecine légale tel qu'il est aujourd'hui, le médecin possède un contrat avec le système judiciaire, auquel il est subordonné. Cet élément de subordination pourrait être inconsciemment mal perçu par les médecins qui sont habituellement maîtres de leur « *art* ». C'est pourquoi « *le risque pour les médecins, c'est de*

se sentir instrumentalisés, donc déçus, notamment quand on essaie de les mettre en concurrence » (36).

L'évolution de la société et la disparition progressive du modèle paternaliste du médecin vis-à-vis de son patient, doit amener le médecin à mieux se positionner dans la société. Même s'il est en droit de revendiquer un certain statut et un certain nombre de compétences, le médecin doit vivre avec l'évolution de la société et accepter le partage des compétences, si l'objectif est de toujours améliorer les pratiques afin de permettre au patient la meilleure prise en charge possible.

PERSPECTIVES

L'élaboration d'un plan blanc médico-légal a été débutée dans l'unité de Grenoble à la suite de l'attentat de Nice. Cette présente étude a permis de faire évoluer la première version du plan blanc. Sur le fond, il a pu être mis en évidence des détails ou des organisations qui n'avaient pas été pensés et qui ont pu être ajoutés. Sur la forme, la première version était rédigée à la suite, en un seul document. Un exercice plan blanc hospitalier réalisé en juin 2017 a permis de faire évoluer la forme en organisant les données sous forme de fiches-réflexes, à destination de chacun des acteurs, chaque fiche ayant un but singulier. Ce travail a permis que le plan blanc médico-légal soit annexé au plan blanc hospitalier.

Le travail d'élaboration d'un plan blanc médico-légal a également permis la reconnaissance du rôle du médecin légiste comme médecin correspondant pour le Parquet et la Préfecture concernant l'identification des victimes et le bilan victimaire. Cette disposition a été ajoutée au dispositif ORSEC NOVI-alpha de la Préfecture de l'Isère dont la dernière version date de juillet 2017.(28)

Il semblerait souhaitable que les unités médico-légales en France réfléchissent à un plan blanc médico-légal qui pourrait être annexé au plan blanc hospitalier. Cette organisation pourrait également trouver écho dans le dispositif ORSEC NOVI-alpha de la Préfecture de département. Chaque unité de médecine légale en France pourrait être acteur des secours après un attentat, il semble donc nécessaire de s'y préparer au mieux en réfléchissant aux dispositions à mettre en place pour une efficacité locale.

Ce travail est axé sur le rôle du médecin légiste en situation d'attentat. Il n'a pas pour vocation de répondre à la même question en cas de catastrophe de masse hors attentat. Cependant, il semble que de nombreuses données puissent être transposables à la situation de catastrophe de masse. Une étude comparable dans une situation de catastrophe naturelle ou technologique permettrait d'envisager les différences à apporter par rapport à la situation d'attentat, et les similitudes retrouvées.

Thèse soutenue par monsieur Pierre HENRY

TITRE : LA PLACE DE LA MÉDECINE LÉGALE DANS LE DISPOSITIF ORSEC NOVI-A. Etude qualitative en vue d'améliorer la réponse de l'Institut Médico-Légal de Grenoble en situation d'attentat.

Conclusion

L'objectif de l'étude était de déterminer la place de la médecine légale et du médecin légiste dans les suites d'un attentat terroriste, au sein du dispositif ORSEC NOVI-alpha.

Cette étude qualitative permet de remarquer que le médecin légiste possède deux pôles d'activités, une activité d'auxiliaire de justice et une activité d'acteur sanitaire. Ces deux activités ne sont pas antinomiques et il semble nécessaire de les faire cohabiter. De la même manière, le médecin légiste peut être sous l'autorité du Procureur comme du directeur de l'établissement de soins et ces autorités peuvent se confondre selon les missions confiées au médecin légiste. La prise de conscience de la place du médecin légiste au sein du dispositif ORSEC NOVI-a était récente et faisait suite aux attentats de Paris de 2015 et des problématiques d'identification des victimes qui avaient été soulevées. Plusieurs intervenants faisaient part de leur méconnaissance des rôles attendus du médecin légiste et il semblerait souhaitable que les services de médecine légale communiquent mieux leurs rôles, notamment auprès de leurs confrères, afin de favoriser le travail multidisciplinaire.

Un plan blanc médico-légal devrait nécessairement être anticipé pour permettre la meilleure gestion d'une situation d'attentat terroriste. Il existait de réelles divergences entre les intervenants concernant les rôles à proposer au médecin légiste au décours d'un attentat. Les Procureurs de Paris pensaient que le médecin légiste n'avait pas à intervenir sur les levées de corps et dans l'identification, ce qui n'était pas partagé par les autres intervenants qui au contraire y voyaient un rôle fort du médecin légiste.

Le médecin légiste pourrait posséder un rôle dans l'identification des victimes, décédées ou vivantes. Ce rôle s'inscrirait dans la continuité de ses compétences en identification et dans la cellule d'identito-vigilance hospitalière qui serait sollicitée au décours d'un attentat. Le médecin légiste pourrait être un acteur à l'interface entre le domaine sanitaire et la justice dans les premières heures, s'il était inséré au Poste Médical Avancé (PMA) afin d'apprécier rapidement le bilan victimaire à communiquer aux autorités, tout en permettant la traçabilité des victimes au cours du parcours de soins, depuis le lieu de l'attentat. Ensuite, c'est dans l'identification des victimes hospitalisées et non identifiées que le médecin légiste pourrait avoir une compétence mixte d'auxiliaire de justice et d'acteur sanitaire, en soutien aux confrères réanimateurs dont la priorité est le soin, et en association aux Officiers de Police Judiciaire.

De la même manière, le médecin légiste pourrait être associé aux psychologues de la CUMP dans l'accueil des familles des victimes, l'annonce des décès et la présentation avant restitution des corps. C'est par sa formation médicale, et son expérience dans le rapport à la mort qu'il sera à même d'accompagner ces familles dans le processus de deuil.

Le médecin légiste possède plusieurs compétences qui pourraient être employées en cas d'attentat dans le but de faciliter le travail de secours et le travail d'enquête. Ces

compétences bien qu'étant avant tout à destination des victimes, vivantes ou décédées, sont aussi à destination des autres professionnels auxquels le médecin légiste apporte son expertise. Par ses connaissances du domaine judiciaire, il est un interlocuteur privilégié pour le personnel soignant devant répondre à une problématique légale ; par ses connaissances médicales, il est un interlocuteur privilégié de la justice devant une problématique clinique ou thanatologique. Par ces deux axes de travail, il peut rendre compte de la situation globale à la direction de l'établissement de soins. C'est pourquoi le médecin légiste est un acteur pivot au cœur des domaines médical, judiciaire et administratif en cas d'attentat. Les professionnels sollicitant le médecin légiste attendent alors de lui une plus-value que son expérience et son expertise peuvent apporter. Une approche pédagogique explicitant ses capacités et ses qualifications permettrait de l'intégrer à sa place au sein du dispositif ORSEC NOVI-alpha.

Il semblerait souhaitable que chaque service de médecine légale puisse réfléchir à un plan blanc médico-légal, en lien avec l'autorité judiciaire locale et la direction de l'établissement hospitalier. Toutes les unités de médecine légale en France sont susceptibles d'être concernées par un attentat terroriste et toutes sont à même de gérer la situation de catastrophe, s'il existe un plan organisationnel préparé. La formalisation d'une organisation par l'autorité judiciaire, au sein d'un plan blanc médico-légal hospitalier et au sein du dispositif ORSEC NOVI-a préfectoral, permettrait à l'avenir de faire reconnaître au médecin légiste l'ensemble des compétences qui sont les siennes.

Thèse soutenue par monsieur Pierre HENRY

TITRE : LA PLACE DE LA MÉDECINE LÉGALE DANS LE DISPOSITIF ORSEC NOVI-A. Etude qualitative en vue d'améliorer la réponse de l'Institut Médico-Légal de Grenoble en situation d'attentat.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 28/09/17

LE DOYEN

Pour la Présidence
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr V. SCOLAN

Bibliographie

1. Définitions : terrorisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/terrorisme/77478>
2. Code pénal - Article 421-1. Code pénal.
3. Prieto JL, Tortosa C, Bedate A, Segura L, Abenza JM, Gante MCM de, et al. The 11 March 2004 Madrid terrorist attacks: the importance of the mortuary organisation for identification of victims. A critical review. *Int J Legal Med.* 1 nov 2007;121(6):517-22.
4. Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.
5. Etat-Major de l'armée : section plans-opérations. INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE sur l'organisation des secours dans le cadre départemental en cas de sinistre important (plan « ORSEC »). février, 1952.
6. Ministère de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales - Direction de la sécurité civile. Plaquette de présentation ORSEC. 2004.
7. Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure. 2005-1157 sept 13, 2005.
8. Holland MM, Cave CA, Holland CA, Bille TW. Development of a quality, high throughput DNA analysis procedure for skeletal samples to assist with the identification of victims from the World Trade Center attacks. *Croat Med J.* juin 2003;44(3):264-72.
9. Mundorff AZ, Bartelink EJ, Mar-Cash E. DNA preservation in skeletal elements from the World Trade Center disaster: recommendations for mass fatality management. *J Forensic Sci.* juill 2009;54(4):739-45.
10. Valls, M Premier Ministre. Instruction interministérielle relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme [Internet]. nov 12, 2015. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=40245>
11. Hirsch M, Carli P, Nizard R, Riou B, Baroudjian B, Baubet T, et al. The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. *Lancet Lond Engl.* 19 déc 2015;386(10012):2535-8.
12. « Elle voulait juste s'amuser » : sinistre balade à Paris - 14 novembre 2015 - L'Obs [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://tempsreel.nouvelobs.com/attentats-terroristes-a-paris/20151114.OBS9501/elle-voulait-juste-s-amuser-sinistre-balade-a-paris.html>

13. Attentats de Paris : les cafouillages de la médecine légale - 20 mars 2016 - L'Obs [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://tempsreel.nouvelobs.com/attentats-terroristes-a-paris/20160317.OBS6623/attentats-de-paris-les-cafouillages-de-la-medecine-legale.html>
14. Chollet-Xémard C, Lescot T, Maggi V, Nion N, Raux M, Pease S, et al. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015 : innovations. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 févr 2016;6(1):70-3.
15. Petit A, Morel S, Benmansour E, Lahmy MB, Lavollé M-H, Terrine B, et al. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Rôle d'une cellule de crise hospitalière. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 févr 2016;6(1):47-54.
16. Borel M, Saché FL, Pariente D, Castro S, Delay M, Bouhaddou A, et al. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Rôle d'un hôpital disposant d'un centre de traumatologie. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 févr 2016;6(1):22-30.
17. Debuc E, Fontaine J-P, Ogereau C, Tournon C, Peyrony O, Berrebi P, et al. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Rôle spécifique des hôpitaux de proximité. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 1 févr 2016;6(1):31-8.
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. circulaire DH/E04-DGS/SQ2 - N°97/383 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe. mai, 1997.
19. Ludes B. Attentats du 13 novembre à Paris : premières considérations. *Rev Médecine Légale*. février 2016;7:2-4.
20. Baccino E. À propos des attentats du 13 novembre 2015 et du rôle de la médecine légale : n'oublions pas les vivants ! *Rev Médecine Légale*. mai 2016;7:43-6.
21. Gorgiard C, Deguet C, Rey-Salmon C. Lettre à la rédaction. *Rev Médecine Légale*. 30 nov 2016;8:44-6.
22. Fenech G. N° 3922 tome 1 - Rapport d'enquête relative aux moyens mis en œuvre par l'Etat pour lutter contre le terrorisme depuis le 7 janvier 2015 [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-enq/r3922-t1.asp>
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 9 janv 2015;15(157):50-4.
24. Valls, M Premier Ministre. Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles [Internet]. oct 6, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/6/AFSP1617819D/jo/texte>

25. Interpol. Interpol's operational response to the tsunami disaster [Internet]. 2005 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.interpol.int/News-and-media/News/2005/N20050126>
26. Langlois, M. Médecin du Raid - Vivre en état d'urgence. Albin Michel; 2016.
27. Pelloux, P. L'instinct de vie. Le Cherche-midi; 2017. 112 p. (Forces Vives).
28. Préfecture de l'Isère. Dispositions spécifiques ORSEC - Nombreuses victimes NOVI / NOVI ALPHA. 2017.
29. Levy, F, Ludes, B. Chapitre 20 Aspects médico-légaux lors des catastrophes. In: Manuel de médecine de catastrophe. Lavoisier; 2017. (Les Précis).
30. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
31. Ministère des Affaires sociales et de la santé. INSTRUCTION N°DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins. juin, 2013.
32. Interpol. Guide INTERPOL sur l'identification des victimes de catastrophes [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.interpol.int/fr/INTERPOL-expertise/Forensics/DVI-Pages/DVI-guide>
33. Tourmen C. Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. Santé Publique. 19(hs):15-20.
34. Holcman R. Responsabilité, irresponsabilité, pouvoir. Réflexions sur la relation hiérarchique. Rev Fr Gest. 12 nov 2009;(196):67-80.
35. Ministère des Affaires sociales et de la santé. INSTRUCTION N° DGS/DUS/2016/42 du 19 février 2016 relative à la mise en oeuvre de la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes. février, 2016.
36. Médecin, un métier entièrement à part (Philippe Irbane) pour Panorama du Médecin [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/divers_institutions/medecin_metier.html