



Identification des obstacles à la surveillance et à la connaissance des décès par surdose en France

Thierry Boulat,
interne de santé publique

Encadré par Anne-Claire Brisacier
et Christophe Palles, OFDT

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Katia Dubreuil, ancienne chargée de mission à la MILDECA et Katherine Cornier, présidente du Conseil d'Administration de l'OFDT pour nous avoir fourni les adresses mail des procureurs que nous voulions contacter.

Je voudrais également remercier les procureurs de la République, les médecins légistes et les experts toxicologues qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à cette étude.

Enfin, je remercie Anne-Claire Brisacier et Christophe Palle pour leurs conseils et nombreuses relectures, Isabelle Michot pour son aide sur EndNote, et toute l'équipe de l'OFDT pour ces six mois passés ensemble.

Sommaire

Introduction	4
Méthode	7
Résultats	9
Fréquence des surdoses	9
Relations et échanges entre procureurs et experts	10
Les décisions de réalisation des examens	11
Contraintes financières	14
Imputabilité et détection des NPS	16
Demande d'examen par la famille	17
Certification des décès	18
Intérêt des données de mortalité par surdose pour la santé publique	20
Discussion	24
Conclusion	27
Annexes	29
Annexe 1 : Guide d'entretien médecins légistes	30
Annexe 2 : Guide d'entretien procureurs de la république	32
Annexe 3 : Guide d'entretien experts toxicologues	33
Glossaire	34
Bibliographie	36

Introduction

Les décès par surdose peuvent être définis comme étant « les morts survenant peu de temps après la consommation d'une ou plusieurs drogues illicites psychoactives et directement liées à cette consommation, bien qu'elles soient possiblement en association avec d'autres substances comme l'alcool ou des médicaments psychoactifs » [1]. Cette définition des décès liés aux drogues proposée par l'Observatoire européen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA), dont l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est le correspondant en France, ne comprend pas les médicaments (licites) à usage détourné, comme les benzodiazépines, utilisées notamment lors des tentatives de suicide.

Conséquence la plus dramatique des comportements à risques pour la santé comme la consommation de drogues, les décès constituent un indicateur central pour le suivi des problèmes liés à la consommation de ces substances dans un pays. Ils font ainsi partie des cinq indicateurs clefs sélectionnés par l'EMCDDA, qui incite les différents pays européens à améliorer leurs données de mortalité par surdose et à mener des études pour en évaluer la qualité.

En France, la statistique des décès par surdose est établie à partir du registre de mortalité du CépiDC (INSERM) qui recense l'ensemble des décès et leurs causes de façon exhaustive. Ce registre repose sur les données des certificats de décès complétés par le médecin constatant le décès. Une analyse en partie automatisée des certificats permet de coder chaque décès en utilisant la classification internationale des maladies (CIM10). Une liste de codes correspondant aux décès par surdose, définie au niveau européen, permet de calculer le nombre de ces décès au cours d'une année. Cette statistique ne fournit cependant pas, dans la plupart des cas, de précisions sur les substances en cause dans ces décès par surdose.

C'est pour combler cette lacune qu'a été établi un registre spécifique des décès par surdose, le dispositif Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES, ANSM) qui recueille annuellement les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives depuis 2002. Il renseigne sur les substances impliquées (médicaments stupéfiants et médicaments de substitution aux opiacés – MSO –, substances illicites). Reposant sur la participation volontaire de toxicologues analystes experts auprès des tribunaux effectuant des analyses toxicologiques dans le cadre de la recherche des causes de la mort à la demande des autorités judiciaires, il n'a pas pour objectif premier d'être exhaustif mais de connaître la nature des substances en cause, leur répartition et leur évolution. Malgré un nombre croissant de participants, il ne couvre pas la totalité du territoire. Il a pourtant recensé plus de décès par surdoses en 2012 que le registre général, ce qui fait apparaître une sous-estimation des surdoses dans ce dernier [2].

Cette sous-estimation avait déjà été établie auparavant. Une étude menée par l'OFDT par recoupement de différentes sources sur les données de l'année 2007 [3] a confirmé ce constat déjà mis en évidence antérieurement. Le détail des causes de décès de l'enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants » montre également l'existence d'une forte proportion de causes inconnues masquant probablement des décès par surdose [4].

L'origine principale de cette sous-estimation provient des cas de décès avec obstacle médico-légal. En cas de suspicion de décès par surdose, le médecin qui remplit le certificat de décès peut en effet cocher l'obstacle médico-légal. Un officier de police judiciaire (OPJ) doit alors venir sur les lieux et prévenir le parquet (permanence du procureur) qui décidera de la suite à donner à l'enquête. Dans ce cas, le décès est souvent classé dans la catégorie des décès de causes mal définies, inconnues ou encore non renseignées car les médecins ne spécifient pas de causes sur le certificat, pensant peut-être que des précisions seront apportées après l'enquête, l'autopsie et/ou les examens toxicologiques. Certains de ces décès n'apparaissent donc pas dans la statistique des décès par surdose, contribuant ainsi à la sous-estimation de leur nombre.

La suspicion de surdose n'apparaît pas explicitement dans la liste des décès pour lesquels l'Ordre national des médecins recommande de cocher l'obstacle médico-légal [5] ni dans les indications d'autopsie médico-légale de la recommandation européenne N° R (99) 3 de 1999 [6] relative à l'harmonisation des règles en matière médico-légale, mais peut être incluse dans les morts « suspectes ». Lorsque le médecin constatant un décès soupçonne une surdose et coche l'obstacle médico-légal sur le certificat de décès, le procureur de la république décide ou non d'ordonner une autopsie judiciaire par un médecin légiste et/ou des analyses toxicologiques auprès d'un expert toxicologue pour rechercher les causes de la mort.

Lorsque les investigations médico-légales sont réalisées, leurs résultats ne sont pas toujours transmis au CépiDc par le médecin légiste, entraînant une perte d'information sur les causes de ces décès particuliers, puisque violents, suspects ou de cause inconnue avant ces investigations. Une étude par entretien téléphonique auprès des instituts médico-légaux (IML), dirigée par le CépiDc, est actuellement en cours pour explorer les points bloquants de la transmission de l'information entre les IML et le CépiDc. A l'inverse, seuls les décès ayant fait l'objet d'investigations médico-légales sont inclus dans le registre spécifique DRAMES.

Les pratiques des procureurs en matière de décision d'autopsies médico-légales, ainsi que les pratiques des médecins légistes en matière de transmission des causes de décès au registre de mortalité sont actuellement mal connues. Pourtant, elles influent sur les données de décès par surdose à la fois quantitativement et qualitativement.

D'un point de vue de santé publique, la surveillance des décès par surdose repose sur des analyses toxicologiques permettant une connaissance précise des substances impliquées et sur une notification efficace des cas auprès du registre général des décès (CépiDc-INSERM) et du registre spécifique des décès par surdose (DRAMES, ANSM). Du point de vue du procureur, du médecin légiste et de l'expert toxicologue, les analyses toxicologiques sont nécessaires pour la recherche des causes de la mort afin de déterminer s'il y a ou non intervention d'un tiers dans le décès. L'hypothèse de cette étude exploratoire est que les divergences concernant l'intérêt des autopsies médico-légales et des analyses toxicologiques, entre les acteurs du monde judiciaire et ceux de la santé publique, fragilisent le dispositif français de surveillance des décès par surdose.

Des entretiens ont permis de confronter les logiques des différents acteurs (procureurs, médecins légistes, toxicologues), les points de tension, de convergence ou de divergence entre leurs pratiques. Il a aussi été possible de recueillir leur opinion sur l'articulation entre la justice et la santé publique dans la perspective d'une meilleure connaissance des cas de décès par surdose en France.

Méthode

Des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de procureurs, de médecins légistes et d'experts toxicologues de régions qui comptaient le plus de surdoses mortelles d'après les données du Cépidc (certificats de décès). Les personnes interviewées ont été recrutées de manière à obtenir un éventail le plus large possible pour leur région d'exercice en sélectionnant les départements dans lesquels le nombre de surdoses était le plus élevé.

Pour améliorer le taux de réponse, la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) a été contactée grâce à l'intervention de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), pour obtenir leur accord et informer les procureurs de l'étude et de la possibilité que l'OFDT les contacte. Les procureurs ont ensuite été joints par mail. L'observatoire national de la médecine légale (ONML) a également été informé de la réalisation de cette étude. Les médecins légistes ont été contactés par mail.

Un expert toxicologue a été contacté via un légiste exerçant dans le même CHU. L'autre expert a été contacté par mail, choisi dans une liste d'experts judiciaires.

Il était proposé à tous, procureurs, légistes et experts toxicologues, des entretiens enregistrés en face à face ou par téléphone, selon leur convenance, en précisant qu'ils seraient anonymes.

Les entretiens ont porté sur leurs expériences professionnelles en matière d'autopsies médico-légales et/ou d'analyses toxicologiques en cas de suspicion de surdoses, ainsi que sur leurs relations (procureurs avec les experts et experts entre eux). Les sujets abordés avec les magistrats ont eu notamment trait aux critères sur lesquels se fonde leur décision d'ordonner une autopsie et des analyses toxicologiques et sur l'importance de la contrainte financière. Avec les médecins légistes, les entretiens ont porté en particulier sur les pratiques de transmission des résultats des examens au Cépidc (rédaction d'un (second) certificat de décès). La question de la place des autopsies scientifiques (à la charge de l'hôpital ou à la demande de la famille) dans la connaissance des décès a également été abordée.

Les experts toxicologues ont été interrogés sur la détection des substances et la question de leur imputabilité au décès. Enfin, les questions de l'uniformité des pratiques sur le territoire, en termes d'autopsie et d'analyses toxicologiques, et de la transmission d'information dans une perspective de santé publique ont été abordées avec tous les acteurs.

Résultats

Au total, 17 entretiens ont été réalisés auprès de 8 procureurs, 7 médecins légistes et 2 experts toxicologues entre juin et septembre 2016. Neuf régions en France métropolitaine sont couvertes parmi les 22 précédant la réforme de 2016. La durée moyenne des entretiens a été de 33 minutes, 17 minutes pour le plus court et 70 minutes pour le plus long.

Parmi les 14 procureurs ou vice-procureurs contactés, 4 ont été vus en entretien et 4 ont été interviewés par téléphone. Les autres n'ont pas donné suite à la proposition d'entretien. Des entretiens téléphoniques ont été réalisés avec 7 des 9 médecins légistes contactés (2 médecins légistes n'ayant pas répondu à la demande d'entretien) et les 2 experts toxicologues sollicités, un d'un laboratoire privé et un d'un CHU, ont également répondu favorablement à notre demande (un par téléphone et un en face à face).

Sur 8 magistrats interrogés, 3 travaillent dans des tribunaux de grande instance (TGI) qui ne sont pas dans des villes disposant d'un institut médico-légal (IML) (« centres-pivots » de la réforme de la médecine légale). Les légistes avaient entre 8 et 27 ans d'expérience en médecine légale et les procureurs, certains ayant alterné siège et parquet et d'autres n'ayant été que parquetiers, entre 17 et 32 ans d'expérience.

Certains magistrats et légistes interrogés exerçaient dans la même ville, mais d'autres ont été vus sans leur vis-à-vis (procureur sans le médecin légiste du centre-pivot correspondant et inversement légiste sans procureur d'un TGI rattaché). Les procureurs n'ont pas d'obligation quant aux experts toxicologues qu'ils sollicitent, alors qu'ils doivent requérir l'IML du centre-pivot duquel ils dépendent.

FRÉQUENCE DES SURDOSES

Tous les procureurs, légistes et experts toxicologues interrogés s'accordent à dire qu'il est difficile aujourd'hui de définir la « surdose mortelle » ou l'« overdose » et donc, par extension, de connaître leur nombre exact. En effet, le Procureur G remarque que « *l'overdose n'est plus visible comme elle pouvait l'être il y a une*

vingtaine d'années, où on ramassait quelqu'un, il y avait encore la shooteuse dans la veine, pliée dans un coin. Compte tenu maintenant des polytoxicomanies de toutes sortes, il y a peu de personnes qui font des overdoses immédiatement identifiables ». Ceci d'autant plus qu'il est difficile parfois de rattacher spécifiquement un décès à la prise de toxique : de quoi est mort un participant à une « rave party » ayant une maladie cardiaque et qui décède après avoir pris une substance ?

D'après les déclarations des magistrats et des légistes ayant pu évaluer, malgré les limites évoquées, le nombre de surdoses mortelles par abus de substances psychotropes auxquelles ils ont été confrontés, l'ampleur du phénomène semble très inégale suivant les territoires. En effet, un légiste et un procureur (de deux régions différentes) du nord-est ont recensé, à eux deux, entre 50 et 70 décès par surdose sur une année, contre moins de 5 par an pour les autres magistrats et légistes, pour qui il s'agit d'un phénomène relativement rare (si on ne prend pas en compte les suicides médicamenteux). Il peut être rappelé pour mémoire que le nombre de surdoses comptabilisées entre 2009 et 2013 par le CépiDc à partir des certificats de décès est compris entre 264 et 392 sur toute la France.

RELATIONS ET ÉCHANGES ENTRE PROCUREURS ET EXPERTS

Les experts, légistes et toxicologues, travaillent sur réquisition du procureur de la république. Ils doivent dans ce cadre répondre précisément à la réquisition et seulement à ce qui est demandé (par exemple, faire uniquement la recherche toxicologique des produits demandés). Cependant, à titre d'expert, ils ont également un rôle de conseil auprès des magistrats, afin de les aider au mieux à réaliser les examens nécessaires au bon déroulement de la justice ; le procureur ayant le dernier mot sur la réalisation ou non de ces examens.

Un expert judiciaire est une personne morale (un laboratoire par exemple) ou une personne physique qualifiée dans un domaine autre que le droit. L'expert judiciaire est désigné par un magistrat pour donner son avis sur des questions d'ordre techniques. L'expert peut être préalablement inscrit sur la liste d'une cour d'appel, celle du ressort dans laquelle se situe son activité principale.

Les médecins légistes interrogés rapportent le plus souvent de fréquents échanges avec les procureurs (et/ou leurs substituts), mais cela dépend des parquets. Un pré-rapport d'autopsie, le plus souvent oral, est réalisé à l'issue de celle-ci et permet de discuter du cas et de la pertinence éventuelle d'examens complémentaires (toxicologiques ou anatomo-pathologiques par exemple). Dans l'ensemble, les analyses toxicologiques sont souvent réalisées lorsque le médecin légiste les commande, sauf quelques cas où le procureur juge qu'il n'en a pas besoin.

Les rapports entre les légistes et les toxicologues dépendent du lieu d'exercice du toxicologue (plus facile s'il s'agit d'un toxicologue du CHU de l'IML) et de la poli-

tique du parquet. En effet, les experts toxicologues doivent remettre les résultats des examens requis au magistrat, mais pas nécessairement au médecin légiste, et ces résultats ne sont pas tous relayés par les procureurs. Il existe des différences organisationnelles au niveau des IML et des parquets : un procureur sur les 8 interrogés demande systématiquement une synthèse au médecin légiste, c'est-à-dire un rapport final prenant en compte tous les examens complémentaires, et fait donc transmettre systématiquement au légiste les résultats de ces examens par les experts (toxicologues, anatomo-pathologistes...), les autres ne le demandant qu'occasionnellement, pour les cas les plus complexes. Seul un médecin légiste sur les sept a indiqué qu'il ne pouvait pas, par manque de temps, réaliser une synthèse pour chaque dossier, les autres déplorent le fait de ne pas recevoir tous les résultats d'examens pour pouvoir conclure formellement sur la cause du décès.

LES DÉCISIONS DE RÉALISATION DES EXAMENS

Il existe deux textes importants qui précisent quand doivent être réalisés des examens suite à un décès (autopsie, analyses complémentaires). Il s'agit de la Recommandation européenne du 2 février 1999 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale [6] et du « Guide du traitement judiciaire des décès », disponible sur l'intranet de la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG). Ces guides recommandent de faire une autopsie pour tous les décès d'origine suspecte et notamment les suicides. De même, une fiche mémento [7], disponible également sur le site de la DACG rappelle les différents examens à réaliser (autopsie, analyses toxicologiques et/ou anatomo-pathologiques) en cas de mort de cause inconnue, mort de cause inconnue mais sujette à suspicion (suicide, surdose de produits médicamenteux ou stupéfiants ou accidents mortels) ou mort intervenue en milieu carcéral, au cours d'une garde à vue ou au cours d'une rétention. La pratique est donc plus ou moins normée, mais il existe pourtant des différences entre les parquets, ou entre les magistrats d'un même parquet. Un des légistes interviewés estime qu'« *il n'y a pas aujourd'hui d'uniformisation réelle des décisions d'autopsie ou d'examen médico-légal sur le territoire français malgré des recommandations européennes qui avaient été publiées en 1999 et un guide du traitement judiciaire des décès, qui, lui, devrait concerner un peu plus les procureurs.* » (Légiste D)

Les différences les plus flagrantes portent sur la réalisation des autopsies face à un décès suspect : elles sont systématiques pour certains procureurs, en application des textes énoncés plus haut, ou se font au cas par cas, notamment dans les cas de suicide. « *De manière systématique tout suicide fait l'objet d'une autopsie, et quelquefois d'ailleurs on découvre un faux suicide. Pas souvent, mais ça arrive. [...] il y a des gens pour qui, justement le suicidé qui a laissé une lettre, qui était dépressif, bah on dit il n'y a pas besoin d'autopsie. Mais si, quand on a un peu d'expérience, si.* » (Procureur F)

Ces différences de pratique peuvent être reconnues : « *Oui, sur la pratique des autopsies, oui. Il y a de réelles différences, importantes même.* » (Procureur F). D'autres procureurs ne les observent pas, comme le Procureur E : « *déjà la DACG a une fiche méthodologique qui harmonise les pratiques des parquets, et puis bien évidemment dès lors qu'il y a un obstacle médico-légal, je ne vois pas un magistrat du parquet prendre le risque de passer à côté d'une autopsie pour rechercher les causes de la mort.* ». Les médecins légistes sont en relation avec plusieurs procureurs et perçoivent donc plus facilement ces différences que les procureurs, qui n'ont peut-être jamais rencontré de différences flagrantes entre leurs différents lieux d'exercice : « *En arrivant ici je n'ai rien changé de fondamental [dans l'organisation du parquet]. Il y a une pratique professionnelle qui est assez répandue et qui ne me semble pas extrêmement variable* » (Procureur B).

Les différences de pratiques peuvent être liées « *à des tas de raisons, la pratique des médecins qui constatent, la présence d'un service de médecine légale ou pas, à ses capacités, ses habitudes.* » d'après le Procureur F. Et notamment la distance avec le centre-pivot de médecine légale pourrait avoir un rôle d'après le Procureur G : « *Le médecin légiste ne viendra peut-être pas forcément depuis 150 km, donc vous serez obligé de faire confiance au médecin qui a suivi un enseignement de médecine légale de l'hôpital local.* ». Les médecins légistes observent aussi ces différences de pratiques en fonction de la distance à l'IML : « *C'est en fonction de l'éloignement du centre de référence de l'IML. Là où on a plus de facilité c'est [ici], et plus on s'éloigne, moins ils font appel à l'IML. [...] Les TGI isolés, loin des centres-pivots, clairement font moins de demandes. Pas forcément par manque de moyen, parce que tous disent qu'ils n'ont pas de moyens, mais plutôt parce qu'on est loin. Les médecins locaux n'alertent pas, ne font pas de prélèvements spécifiques sur les lieux, ça passe à la trappe.* » (Légiste F). « *Je ne dirais pas qu'il y a un effet kilomètre, mais certainement quelque chose de cet ordre. Plus on est loin, moins il y a d'autopsies et moins il y a d'autopsies, moins il y a de demandes d'analyses toxicologiques.* » (Légiste D). « *Ils vont souvent faire appel au médecin généraliste pour avoir un certificat de décès, qui, lui, ne fait pas un examen de corps comme nous nous le faisons.* » (Légiste B). Le recours à l'autopsie du magistrat peut aussi varier, avec des évolutions, parfois importantes, en fonction des changements de procureurs : « *À chaque changement de procureur, on peut avoir de nettes diminutions ou de fortes augmentations de nombre d'autopsies et d'examen complémentaires.* » (Légiste C).

« *Aujourd'hui, 90 % des morts suspectes d'être toxiques sont autopsiées* » d'après le légiste D, mais cela cache des disparités de traitement en fonction des circonstances de découvertes du cadavre. Il ajoute : « *De façon assez simple, si on caricature, le toxicomane qui est retrouvé avec une seringue dans le bras, la petite cuillère, etc., lui il y aura une enquête. Celui qui est retrouvé, connu pour être toxicomane depuis longtemps, sous méthadone, qui a 45 ans et qui un jour est décédé chez lui, je ne suis pas sûr qu'il y ait une enquête bien poussée.* ». La recherche de

l'implication d'un tiers, en l'occurrence d'un dealer ayant vendu une héroïne avec un taux de pureté élevé, pourrait ainsi mener le procureur à investiguer le décès, ce qu'il ne ferait pas pour un décès par surdose survenant au cours d'un traitement de substitution prescrit par un médecin. De même, le légiste A constate que même lors d'une suspicion de surdosage par un traitement de substitution (méthadone ou buprénorphine haut dosage), l'analyse toxicologique n'est pas obligatoirement faite : « eux [les procureurs] ne vont pas forcément aller chercher dans ce cadre là, c'est-à-dire que la personne est connue comme consommant des stupéfiants mais que clairement autour de lui on ne trouve que de la méthadone. Parfois il ne sera même pas demandé d'analyse toxicologique pour confirmer que c'est ça et pas autre chose ». Pourtant, tous les magistrats interrogés disent réaliser systématiquement les analyses toxicologiques en cas de suspicion de surdose (hors suicide médicamenteux), à l'image du Procureur B : « Quand on a une suspicion de surdose, c'est systématique. On ne se contente pas de l'information « il y a une surdose, il est mort, point ! ». Cela ne me paraît pas possible ». Les données du registre spécifique DRAMES, qui montrent que les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) sont deux fois plus souvent impliqués dans les décès par surdose que l'héroïne (responsables respectivement de 55 % et 26 % des décès en 2014) ne vont pas dans le sens d'une restriction systématique des analyses toxicologiques en cas de suspicion de l'implication d'un MSO. Cependant cette pratique, même disparate, pourrait entraîner une sous-estimation des surdoses impliquant les MSO.

Un procureur et deux légistes ont signalés le fait que certains décès, par surdose ou autre, notamment les suicides, pouvaient ne pas être amenés à la connaissance des procureurs si le médecin qui examine le corps ne coche pas l'obstacle médico-légal, notamment dans les zones éloignées des IML. Ils mettent en cause la formation des médecins (souvent généralistes) sur les circonstances qui doivent amener à cocher l'obstacle médico-légal, mais aussi parfois par une pression des policiers ou des gendarmes pour que le médecin ne le coche pas, lorsque la conviction des enquêteurs est qu'il n'y a pas intervention d'un tiers.

« Je pense qu'il y en a quelques-unes [d'enquêtes] qui n'arrivent même pas au procureur. Elles sont arrêtées par les officiers de police judiciaire (OPJ) ou par le médecin qui signe le certificat sans obstacle. » (Légiste D).

« Il faut faire la différence entre ceux [les décès par surdose] qui sont portés à la connaissance du parquet et ceux qui ne sont pas portés à la connaissance du parquet » (Procureur E)

« Avec les généralistes, ils [les enquêteurs] essayent toujours de dire « non mais docteur c'est carré, il n'y a pas de souci », oui ça c'est fréquent. [...] Il y a des endroits reculés où les enquêteurs me disent « docteur si vous saviez, nous les suicides, il n'y a même pas d'obstacle médico-légal, le généraliste vient puis c'est fini. » Et cela représente des dizaines et des dizaines de cas par an. Dans les coins reculés où on ne va pas. » (Légiste F)

« Il est évident qu'aujourd'hui en France, il y a des petites morts, il y a des gens de peu, qui crèvent de peu et pour lesquels on fait des investigations de peu. [...] C'est parce que, chez nous, tout ça n'est pas organisé et que de ce point de vue là malheureusement, la réforme n'a pas permis de ramener la médecine légale au niveau de chaque parquet, et que les procureurs sont pétrifiés par des questions fort légitimes de frais. Pas de médecine légale, pas de frais ! Vous êtes en présence d'une absence d'OML et d'un gendarme qui vous dit « pas de problème Monsieur le procureur ! ». » (Procureur A)

CONTRAINTES FINANCIÈRES

Il a été demandé aux procureurs de la république si les contraintes financières, dues au manque de budget de la Justice [8], impactaient leurs décisions en termes de demande d'autopsies et d'examens complémentaires (toxicologiques, pour ce qui nous intéresse). Les autopsies sont prises en charge par une enveloppe globale au prorata de l'activité des services de médecine légale, donnée par le ministère de la Justice à celui de la Santé, et ne passant donc plus par le système des frais de justice, depuis la réforme de la médecine légale de 2010-2011. Cette enveloppe ne prend cependant pas en compte les frais de transports du corps, qui restent à la charge des TGI et peuvent s'élever à 700 ou 1000 euros en fonction de la distance entre le lieu de décès et l'IML. La contrainte financière pourrait donc aussi participer, pour partie, aux différences de pratiques observées par les médecins légistes, comme l'expliquent ces deux procureurs :

« On a mis à [ville] le centre de thanato, donc là on a regardé de très près parce que faire la thanato à [ville] nous coûtait 0, mais ça nous coûtait 600 euros de transport de cadavre. [...] alors on faisait beaucoup d'examens externes de cadavres. » (Procureur A).

« Selon qu'une autopsie c'est 200 km aller, 200 km retour pour le corps, vous n'avez pas forcément la même attitude. » (Procureur G)

Les huit magistrats interrogés déclarent ne pas tenir compte des contraintes financières pour la demande d'examens toxicologiques, arguant que ces examens ne coûtent pas cher, en regard de tous les autres frais de justice, notamment les examens génétiques ou certaines expertises lors des cambriolages ou des accidents de la route par exemple.

« En matière de décès, on ne fait pas des économies. » (Procureur C)

« Ce ne sont pas des actes médicaux qui sont très chers, par rapport à d'autres dépenses que l'on peut engager, et puis bon, on est dans un domaine quand même où on peut mettre les moyens. » (Procureur D)

« Absolument pas, et ce n'est pas un obstacle pour nous, la recherche de la vérité est importante. » (Procureur E)

« C'est epsilon par rapport à ce qu'on dépense en frais de justice. » (Procureur F)

Le prix de « l'examen toxicologique de référence » pour la recherche d'une cause toxique de décès, tel que défini par la Compagnie Nationale des Biologistes et analystes Experts (CNBAE) est de 1006 euros [9]. Il comprend la recherche et le dosage de l'éthanol, du méthanol, de l'acétone et de l'isopropanol par CPG/FID ; le dépistage des stupéfiants et des médicaments par méthode immunochimique par automate ; la mise en évidence et quantification de la carboxyhémoglobine, la recherche de cyanure et, en cas de positivité, sa quantification ; l'identification et le dosage des médicaments et des stupéfiants licites, illicites et de prescription par méthodes chromatographiques (CPG/SM et HPLC/BD au minimum) ; l'identification et le dosage du lithium.

Il faut noter que le code de procédure pénale, dans l'article R 118 et suite au décret n° 79-235 du 19/03/1979 [10], définit le remboursement de « l'expertise toxicologique complète » à 1500 B (voir ci-dessous), soit 405 euros en France métropolitaine. Il y a donc un écart de prix important entre « l'expertise toxicologique complète » de l'article R 118 du Code de Procédure Pénale (CPP) et l'expertise « de base » défini par le CNBAE.

Le B est la lettre-clé des actes de biologie et toxicologie, sa valeur est déterminée par un accord tripartite annuel entre la caisse nationale d'assurance maladie, l'État et les syndicats représentatifs des directeurs de laboratoires de biologie médicale. Il est coté à 0,27 euro en métropole, 0,31 euro aux Antilles et 0,33 euro en Guyane et à la Réunion depuis 2002 [11].

L'expert toxicologue A nous affirme que, dans sa région, « *il y a certains parquets qui se basent sur une facturation dans le code de procédure pénale qui date de 1972 [sic], où c'est 405 euros. Nous, pour 405 euros on va faire que les recherches de stupe classiques : cannabis, cocaïne, amphétamines et opiacés, et on ne fait même pas les opioïdes donc on ne fait pas la buprénorphine et la méthadone.* ». Se pose donc la question des recherches toxicologiques demandées, car cela influe forcément sur la qualité des données, notamment pour l'étude DRAMES (les résultats des analyses toxicologiques n'étant jamais disponibles au moment de la réalisation du certificat de décès, ils ne sont pas pris en compte dans les causes de décès présentes dans le registre CépiDc). En effet, « *on ne trouve que ce que l'on cherche* », et le toxicologue doit se limiter à la réquisition. « *Il n'y a plus un rond au ministère de la justice, donc on sent très bien que les procureurs resserrent les boulons, donc les demandes sont beaucoup plus ciblées, pour faire des économies* » nous concède l'expert toxicologue B. De même, certains légistes, nous ont parlé de contraintes financières pour les procureurs quant à la réalisation des analyses toxicologiques et anatomo-pathologiques : « *Ma collègue [toxicologue], pour beaucoup de parquets, elle envoie des devis. Nous on est des fois obligés de plus que prier les parquetiers pour qu'il fasse l'ana-*

lyse toxicologique, il y a vraiment un problème de moyens financiers. » (Légiste C)
« Et c'est uniquement une histoire de sous, que ça soit clair d'emblée. Si demain vous leur dites dans tous les décès toxiques vous prévoyez une enveloppe –c'est 1000 euros l'analyse–, ils vous les font systématiquement, il n'y a aucun problème. » (Légiste A)

On peut noter que deux procureurs ont dit faire réaliser les examens de toxicologie par le Laboratoire Interrégional de Police Scientifique (LIPS), de manière à ce que cela soit gratuit pour eux :

« Le LIPS c'est gratuit pour nous à la condition que ça soit une réquisition police/gendarmerie, donc le policier ou le gendarme va requérir le laboratoire de faire une investigation toxicologique, le LIPS va donner les résultats, l'enquêteur va nous appeler. » (Procureur A)

« Pour une affaire peu grave avec un nombre d'analyses très important, qui vont entraîner un coût important, le laboratoire de police scientifique peut être intéressant, si on n'est pas pressé, parce qu'il sera gratuit. » (Procureur B)

Ces deux procureurs exercent dans la même région et font donc probablement leurs demandes au même LIPS (il y en a 5 en France). Il s'agit peut-être d'une spécificité de celui-ci, qui leur permet d'accepter plus facilement les demandes d'analyses formulées par les légistes.

IMPUTABILITÉ ET DÉTECTION DES NPS

L'imputabilité, c'est-à-dire l'attribution du décès à une substance, repose sur les données de la littérature mondiale, améliorées au fil des ans, qui renseignent sur les concentrations thérapeutiques, toxiques et mortelles des substances. La cause organique du décès (dépression respiratoire, infarctus, etc.), lorsqu'elle est communiquée à l'expert toxicologue, est évidemment prise en compte. De fortes concentrations de produits (stupéfiants ou médicaments) n'ont pas le même effet selon les personnes. Il existe une variabilité interpersonnelle, ainsi qu'un phénomène de tolérance qui peut s'installer, notamment pour les opiacés. Des concentrations sanguines importantes tolérées chez les usagers réguliers, peuvent être mortelles pour des personnes « naïves », c'est-à-dire qui n'ont jamais consommé auparavant. D'autre part, la consommation concomitante d'alcool et de benzodiazépines potentialise l'effet dépressur respiratoire des opiacés. C'est le travail de l'expert toxicologue d'interpréter au mieux les données dans leurs contextes. Il est donc important de leur communiquer ces derniers éléments, ce qui, d'après l'expert toxicologue B, est rarement le cas.

Pour pouvoir imputer un décès à une substance, il faut pouvoir la détecter. Pour cela les experts toxicologues interrogés utilisent la chromatographie en phase gazeuse, qui permet de séparer les différents composés d'un échantillon, couplée à la spectrométrie de masse, qui permet de les détecter et de les identifier en fonction de leur rapport masse sur charge. Il faut ensuite comparer le résultat au spectre de référence des substances connues pour pouvoir affirmer quelle est

la substance. Il faut donc pour détecter une substance qu'elle soit présente dans sa bibliothèque de spectre, ce qui peut s'avérer compliqué pour certaines substances, en particulier les nouveaux produits de synthèse (NPS) [12]. Ces nouvelles substances (cannabinoïdes de synthèse, cathinones, etc.) imitent les effets de différents produits illicites et évoluent sans cesse pour contourner la législation sur les stupéfiants. Au total, 131 NPS différents ont été retrouvés dans les saisies en 2014 [13]. Il serait coûteux pour les laboratoires d'acheter tous les produits pour les avoir dans leurs bases, ils essaient donc de se concentrer sur ceux qui circulent dans leur région, information qu'ils acquièrent notamment grâce au dispositif SINTES [14] coordonné par l'OFDT. Il est également possible d'acheter de nouveaux appareils qui savent rétablir une formule et proposer une dizaine ou une cinquantaine de produits, mais ces appareils coûtent très cher. Le nombre d'intoxications aux NPS en Angleterre est relativement important (67 mentions dans les certificats, dont 27 sans autres drogues associées (données de l'Office for National Statistics 2014), alors qu'on n'en retrouve que très peu en France (14 cas en 2014, données DRAMES 2014)¹. L'expert toxicologue B se pose donc la question de savoir à quoi cela est dû : « *Soit il y a deux mentalités différentes entre les jeunes gens français et les Anglais, je veux bien le croire, soit il y a une différence de mentalité dans la demande [d'analyse par les coroners/procureurs, pour la recherche de NPS]* ».

DEMANDE D'EXAMEN PAR LA FAMILLE

Les procureurs et les légistes ont été interrogés sur la possibilité pour une famille de faire pratiquer, à ses frais, une autopsie et/ou des examens complémentaires (comme la toxicologie) dans le cas où celle-ci ne serait pas demandée par le procureur à l'issue de l'autopsie ou de l'examen de corps.

Pour rappel, tout médecin peut demander une autopsie médico-scientifique. Pour cela, il doit prendre contact avec un centre hospitalier universitaire. Si le décès survient à domicile ou dans un centre non équipé, il est possible de recourir à un transport du corps sans mise en bière. La demande doit alors être faite par la famille à la mairie du lieu de décès dans un délai maximal de 24 heures. Le certificat de décès signé par le médecin doit comporter la mention « sans mise en bière ». L'autopsie et les prélèvements ne sont effectués qu'après une interrogation du Registre national des refus, qui précise si la personne s'oppose au prélèvement d'éléments de son corps, après sa mort. L'autopsie scientifique est généralement réalisée par les anatomo-pathologistes du CHU, mais peut aussi être faite, selon l'organisation de l'hôpital, par les légistes.

Dans les faits, le nombre d'autopsies scientifiques, malgré son utilité, ne cesse de diminuer en Europe et particulièrement en France [15]. La demande est rarement

1. Il s'agit ici des « nouvelles substances psychoactives » selon l'EMCDDA, dont la définition diffère légèrement des « nouveaux produits de synthèse » de l'OFDT [12].

faite par les familles, qui sont souvent plutôt réticentes, d'après les procureurs et les légistes, à ce qu'une autopsie soit réalisée, mais peut-être aussi par méconnaissance de leur droit à le faire, surtout si le décès n'a pas lieu à l'hôpital.

Dans les cas où le procureur ne demande pas d'analyse toxicologique, et que la famille le souhaite, trois attitudes différentes sont possibles : soit la demande de la famille introduit un doute quant aux circonstances du décès pour le procureur, auquel cas il fera la réquisition pour les analyses, soit il met à disposition de la famille les scellés pour que celle-ci puisse réaliser les analyses à ses frais, soit, enfin, il refuse de rendre les prélèvements et aucune analyse ne sera faite. Cette situation est rare et la plupart des procureurs interrogés n'y ont pas été confrontés. Il y a donc une différence de traitement pour les (rares) familles qui souhaiteraient réaliser ces analyses, en fonction du lieu de décès et du magistrat, bien que les analyses de ces prélèvements soient toujours négatives, d'après l'expérience de l'expert toxicologue B :

« La famille dit « moi je veux des analyses », la famille demande l'autorisation au procureur de disposer des prélèvements, parce qu'ils sont scellés, et là le procureur dit « oui, vous pouvez y aller ». On les prend, on discute, je fais un devis et puis on fait les analyses, on fait la même chose que pour la justice, au même prix, et là tout s'arrête, puisqu'on trouve nous jamais rien. »

CERTIFICATION DES DÉCÈS

Les médecins légistes interrogés ne remplissent pour la plupart que très peu de certificats de décès. En effet, un seul d'entre eux réalise un deuxième certificat s'il juge que le premier, réalisé par le médecin (non légiste) qui constate en premier le décès, a été mal rédigé (incomplet ou erroné). La réalisation d'un deuxième certificat de décès, bien que préconisée dans le circuit de l'information par le CépiDc, peut être source de discordance quant au volet administratif, qui se retrouve en doublon au niveau des mairies, avec un potentiel décalage entre les informations des deux certificats, notamment sur la date du décès, souvent plus précise après l'autopsie, comme c'est arrivé pour le légiste B, qui ne remplit plus de 2^e certificat depuis la survenue de ce problème dans son IML.

Les autres légistes ne remplissent de certificat que lorsqu'ils sont les premiers à constater le décès, lors des levées de corps, ce qui est plus ou moins fréquent en fonction du lieu du décès (distance par rapport à l'IML) et des pratiques locales. Il peut arriver qu'aucun certificat de décès ne soit réalisé, comme nous le dit le légiste D : « Pour ceux où il n'y a pas eu de certificat, il y a deux cas : il y a des endroits, des mairies ou des gendarmeries ou des OPJ qui veulent qu'il y ait un certificat, donc il y a, à peu près, la moitié qui sont remplis et une moitié pour lesquels personne ne nous demande jamais rien. ». Ceci peut poser problème au niveau des statistiques de décès, réalisées par le CépiDc, qui sont faites à partir des données des certificats de décès (données censées être exhaustives), et ce d'autant plus que les décès non certifiés des IML sont potentiellement des décès particuliers (morts violentes et/ou suspectes), possiblement des décès d'origine toxique.

Cependant, les légistes semblent considérer la certification des décès (sur le volet statistique et santé publique) comme une de leurs missions, certains ajoutant que les certificats des non légistes sont mal remplis : « *c'est nous qui approchons le plus la vérité sur les causes de décès, parce que tous ceux qui sont réalisés, sauf mort attendue, mort naturelle attendue d'une personne, ou qui a présenté des signes d'infarctus, ceux-là ils sont valables, mais après je pense que la moitié des causes de décès des certificats sont fausses. Et il y a des études, il y a une étude, écossaise je crois [16], d'il y a à peu près 10 ans qui montre que quasiment deux tiers des causes de décès sont fausses s'il n'y a pas eu d'autopsie* » (Légiste G), ceci excluant les causes « évidentes » de type plaie par balle ou arme blanche.

Conscient du problème posé par la (non) réalisation de ce deuxième certificat et le manque de données reçues en provenance des IML, le CépiDc veut mettre en place, en partenariat avec Santé Publique France², un volet complémentaire au certificat de décès, qui serait rempli via l'application CertDc, version électronique du certificat de décès, et ne comporterait que le volet médical du certificat. Ceci permettrait de refaire la partie médicale du certificat de décès, et d'apporter des corrections ou des précisions, après réception des résultats des examens complémentaires comme la toxicologie et/ou l'anatomo-pathologie par exemple. Deux des sept légistes interrogés n'avaient pas entendu parler de ce projet, mais tous le trouvent intéressant. Cependant, un certain nombre de problèmes vont compliquer son adoption par les médecins légistes : du fait du nombre relativement peu important de certificats qu'ils remplissent actuellement, ils utilisent des certificats papier. Il leur faudra peut-être du temps pour se mettre à la version électronique (CertDc) afin de pouvoir utiliser le volet complémentaire. Un des légistes se pose la question du droit à dévoiler des informations concernant l'enquête et le secret de l'instruction, notamment pour les morts violentes : « *Il faut juste trouver la façon de le faire correctement et sans enfreindre la procédure. [...] le type a pris 2 balles dans le crâne, ça reste judiciaire, je suis désolé, ce n'est pas à mettre pour le coté recueil, Inserm et ainsi de suite. On est dans tout à fait autre chose. On n'est pas là dans le nombre d'infarctus du myocarde, chez des sujets sans prodrome avant et ainsi de suite, on est dans quelque chose de ce qui est quand même violent* » (Légiste E). Enfin, reste la problématique du temps et des moyens. En effet, revenir sur un décès après réception des examens complémentaires plusieurs semaines après l'autopsie prendra du temps, et deux légistes ont précisé qu'il serait long et fastidieux pour eux de remplir plusieurs fois la même chose : le certificat/volet complémentaire, le système de codage des décès interne à chaque IML et le fichier de l'observatoire national de la médecine légale, qui se fait en ligne, et qui sert au ministère (DGOS) à évaluer l'activité de chaque IML, pour ensuite négocier les enveloppes budgétaires allouées par le ministère de la justice. Le légiste A pense ainsi que le volet complémentaire ne sera pas utilisé, faute de temps, s'il n'est pas obliga-

2. Santé Publique France est l'agence de santé publique créée par la fusion de l'InVS, de l'INPES et de l'EPRUS en 2016.

toire : « *Honnêtement, [...] non, ça ne sera pas rempli. Les choses facultatives, souvent les taux de réponse ne sont pas “tip-top”, si c’est obligatoire les gens vont râler mais ils vont peut-être plus le faire* ».

Par ailleurs, l’intentionnalité du décès, c’est-à-dire le fait de savoir s’il s’agit d’une mort naturelle, d’un accident, d’un suicide ou d’un homicide, n’est pas perçue de la même façon par tous les légistes. Certains, minoritaires, estiment en effet qu’il appartient au procureur et aux enquêteurs de définir l’intentionnalité du décès et ne la rapportent ni dans le rapport d’autopsie, ni dans les certificats de décès qu’ils réalisent, ce qui est pourtant une information importante pour les statistiques de décès.

INTÉRÊT DES DONNÉES DE MORTALITÉ PAR SURDOSE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Il a été demandé aux médecins légistes et aux deux experts toxicologues s’ils avaient connaissance de la sous-estimation des décès par surdose en France, s’ils voyaient des solutions à apporter pour améliorer le recueil des données (via le certificat de décès ou l’étude DRAMES de l’ANSM) et s’ils se sentaient impliqués dans la production de ces données.

Au niveau des médecins certificateurs

Les 2 experts toxicologues ainsi que 4 légistes avaient connaissance de la problématique avant l’entretien, 2 légistes n’en avaient pas la certitude mais n’ont pas été étonnés de l’apprendre et seul un légiste n’en avait aucune idée, car la problématique ne fait pas partie de son champ de recherche.

Les experts (toxicologues et médecins légistes) ont proposé pour améliorer la détection et le recueil des décès par surdose de renforcer la formation des médecins certificateurs (généralistes et urgentistes essentiellement, car les légistes ne peuvent pas se déplacer dans tout le département) :

- Améliorer la qualité des certificats de décès,
- Savoir poser l’obstacle médico-légal dans les circonstances données par la recommandation européenne de 1999,
- Savoir réaliser des prélèvements toxicologiques de bonne qualité, même lorsqu’il n’y a pas d’autopsie demandée.

Il apparaît en effet que l’obstacle médico-légal n’est pas forcément bien posé [17], et, comme les légistes, le Procureur A nous l’a fait remarquer : « *Pour moi la question de l’obstacle médico-légal n’en est pas une [...] parce que c’est tellement mal fait chez nous que vous aurez des obstacles médico-légaux dans des cas qui nous paraissent à nous évidents et vous n’en aurez pas dans des cas qui nous paraissent suspects, ou en tout cas dont la cause est inconnue.* »

Au niveau du parquet et des magistrats

- Homogénéiser les pratiques et améliorer la formation à cette problématique,
- Demander une analyse toxicologique systématique en cas de décès de cause inconnue d'une personne de moins de 60 ans,
- Envoyer systématiquement les données de toxicologie aux légistes.

Les magistrats ont évidemment une formation soutenue sur les stupéfiants, mais deux seulement ont le souvenir d'avoir été formés spécifiquement sur les décès par surdose, les formations (initiales ou continues) sur les stupéfiants étant plutôt centrées sur le trafic.

Au niveau des IML

- Améliorer le système de déclaration avec l'informatisation
- Ajouter les codes CIM à la déclaration à l'observatoire National de la Médecine Légale,
- Coupler cette déclaration à la certification des décès (ou au volet complémentaire prévu prochainement). Cette proposition est celle qui revient le plus souvent (faite par 3 légistes sur les 7),
- Imposer une activité de santé publique à la médecine légale.

Au niveau de DRAMES

- Avoir connaissance des comptes rendus d'autopsies pour les fiches DRAMES,
- Améliorer la participation, voir obliger les toxicologues à participer à DRAMES, ce qui nécessiterait, selon l'expert toxicologue B une revalorisation de la compensation financière (actuellement 15 euros par cas traité).

Concernant les données de santé publique, les légistes et les experts toxicologues ont dit se sentir impliqués dans leur production, même si les moyens peuvent parfois manquer. « *C'est capital. Aussi bien pour des actions de santé publique, que pour le recueil, que pour la prévention. Clairement, on est un observatoire en tant que tel, et on ne l'exerce pas suffisamment parce qu'on n'a pas forcément les moyens.* » (Légiste E)

Il a été demandé aux procureurs s'ils avaient connaissance du fait que leurs décisions, en termes de réalisation d'autopsies et d'analyses toxicologiques, impactaient les connaissances et la surveillance des décès par surdose au niveau national mais aussi européen, via l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) et s'ils se sentaient impliqués pour la santé publique. Trois procureurs sur les huit n'en avaient pas connaissance, trois pensent que c'est important, pour avoir des informations sur « *le type de produit consommé, les mélanges consommés, les produits de coupe* » (Procureur D) et pour « *adapter la politique pénale, aux problématiques du ressort* » (Procureur E).

Cependant, trois procureurs, dont un de ceux qui n'avaient pas connaissance de l'impact de leurs décisions sur la connaissance des surdoses, ont rappelé que leur

but n'est pas la recherche de la cause de la mort en tant que telle, mais de savoir s'il y a une infraction commise par un tiers à l'origine de ce décès, qu'elle soit volontaire ou involontaire.

« Notre but est de rechercher la vérité mais jusqu'à une certaine limite, le fait de savoir si c'est une rupture d'anévrisme ou une crise cardiaque ça ne nous intéresse pas. [...] Dès lors qu'on a écarté la cause externe, l'intervention d'un tiers, aussi bien volontaire qu'involontaire d'ailleurs, notre rôle s'arrête là. » (Procureur C)

« Ce n'est pas de découvrir la cause de la mort mais de savoir s'il y a eu intervention d'un tiers. » (Procureur H)

« Notre travail c'est de chercher une infraction, ce n'est pas d'écrire toute la vérité des gens. » (Procureur F)

Il y a donc deux visions qui s'opposent : la recherche de la cause de la mort, avec une vision de santé publique et la recherche d'une infraction, c'est-à-dire l'intervention d'un tiers, nécessitant d'engager des poursuites. Ces deux approches différentes entraînent des incompréhensions de la part des médecins légistes, qui se voient refuser des examens toxicologiques « dans d'autres circonstances où on voudrait la toxico, qui est moins primordiale, mais où on voudrait le dossier complet. » (Légiste F). Cela explique peut-être en partie les différences de pratiques entre les parquets, qui ne se baseraient pas forcément ou entièrement sur des problématiques financières, comme peuvent le penser certains légistes.

Cela pose cependant la question du financement de la médecine légale : pourquoi la justice devrait-elle payer pour des investigations de santé publique, que cela soit pour des examens de toxicologie ou bien pour de la biologie moléculaire pour une recherche de pathologie cardiaque ? En effet, le ministère de la Santé ne participe pas au financement des structures de médecine légale, en dehors du poste de psychologue dans les unités médico-judiciaires (UMJ) [18]. Il est donc difficile de critiquer la position des magistrats qui limitent les investigations au motif qu'elles ne leur apporteraient pas d'information supplémentaire pour la recherche d'une infraction.

« Ils ont, par ce retrait du financement de la médecine légale, semblé marquer que pour eux il n'y avait pas de question de santé publique, ce qui paraît d'ailleurs une erreur assez dramatique, la plupart des spécialistes de médecine légale partagent cette idée [...] Il faut bien dire que la Santé ne s'est pas mise en possibilité de pouvoir intervenir dans des questions d'investigation sur des problèmes de santé publique [...] Je trouve assez contestable que le ministère de la Santé ne s'implique pas dans les questions de médecine légale, en tout cas pas financièrement alors que c'est quelque chose qui pèse très lourd sur nos financements, quand je vous dis qu'on n'en tient pas compte, eh bien peut-être qu'un jour on sera obligé de le faire parce que l'argent public est rare. Il faudra peut-être qu'on se recentre sur le motif à nous de notre intervention. Ça serait regrettable mais si le ministère de la santé

ne revient pas sur sa position qui me paraît assez absurde, ça pourrait arriver, et en tout cas il n'aura pas de motif de s'en plaindre. » (Procureur C)

« Aujourd'hui il faudrait une mutation, que la médecine légale soit à la fois au service de la justice mais aussi au service de la santé publique, mais pour qu'elle soit au service de la santé publique il faut que la santé publique s'en occupe. En termes de financement, en termes de soutien, en termes d'aide, en termes de reconnaissance. Quand vous voyez que finalement, la justice paye le ministère de la Santé qui fait retomber les enveloppes avec des délais, et sans qu'il y ait de valeur ajoutée en termes de santé publique, en termes de science, c'est un peu désespérant. » (Légiste D)

« Les autopsies scientifiques, on peut commencer à philosopher là-dessus, à savoir est-ce que c'est au parquet, à la justice de financer toutes les recherches de cause de décès, et notamment les décès par surdose quand il y a un décès ? » (Expert toxicologue A)

Discussion

Le nombre limité d'entretiens qui ont été réalisés, notamment auprès des experts toxicologues, constitue la principale limite de cette étude, bien qu'il y en ait eu davantage que le nombre prévu initialement grâce aux nombreuses réponses favorables des personnes contactées. Certains thèmes ont fait l'objet de réponses convergentes. Ainsi les médecins légistes reconnaissent rédiger peu de certificats de décès, ils constatent des pratiques variables selon les procureurs en matière de demande d'autopsie et se sentent impliqués dans la production des données de santé publique. D'autres thèmes étaient sujets à désaccord. L'absence d'impact de la contrainte financière sur leurs décisions en matière de demande d'analyses toxicologiques faisait consensus au sein des procureurs, à la différence des médecins légistes ou des experts toxicologues qui estimaient que le coût des analyses influençait les décisions des procureurs. Il aurait été intéressant de pouvoir interroger des médecins amenés à réaliser régulièrement des certificats de décès en cas de morts subites (comme les médecins du Samu), ainsi que des OPJ pour avoir le point de vue de tous les acteurs, de la découverte du corps à l'autopsie et aux analyses complémentaires. Les données de mortalité du CépiDc, sur lesquelles se sont basés nos choix pour contacter les procureurs et les médecins légistes, étaient détaillées au niveau départemental. Ensuite ont été contactés de préférence les procureurs des tribunaux de grande instance (TGI) correspondant au centre-pivot de la réforme de la médecine légale. Cependant, ce n'était pas forcément le TGI du département qui traitait le plus d'affaires de ce type, les consommations de produits entraînant des surdoses, notamment l'héroïne, pouvant être très localisées, c'est-à-dire présentes dans une ville mais pas dans une autre, et donc non vues par le procureur interrogé. Ceci peut expliquer des fréquences de décès par surdoses déclarées plus faibles pour certains magistrats que ce qui était attendu.

Les décès par surdose semblent moins facilement identifiables que par le passé, lorsque l'héroïne était la substance principalement en cause. Les résultats d'ana-

lyses toxicologiques sont parfois difficiles à interpréter, notamment lorsque le contexte du décès n'est pas connu. Certains décès peuvent ne pas être détectés si la demande d'analyse n'est pas assez complète ou précise, notamment dans le cas des NPS (le légiste et le toxicologue doivent pour cela orienter les demandes du procureur). Il y a par ailleurs un écart de perception entre les procureurs d'une part, qui disent ne pas être limités par les contraintes financières, et les toxicologues et certains légistes d'autre part, qui disent se battre pour obtenir des analyses, ou des analyses plus larges. Mais ceci n'est peut-être pas valable pour tous les parquets, seuls 8 sur les 164 TGI existants en France ont été interrogés.

La réforme de la médecine légale a permis d'harmoniser les pratiques des médecins légistes, en les regroupant dans des IML réalisant un nombre conséquent d'autopsies par an. Cependant, en dehors du « Guide du traitement judiciaire des décès », qui n'est qu'un guide et qui n'a pas de valeur coercitive, il n'existe pas de texte réglementaire pour uniformiser les pratiques des procureurs. Ceux-ci régulent pourtant l'activité de la médecine légale thanatologique, en particulier concernant les autopsies [19], ce qui peut avoir pour conséquence un défaut d'information ou de mauvaises informations pour les statistiques [20]. Cela peut expliquer en partie la différence entre les taux de décès par surdose en France et au Royaume-Uni [21], où certains types de décès doivent obligatoirement être déclarés au coroner et investigués.

La problématique de la contrainte financière met en avant la distorsion entre la vision « judiciaire » (recherche d'une infraction) des procureurs et la vision plus orientée vers la « santé publique » (recherche de la cause précise du décès) des médecins légistes. En effet, cette contrainte ne semble pas être un argument pour la non-réalisation des examens de toxicologie, relativement peu chers par rapports à d'autres examens, même si certains procureurs ciblent plus précisément les demandes. Se pose donc la question des examens voulus par les légistes mais non réalisés car non nécessaires, d'après les magistrats : faut-il les réaliser, dans un but de santé publique ? Qui doit les payer ? La loi du 17 mai 2011, mise en place à la suite des demandes de familles de restitution de prélèvements biologiques après enquête (Pourvoi n°09-83468 de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation, 03/02/2010), dans son article 147, permet la restitution des scellés « sous réserve des contraintes de santé publique et lorsque ces prélèvements constituent les seuls éléments ayant permis l'identification du défunt » [22]. Les « contraintes de santé publique » ne sont pas définies et restent à l'appréciation du procureur. De plus, il n'est fait mention que d'une inhumation ou d'une crémation, pas de la réalisation, ni du financement, d'analyses complémentaires qui pourraient être justifiées par ces « contraintes de santé publique ». Il semblerait logique que ces examens non voulus par la Justice soient faits aux frais de la Santé. Il faudrait pour cela faire réaliser ces examens dans les CHU, au même titre que les examens des patients habituels. Concernant les demandes d'examens par les familles, cette loi ne répond pas à cette rare demande, qui reste dépendante du bon vouloir du magistrat.

Les certificats de décès sont peu remplis par les médecins légistes, pratiquement jamais une deuxième fois si un premier certificat a été réalisé avant l'autopsie, et jamais après réception des résultats des examens (ces derniers n'étant pas toujours transmis par le procureur au légiste). Il est pourtant essentiel que les résultats d'analyses soient pris en compte dans le certificat de décès final transmis au CépiDc, pour que les décès par surdose soient connus, ainsi que les substances qui les provoquent. Le volet complémentaire qui devrait être mis en place par le CépiDc pourrait donc participer à l'amélioration des données de surdoses mortelles, s'il est effectivement utilisé. Le problème de temps et de moyens soulevés par certains légistes laissent en effet penser que son impact sera limité s'il n'est pas obligatoire de le remplir, ou s'il n'est pas couplé à la déclaration à l'oNML. Il faudrait que les légistes puissent se dégager du temps médical, de santé publique, pour compléter ce volet complémentaire. Cela nécessiterait peut-être, de la même manière que pour les analyses complémentaires, une participation et une implication plus forte du ministère de la santé à la médecine légale.

Le fait qu'un des légistes refuse de renseigner les causes de décès des morts violentes sur les certificats de décès (ou le futur volet complémentaire) montre que certains légistes peuvent être « enfermés » dans la démarche médico-légale et le secret de l'instruction, quand bien même les données sont anonymisées. Un rappel de la DACG sur la possibilité pour les légistes de renseigner ces informations pourrait les rassurer quant à cette démarche de santé publique.

L'OFDT doit réaliser en 2018, en partenariat avec l'ANSM et le CépiDc, une étude sur le recoupement des divers registres de mortalité liés aux surdoses : registre général du CépiDc, DRAMES et le fichier de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) recensant les cas de suspicion de surdose mortelle ayant conduit à l'ouverture d'une enquête de police judiciaire. Cela devrait permettre une meilleure appréciation du nombre de surdoses mortelles en France. Il pourrait être également intéressant de réaliser une étude rétrospective pour vérifier si les cas de surdoses (ou suspicions de surdoses) établis par les certificats de décès ont été ou non enregistrés au niveau des parquets, s'ils ont fait ou non l'objet d'investigations médico-légales et les raisons qui expliquent le fait que ces décès aient pu échapper à la justice (absence d'obstacle médico-légal).

Conclusion

À travers les différents entretiens réalisés, cette étude donne une meilleure vision des pratiques des procureurs de la République, des médecins légistes et des experts toxicologues par rapport aux surdoses mortelles et des causes de la sous-estimation de ces surdoses dans le registre général des décès du CépiDc-INSERM.

Bien que les procureurs déclarent demander systématiquement une autopsie en cas de suspicion de surdose, certaines situations semblent pourtant limiter leur réalisation. En cas d'éloignement entre le lieu du décès et le centre-pivot de médecine légale, le décès ne sera pas constaté par un médecin légiste et la pose de l'obstacle médico-légal sera moins fréquente. De plus, le coût du transport du corps vers le centre de médecine légale peut intervenir dans la décision du procureur de demander une autopsie. Une suspicion de surdose survenue chez une personne prenant un traitement de substitution aux opiacés est une autre situation qui peut conduire à ne pas réaliser une autopsie ou des analyses toxicologiques. Si la contrainte financière n'apparaît pas comme la cause la plus déterminante des différences de pratiques observées entre les parquets, le manque de moyens peut justifier la non-réalisation de certaines analyses qui ne sont pas nécessaires aux procureurs pour écarter une infraction.

Etape ultime de la remontée de l'information vers le registre des décès, l'absence de rédaction d'un deuxième certificat par les légistes à l'issue des résultats d'analyses toxicologiques ne permet pas de compléter les premiers certificats imprécis (absence de la substance en cause) ou vierges. La transmission systématique des résultats d'analyses toxicologiques aux médecins légistes et l'introduction d'un volet complémentaire au certificat de décès devraient pouvoir pallier ce problème. Enfin, les demandes d'autopsies médico-scientifiques par les familles sont rares, peut-être encore plus dans le contexte des surdoses mortelles, et ne sont probablement pas une alternative pour pouvoir améliorer les données de mortalité.

Les divergences d'objectifs entre la justice et la santé publique en ce qui concerne l'investigation des décès par surdose fragilisent le dispositif de surveillance de ces décès. Une solution, avancée par des légistes et des procureurs, serait une implication plus importante du ministère de la Santé à la médecine légale.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien médecins légistes	30
Annexe 2 : Guide d'entretien procureurs de la république	32
Annexe 3 : Guide d'entretien experts toxicologues	33
Glossaire	34
Bibliographie	36

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN MÉDECINS LÉGISTES

Consigne initiale

Pouvez-vous m'expliquer comment cela se passe lorsqu'il y a une suspicion de surdose ?

Thème 1 - Expertise médico-légale et relations PR/experts/famille

De quels TGI dépendez-vous ?

Réalisez-vous des levées de corps ?

Recherche des causes de la mort : examen externe, autopsie, analyses toxicologiques

Lorsque vous demandez à avoir des analyses toxicologiques, avez-vous des refus ?

Quelles sont les substances recherchées ? Avez-vous des contacts avec la famille ou le médecin traitant ? (antécédent, traitements, addiction connue ou naïf aux opiacés ?)

Quels sont vos liens avec les toxicologues ? Avez-vous accès aux rapports de toxicologie ? Leur donnez-vous le rapport d'autopsie ?

Avez-vous rencontré des cas de décès où le cannabis ou des cannabinoïdes de synthèse ont été impliqués ?

Y-a-t-il une demande systématique des examens (autopsie, toxicologie) par le procureur ?

Si non : quels sont les critères sur lesquels se basent les demandes ?

Y-a-t-il une discussion avec le procureur ? Quel est le poids du légiste dans la décision ?

Quelle est la fréquence des décès par surdose ?

Thème 2 - Certificat de décès

Êtes-vous amené à remplir un certificat de décès ?

Si non : Pourquoi ?

Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) ?

Utilisation du certificat papier ou électronique

Remplissage d'un premier certificat (levée de corps) ou d'un 2^e certificat et dans quel délai (après autopsie, ou attente des examens complémentaires) ?

Considérez-vous que la certification des décès fasse partie de vos missions ?

Quelle différence faites-vous entre la conclusion du rapport d'autopsie et les causes de décès dans un certificat de décès ? (Intentionnalité du décès : homicide, suicide, accident)

Thème 3 - Refus d'examen (autopsie/toxico) du PR

Y a-t-il la possibilité de faire des examens sans autorisation du procureur ?

Sur demande de la famille? (dans ce cas, avec quel financement ?)

Y-a-t-il des différences si le décès a lieu à l'hôpital ou hors de l'hôpital ?

Quelle est la place des autopsies scientifiques ? (à la charge de l'hôpital ou des familles ?)

Thème 4 - Contribution aux données de santé publique

Aviez-vous connaissance du problème de sous-estimation des surdoses en France ? Comment pensez-vous que l'on puisse améliorer la qualité de ces données ?

Vous sentez-vous impliqué dans la production des données de santé publique en matière de mortalité, en particulier sur les surdoses ?

Avez-vous connaissance du volet complémentaire du futur certificat de décès ? L'utiliserez-vous ?

Parcours professionnel

Quelle est votre spécialité initiale ?

Depuis combien d'années exercez-vous en médecine légale et où avez-vous exercé ?

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN PROCUREURS DE LA RÉPUBLIQUE

Consigne initiale

Pouvez-vous me parler de votre expérience dans les cas de suspicion de surdose en lien avec l'abus de substance psychotrope ?

Thème 1 - Expertises et relations PR/experts

Avez-vous connaissance de la directive européenne de 1999 ? Du guide du traitement judiciaire des décès ?

Avez-vous le souvenir d'avoir eu une formation pour cette situation particulière ? Sur quels critères vous basez-vous pour la demande d'examens (autopsie, toxicologie) ?

Avez-vous des discussions avec les légistes ? Que se passe-t-il en cas de désaccord ?

Comment se fait la transmission des informations entre procureur, légistes et toxicologues ?

À qui faites-vous les réquisitions pour les analyses toxicologiques ? (INPS, CHU, laboratoire privé ?) Dans quel cas les analyses sont-elles faites dans un laboratoire plutôt qu'un autre ?

Quelle est la fréquence des décès par surdose sur votre ressort ?

La contrainte financière empêche-t-elle la demande d'examens complémentaires (analyses toxicologiques) ?

Thème 2 - Parcours professionnel et uniformité des pratiques

Depuis combien de temps exercez-vous ? Dans quelles villes et à quels postes avez-vous été en fonction ?

Selon-vous les pratiques, en terme de demande d'autopsies et d'analyses médico-légales, sont elles uniformes au niveau national ? Avez-vous eu des expériences différentes en fonction de votre tribunal d'affectation ?

Thème 3 - Possibilités d'examens si refus du PR

Est-il possible pour les familles de demander une autopsie et / ou une analyse toxicologique si elle n'est pas voulue par le procureur ?

Thème 4 - Impact en santé publique

Savez-vous que les décisions de demande d'autopsie et d'analyses toxicologiques impactent sur les connaissances et la surveillance des surdoses au niveau national et européen ?

Qu'en pensez-vous ?

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN EXPERTS TOXICOLOGUES

Consigne initiale

Pouvez-vous m'expliquer dans quelles circonstances vous êtes amené à intervenir pour la justice ?

Thème 1 - Expertise

Comment vous est transmise la réquisition ?

Est-ce que les circonstances du décès (lieux, seringue, boîte de médicaments...) vous sont communiquées ? Et le rapport d'autopsie ?

Thème 2 - Relation PR/experts

Avez-vous des discussions avec le procureur sur les analyses à réaliser (substances à rechercher) ?

Vous arrive-t-il de suggérer des analyses complémentaires ?

Avez-vous des informations sur l'analyse des produits trouvés sur le lieu du décès (si ce n'est pas vous qui les analysez) ?

Avez-vous des relations avec le médecin légiste (réunions, appels téléphoniques) ?

Thème 3 - Détection des substances

Est-il possible d'identifier les nouveaux produits de synthèse ? Dans quels cas êtes-vous amené à les rechercher ? Lesquels cherchez-vous ?

Thème 4 - Imputabilité

Comment les toxiques sont-ils imputés comme cause du décès ?

Thème 5 - Cannabis

Avez-vous eu des cas de décès que vous avez imputés au cannabis (toxicité directe) ?

Thème 6 - DRAMES

Connaissez-vous l'enquête DRAMES coordonnée par l'ANSM (CEIP de Grenoble) ? Y participez-vous ? Si non, pourquoi ?

Thème 7 - Impact en Santé Publique

Avez-vous connaissance du problème de sous-estimation des surdoses en France ? Comment pensez-vous que l'on puisse améliorer la qualité de ces données ?

Vous sentez-vous impliqué dans la production des données de santé publique en matière de surdoses mortelles ?

GLOSSAIRE

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Centre-pivot : ville disposant d'un institut médico-légal depuis la réforme de la médecine légale de 2010 (niveau régional du maillage territorial de la réforme [18]). Il en existe 30 en France.

CépiDc-INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, laboratoire de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, qui s'occupe de la production de la statistique des causes médicales de décès en France.

CHU : Centre hospitalo-universitaire. Établissement public de santé ayant passé une convention avec une unité de formation et de recherche (UFR) médicale au sein d'une université.

CIM : Classification internationale des maladies. Elle permet le codage des pathologies inscrites sur le certificat de décès pour la réalisation des statistiques.

CPG/FID : chromatographie phase gazeuse avec détecteur à ionisation de flamme. Technique d'analyse en toxicologie.

CPG/SM : chromatographie phase gazeuse avec spectromètre de masse. Technique d'analyse en toxicologie.

DACG : Direction des affaires criminelles et des grâces. Elle est la direction de la norme et de la justice pénales au sein du ministère de la Justice.

DGOS : Direction générale de l'offre de soin. Direction générale du ministère de la Santé. Ses missions sont d'assurer la qualité et la continuité des soins ainsi que la proximité des soins, d'organiser l'offre de soins et la formation des professionnels de la santé et leur activité.

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances. Enquête annuelle coordonnée par l'ANSM, auprès des experts toxicologues volontaires, pour identifier les substances en cause (médicaments et drogues illicites) dans les décès des toxicomanes.

EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Observatoire européen des drogues et des toxicomanies].

EPRUS : Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires. Fusionné avec l'InVS et l'INPES pour former Santé Publique France en 2016.

HPLC/BD : chromatographie en phase liquide à haute performance avec détection par barrettes de diodes. Technique d'analyse en toxicologie.

IML : Institut médico-légal. Service de thanatologie, généralement rattaché à un CHU, où sont pratiquées les expertises médico-légales pour recherche des causes de décès (examens de corps, autopsies).

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Fusionné avec l'InVS et l'EPRUS pour former Santé Publique France en 2016.

InVS : Institut de veille sanitaire. Fusionné avec l'INPES et l'EPRUS pour former Santé Publique France en 2016.

Levée de corps : premier examen du cadavre par un médecin, généralement sur le lieu de découverte du cadavre.

LIPS : Laboratoire interrégional de police scientifique. Il en existe 5 en France : Lille, Lyon, Marseille, Paris, Toulouse.

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Organisme français placé sous l'autorité du Premier ministre qui anime et coordonne les actions de l'État en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

MSO : Médicament de substitution aux opiacés, principalement la méthadone et la buprénorphine haut dosage.

NPS : Nouveaux produits de synthèses.

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

ONML : observatoire national de la médecine légale, chargé, au sein de la DGOS, de recueillir les données d'activité des IML et des UMJ.

OPJ : Officier de police judiciaire.

UMJ : Unité médico-judiciaire. Unité de médecine légale pour l'examen des victimes et des gardés à vue.

BIBLIOGRAPHIE

1. EMCDDA. Drug-Related Deaths (DRD) Standard Protocol, version 3.2. EMCDDA standard protocol version 3.2 for the EU Member States to collect data and report figures for the Key indicator DRD by the Standard Reitox templates. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009, 72 p.
2. Deborde T. et Brisacier A.-C. Les décès par surdose. État des lieux en France et comparaisons européennes. Saint-Denis, OFDT, 2016, 130 p.
3. Janssen E., « Drug-related deaths in France in 2007: Estimates and implications », Substance Use and Misuse, Vol. 46, n° 12, 2011, pp. 1495-1501.
4. Brisacier A.-C. Premiers résultats de l'enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants ». Saint-Denis, OFDT, 2015, 12 p.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Des médecins au service de la vérité », Bulletin de l'Ordre des Médecins, n° Janvier, 1999, pp. 8-9.
6. Conseil de l'Europe. Recommandation n° R(99)3 du Comité des ministres aux États membres du Conseil de l'Europe relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie légale, 2009, 18 p.
7. Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG). Le traitement des morts et des blessures graves de cause inconnue ou suspecte. Paris, ministère de la Justice, 2012, 4 p.
8. Valdiguié L. Urvoas : «Le risque existe que la machine judiciaire se grippe». Le Journal du Dimanche, 3 avril 2016.
9. Compagnie nationale des biologistes et analystes experts (CNBAE). Tarification des expertises judiciaires biologiques et toxicologiques. Propositions faites par la commission tarification CNBAE, réunie le 16/03/06, 2006, 3 p.
10. Décret n° 79 235 modifiant le code de procédure pénale et concernant le tarif des honoraires et indemnités de certains experts en matière pénale, 19 mars 1979.
11. Assurance Maladie, Tarifs conventionnels applicables aux pharmaciens biologistes et aux techniciens de laboratoire. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-de-laboratoires-d-analyses-medicales/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php> [accédé le 20/10/2016].
12. OFDT, Synthèse thématique : nouveaux produits de synthèse. <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese/> [accédé le 20/10/2016].

13. Gandilhon M., Martinez M., Néfau T. et Protais C., « Workbook 4 : Marché et criminalité », dans OFDT (Dir.), 2015 National report (2014 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France, Saint-Denis, OFDT, 2015, pp. 1-20.
14. Néfau T., Beck F. et Cadet-Taïrou A., « SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances) », Le Courrier des Addictions, Vol. 18, n° 2, 2016, pp. 30-33.
15. Académie Nationale de Médecine. Les autopsies médico-scientifiques sont indispensables au progrès médical, 2015, 18 p.
16. Stevenson R., « Death certification practices of forensic physicians within the Strathclyde region of Scotland, UK », Journal of Forensic and Legal Medicine, Vol. 15, n° 4, 2008, pp. 245-249.
17. Giordano A., Modalités de pose de l'obstacle médico-légal en préhospitalier. Evaluation des pratiques professionnelles dans la région d'Annecy. Thèse de médecine, Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble, 2011, 53 p.
18. Ministère de la Justice et des libertés, Circulaire relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale, 27 décembre 2010.
19. Dobrowolski G., Peyron P.A., Barret C., Meusy A. et Baccino E., « Impact de la note d'un procureur précisant les indications autopsiques : exemple de l'institut médico-légal de Montpellier », La Revue de Médecine Légale, Vol. 7, n° 3, 2016, pp. 105-113.
20. Lorin de la Grandmaison G., Fermanian C. et Durigon M., « Analysis of discrepancies between external body examination and forensic autopsy », The American Journal of Forensic Pathology, Vol. 29, n° 1, 2008, pp. 40-42.
21. EMCDDA. Rapport européen sur les drogues 2016 : tendances et évolutions, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2016, 84 p.
22. Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit - art. 147.

Citation recommandée

Boulat T., *Identification des obstacles à la surveillance et à la connaissance des décès par surdose en France*, OFDT, 2017, 40 pages.

Crédits photographiques de la couverture

© estherpoon / © Syda Productions / © Tyler Olson / © Photographee.eu (Fotolia.com)

**Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex**

[ISBN : 979-10-92728-16-3]

