



**Inspection générale
des services judiciaires
56-13**

**Inspection générale
des finances
2013-M-045-02**

**Inspection générale des
affaires sociales
RM2013-186P**

**Inspection générale de
l'administration
13-074/13-033/02**

**Inspection générale de la
police nationale
13 – 357-I**

**Inspection générale de la
gendarmerie nationale
3305
GEND/IGGN/GCM**

Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale

Décembre 2013

Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale

présenté par :

**Inspection générale
des services judiciaires**

Patrick BEAU
inspecteur général adjoint
des services judiciaires

Béatrice DEL VOLGO
inspectrice des services
judiciaires

Carole SIMONNOT
inspectrice des greffes

**Inspection générale
des finances**

Alain BODON
inspecteur général
des finances

**Inspection générale des
affaires sociales**

**Dr Julien
EMMANUELLI**
inspecteur général
des affaires sociales

**Inspection générale de
l'administration**

Gilles SANSON
inspecteur général
de l'administration

**Inspection générale de la
police nationale**

Claude BARD
inspecteur général
de la police nationale

**Inspection générale de la
gendarmerie nationale**

Colonel Paul BARTHET

Ont également contribué à cette mission : le commissaire divisionnaire Jean-Pierre LEGRAND (IGPN) et le lieutenant-colonel Raphaël GARREAU (IGGN).

Résumé

La médecine légale joue un rôle important au service de la justice, notamment en matière pénale. Elle contribue à la recherche des preuves et à l'évaluation des dommages subis par les victimes. Très sollicitée, elle a cependant fonctionné historiquement en France de manière empirique et disparate.

En décembre 2010, « un schéma d'organisation de la médecine légale » a été mis en œuvre pour mieux professionnaliser à l'avenir ses acteurs et ses structures et, par là, généraliser partout des prestations de qualité.

Ce rapport examine la pertinence de ce schéma et les conditions de son déploiement. Il montre que si une réforme était effectivement nécessaire, sa conception et sa mise en œuvre sont critiquables et ses résultats insuffisants. Il trace les voies d'une évolution indispensable.

- La réforme de 2010 s'affichait ambitieuse par la généralité de ses objectifs qui contrastait avec la simplicité des solutions préconisées pour y parvenir. Elle proposait principalement de confier la pratique du maximum d'actes de médecine légale à des structures publiques dédiées : « instituts médico-légaux » (IML) pour la thanatologie et « unités médico-judiciaires » (UMJ) pour la médecine légale du vivant. Elle instituait parallèlement un mode de rémunération globale forfaitaire de ces structures par le ministère de la justice. On rompait ainsi avec un financement de la médecine légale assuré jusque-là par paiements à l'acte sur frais de justice mais dont une partie était supportée par défaut par le budget des hôpitaux.
- Si pareille approche pouvait sembler séduisante, elle était caractérisée en fait par des enjeux financiers non maîtrisés et des impasses discutables.

Les enjeux financiers visaient l'équilibre alors que les dotations forfaitaires attribuées aux IML et UMJ ont été évaluées dès le départ de façon approximative et les coûts globaux mal appréhendés.

Par ailleurs, le champ de la réforme n'englobait en réalité qu'une partie des préoccupations auxquelles il convenait de répondre. Ainsi, par exemple, s'agissant de la médecine légale du vivant qui est centrée sur l'examen des victimes et des personnes gardées à vue, le dispositif nouveau ancré sur les UMJ ne couvrait que la moitié seulement de la population. Or, la nécessaire organisation du réseau complémentaire de proximité, affirmée pourtant comme objectif de principe, était négligée. De même étaient délibérément exclues de la réflexion les structures parisiennes pourtant les plus importantes de France ainsi que des éléments onéreux de la médecine légale comme les analyses génétiques ou la gestion des prélèvements.

- La viabilité de ce schéma a pâti ensuite de la précipitation de sa mise en œuvre. Les études d'impact ont manqué. Ainsi, la charge de la conduite des personnes gardées à vue par les policiers et gendarmes a été mal estimée.

Un soin insuffisant a été apporté à la conception du dispositif de pilotage qu'il s'agisse de la coordination des acteurs ou de la connaissance en amont de la demande judiciaire et des contraintes locales.

- En pratique, le service médico-légal rendu n'a donc été que partiellement amélioré.

Des progrès incontestables ont été réalisés en ce qui concerne les autopsies et les examens de victimes. En matière d'autopsies, le standard de qualité qui était l'apanage jusque-là des IML les plus importants et, partant les plus performants, tend à devenir partout la règle. Pour ce qui est de la prise en charge de l'examen des victimes, le recours à un médecin légiste est désormais bien plus systématique qu'antérieurement, même s'il est loin encore d'être généralisé.

Force est de constater en revanche un échec en ce qui concerne les deux autres catégories majeures d'actes : les examens médicaux des personnes gardées à vue et les levées de corps. Leur réalisation continue de se heurter à des difficultés multiples sur le terrain auxquelles la gendarmerie est particulièrement confrontée.

- Dans son ensemble, la gestion organisationnelle et financière de ce nouveau dispositif apparaît non maîtrisée.

L'absence d'outils de mesure et d'analyse est patente : si les performances des structures hospitalières dédiées apparaissent hétérogènes entre elles, on ne parvient pas en l'état à évaluer les causes. L'évaluation des dotations forfaitaires apparaît souvent incertaine. La tarification des dépenses restant payées à l'acte n'obéit de son côté ni à une vérité des coûts établie ni à des considérations stratégiques. Enfin, la différence de coûts des examens, et plus particulièrement en matière de garde à vue entre ceux pratiqués par une UMJ et ceux réalisés par le réseau de proximité, ne manque pas d'être source d'interrogations.

Au final, la dérive des dépenses de médecine légale et la sous-budgétisation chronique des frais de justice est inquiétante. L'existence d'impayés a été soulignée partout tandis que le nombre de personnels opérationnels de police et de gendarmerie mobilisés pour assurer escortes et transports a été accru.

- Il serait essentiel par conséquent que soient apportées des inflexions au schéma mis en place. Les recommandations formulées sont à ce titre de plusieurs ordres.

Elles sont d'abord de nature stratégique.

Il convient prioritairement de résorber les impayés dont l'importance non seulement ternit l'image du ministère de la justice et trouble toute évaluation de l'activité de médecine légale mais participe d'une démobilisation de ses acteurs.

La nature juridique du schéma doit également évoluer. Pour conforter son positionnement, la réforme devrait emprunter pour l'essentiel la voie du décret et de l'intégration au code de procédure pénale.

Mais plus généralement, il doit être procédé à un rééquilibrage des sujets en cause en n'oubliant plus des domaines tels que l'organisation du réseau de proximité ou celui des structures parisiennes.

Les choix effectués doivent être aussi empreints de plus de pragmatisme. Ainsi en est-il quant au partage de responsabilités entre les différents réseaux de praticiens pour les examens de compatibilité de garde à vue ou au réexamen de la carte de la médecine légale.

Les recommandations formulées sont ensuite d'ordre technique.

Elles sont relatives tant à la création et à l'animation de structures de pilotage nationale et locales qu'à la mise à disposition d'outils de gestion qui manquent aujourd'hui à la plupart des acteurs.

Elles visent par ailleurs à optimiser la contribution des IML et UMJ, à plus impliquer les établissements de santé sièges de structures dans leur gestion, à mieux mobiliser la ressource professionnelle et à améliorer certaines pratiques de la médecine légale.

Elles s'attachent enfin à la révision de la tarification, à l'introduction d'une plus grande rigueur de gestion et à la recherche de nouvelles ressources financières telle la création d'un droit fixe de procédure augmenté pour les infractions portant atteinte à la personne.

Sommaire

RESUME	5
INTRODUCTION	11
1. UNE REFORME NECESSAIRE, UNE CONCEPTION ET UNE MISE EN ŒUVRE CRITIQUE, DES RESULTATS INSUFFISANTS	13
1.1 UNE REFORME AMBITIEUSE MAIS MAL CONÇUE	13
1.1.1 Une volonté d'organiser la médecine légale.....	13
1.1.2 Une réforme plus ambitieuse dans sa présentation que dans son contenu.....	14
1.1.3 Une réforme précipitée.....	20
1.2 UN SERVICE MEDICO-LEGAL PARTIELLEMENT AMELIORE	27
1.2.1 Des progrès incontestables pour les autopsies et les examens de victimes	27
1.2.2 Un échec pour les deux autres catégories majeures d'actes : les examens médicaux des personnes gardées à vue et les levées de corps.....	38
1.2.3 Des difficultés transversales persistantes	48
1.3 UNE GESTION ORGANISATIONNELLE ET FINANCIERE DU DISPOSITIF NON MAITRISEE... 55	
1.3.1 Une appréhension rigoureuse d'ensemble aujourd'hui impossible.....	55
1.3.2 Des IML et des UMJ aux niveaux d'activité hétérogènes et des dotations forfaitaires attribuées de façon approximative.....	62
1.3.3 Une tarification des dépenses payées à l'acte dépourvue de réflexion stratégique.....	70
1.3.4 Un montant et une répartition des charges supportées, sources d'inquiétude ou de contestation	71
2. UNE EVOLUTION INDISPENSABLE	84
2.1 ADOPTER UNE NOUVELLE STRATEGIE	84

2.1.1	<i>Résorber prioritairement les impayés.....</i>	85
2.1.2	<i>Conforter juridiquement l'organisation de la médecine légale.....</i>	85
2.1.3	<i>Développer une approche plus globale de la médecine légale.....</i>	86
2.1.4	<i>Introduire plus de pragmatisme dans le choix des moyens mis en œuvre.....</i>	87
2.1.5	<i>Créer un dispositif institutionnel de pilotage de la médecine légale.....</i>	88
2.1.6	<i>Se doter d'instruments de mesure et d'accompagnement.....</i>	90
2.2	OPTIMISER LA CONTRIBUTION DES IML ET DES UMJ	91
2.2.1	<i>Développer des indicateurs d'activité et de performance.....</i>	91
2.2.2	<i>Exploiter ces indicateurs.....</i>	92
2.3	MOBILISER PLUS EFFICACEMENT LA RESSOURCE PROFESSIONNELLE EN MEDECINE LEGALE.....	92
2.3.1	<i>Renforcer l'existant.....</i>	93
2.3.2	<i>Susciter de nouveaux recrutements.....</i>	93
2.4	AMELIORER LA PRATIQUE DE LA MEDECINE LEGALE	95
2.4.1	<i>La particularité de l'examen de la personne gardée à vue.....</i>	95
2.4.2	<i>La levée de corps.....</i>	95
2.4.3	<i>Les prélèvements et les scellés</i>	96
2.4.4	<i>Les réquisitions</i>	98
2.5	REVISER LA TARIFICATION.....	98
2.6	INTRODUIRE PLUS DE RIGUEUR DANS LA GESTION DE LA DEPENSE.....	99
2.7	RECHERCHER DES RESSOURCES NOUVELLES POUR LE FINANCEMENT DE LA MEDECINE LEGALE.....	101
CONCLUSION		103
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....		105
LISTE DES ANNEXES		109

Introduction

Par lettre de mission¹ du 18 février 2013², la garde des sceaux, ministre de la justice, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et du commerce extérieur, chargé du budget ont demandé aux inspections générales des services judiciaires, des finances, des affaires sociales, de l'administration, de la police nationale et de la gendarmerie nationale d'évaluer le schéma de la médecine légale institué à la fin de l'année 2010.

La médecine légale comporte, en matière pénale, l'ensemble des constatations et investigations de caractère médical requises par l'autorité judiciaire pour contribuer à la recherche des preuves et des informations utiles à la prospérité des procédures.

Elle connaît un essor qualitatif et quantitatif qui n'a d'égal que celui de la police scientifique et a acquis une dimension technique et financière qui appelait une réforme profonde formellement entreprise à la fin de l'année 2010. Sa mise en place a rapidement entraîné des interrogations sur sa pertinence et sur ses conséquences sur les finances de l'Etat et le fonctionnement des services concernés.

A ce titre, la mission devait :

- évaluer la pertinence des principes directeurs de la réforme ainsi que l'adéquation des structures implantées dans les établissements de santé, instituts médico-légaux (IML) et unités médico-judiciaires (UMJ), au regard de l'activité des ressorts judiciaires, s'agissant notamment des examens des personnes gardées à vue ;

- dresser un bilan des protocoles signés dans les ressorts sièges d'une structure hospitalière dédiée, en vérifiant leur adéquation avec les principes directeurs de la réforme et les conditions de leur mise en œuvre ;

- dresser un bilan financier de la réforme ;

- mesurer les effets de la réforme pour le fonctionnement des services de police et unités de gendarmerie et apprécier ses conséquences pour la prise en charge des victimes et de leurs proches ;

- formuler toutes propositions utiles à la création d'un cadre commun de réquisitions pour l'ensemble des actes médico-légaux, ainsi que d'outils de pilotage et de suivi de la réforme, communs aux acteurs locaux et aux administrations centrales, permettant un recensement fiable des actes médico-légaux requis ;

- préciser le coût d'un tel dispositif et les économies potentielles qu'il est susceptible de générer, en particulier en ce qui concerne les dépenses de frais de justice ;

- veiller à la bonne articulation du dispositif avec les chantiers en cours sur la réforme et la fiabilisation plus générale des circuits de dépense des frais de justice.

¹ Cf. annexe 1 : lettre de mission.

² La mission a commencé ses travaux à la fin du mois d'avril 2013.

A cette fin, il a été procédé à de nombreuses consultations et à des déplacements sur le terrain³.

Le choix a été fait de retenir des sites diversifiés dans leur mode d'organisation et de fonctionnement. Chaque visite a donné l'occasion de s'entretenir avec les magistrats et fonctionnaires des cours d'appel (CA) et des tribunaux de grande instance (TGI), l'autorité préfectorale, les responsables des services de police (sécurité publique, police judiciaire, police aux frontières) et unités de gendarmerie ainsi qu'avec les responsables des services administratifs et médicaux des établissements de santé, sièges d'IML et d'UMJ⁴. Pour compléter son information, la mission a rencontré les responsables des structures parisiennes bien que ces dernières n'aient pas été intégrées dans le schéma de la réforme.

Des questionnaires spécifiques ont été adressés à tous les TGI, aux 47 structures médico-légales publiques, ainsi qu'à un échantillon représentatif de directions départementales de sécurité publique (DDSP) et de groupements de gendarmerie départementale (GGD).

La mission a recensé et analysé l'activité des IML et des UMJ. Elle s'est appuyée pour ce faire sur les données émanant de l'observatoire national de la médecine légale (oNML) et les renseignements communiqués par les administrations centrales du ministère de la justice et du ministère de la santé.

L'étude a été limitée par l'absence de recul liée au caractère récent de la réforme. Elle n'a pu porter utilement que sur 2012, seule année pleine depuis la réforme.

Faute de pouvoir se déplacer outre-mer, la mission a recueilli des informations spécifiques par téléconférence avec les responsables de la Guadeloupe et par échanges complémentaires aux questionnaires avec plusieurs responsables d'hôpitaux ou d'agences régionales de santé (ARS) de la Réunion, de Guyane, et de la Martinique.

A l'issue de ses travaux, la mission considère que si la réforme était nécessaire, sa conception et sa mise en œuvre sont critiquables et ses résultats insuffisants (1). Elle propose des inflexions importantes concernant tant son économie initiale que les modalités de sa conduite, car une évolution apparaît indispensable (2).

³ Cf. annexe 2 : liste des personnes rencontrées ou consultées.

⁴ La mission s'est déplacée à Angers les 23 et 24 avril 2013, à Lyon, les 22 et 23 mai, à Douai et Lille les 30 et 31 mai et à Montpellier les 5 et 6 juin. Elle s'est rendue à la cour d'appel de Versailles et au centre hospitalier de Garches le 19 juin, ainsi qu'au centre hospitalier Jean Verdier à Bondy, le 20 juin et au TGI de Bobigny, le 5 juillet. A Paris, elle s'est rendue auprès des chefs de cour et de juridiction, les 1^{er} et 11 juillet, à la préfecture de police et à l'Hôtel-Dieu, le 25 juin, puis à l'IML, le 10 juillet.

1. UNE REFORME NECESSAIRE, UNE CONCEPTION ET UNE MISE EN ŒUVRE CRITIQUABLES, DES RESULTATS INSUFFISANTS

La réforme était ambitieuse mais s'est avérée mal conçue (1.1). Elle n'a que partiellement amélioré la médecine légale (1.2). La gestion organisationnelle et financière du dispositif n'est pas maîtrisée (1.3).

1.1 Une réforme ambitieuse mais mal conçue

1.1.1 Une volonté d'organiser la médecine légale

Mieux organiser la médecine légale était une préoccupation légitime et ancienne. La réforme entreprise à la fin de l'année 2010 est l'aboutissement d'une réflexion menée pendant plusieurs années par les pouvoirs publics avec plus ou moins de constance.

Des domaines particuliers tels l'examen médical de compatibilité avec la garde à vue ou la formulation des réquisitions avaient donné lieu à des harmonisations techniques.

D'un point de vue plus général, deux rapports⁵ avaient précédemment pointé maintes lacunes auxquelles il convenait de remédier et tracé des pistes d'évolution cohérentes et pertinentes.

A l'occasion de travaux effectués par les administrations centrales et le conseil supérieur de la médecine légale (CSML), un inventaire des diverses structures et personnels concernés avait été dressé pour préciser les modalités de réalisation des actes de thanatologie.

Par ailleurs, les conditions de formation et d'exercice professionnel de médecins légistes avaient été réformées, en particulier par la création en 2000 d'une capacité en médecine légale. La diffusion progressive d'une culture et d'une formation de médecine légale devait également profiter à l'accueil judiciaire des victimes.

Dans ce contexte, et ainsi que le Professeur JARDE l'a précisé à la mission, l'installation du nouveau schéma devait être progressive, la préoccupation financière étant alors secondaire. La lecture des préconisations formulées par l'IGSJ et l'IGAS⁶ est particulièrement instructive et on y relève avec intérêt, entre autres propositions, qu'en même temps qu'il était recommandé de placer le service public au cœur du dispositif, il était conseillé d'associer étroitement les médecins libéraux et les structures non hospitalières. De même il était préconisé d'assurer un financement juste, transparent et pérenne en réaffirmant le principe d'un financement de la médecine légale sur frais de justice en contrepartie d'un « service rendu évaluable ».

Avant 2010, les nombreuses recommandations émises n'ont pour l'essentiel pas été reprises.

⁵ Olivier JARDE, rapport au premier ministre, 2003 : www.ladocumentationfrancaise.fr ; rapport IGAS/IGSJ – mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale – janvier 2006. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000359>.

⁶ Cf. liste en annexe 3.

1.1.2 Une réforme plus ambitieuse dans sa présentation que dans son contenu

1.1.2.1 Une approche matérielle et financière nouvelle empreinte d'ambiguïté

Le schéma élaboré en 2010 succédait à une organisation empirique où la médecine légale était en fait financée à la fois par les hôpitaux à partir de leurs crédits d'assurance maladie qui assuraient le fonctionnement des structures et par le ministère de la justice qui rémunérait à l'acte sur frais de justice les praticiens requis. Il n'était pas possible de connaître le coût global de ce dispositif.

La réforme de 2010 a ancré le dispositif de médecine légale sur des structures publiques dédiées : les instituts médico-légaux (IML) pour la thanatologie et les unités médico-judiciaires (UMJ) pour la médecine légale du vivant. Ces structures bénéficiaient d'un mode de financement nouveau reposant sur des dotations forfaitaires annuelles versées par le ministère de la justice, le financement de la médecine légale par l'Assurance maladie étant abandonné⁷.

La méthode retenue consiste, pour le ministère de la justice, à verser annuellement en deux temps le montant total de la dotation dû à chaque structure. Ce montant est budgété à partir du coût théorique des équivalents temps plein (ETP) attribués à l'IML ou à l'UMJ et des frais de fonctionnement fixés à 20%⁸ des dépenses de personnel.

La moitié de cette somme doit être versée en cours d'année, le solde ne l'étant que sur la base de la communication par l'établissement de santé de la consommation effective des ETP. Lorsque cette dernière a été inférieure à la prévision, le montant annuel prévu subit une refaction pour ramener à la dépense réelle de l'établissement pour la rémunération des ETP effectivement utilisés, augmentée du pourcentage prévu pour les frais de structure.

Pour la première année, l'enveloppe de ces structures dédiées était fixée à 54,2 M€. A cette somme qui devait être versée par l'administration centrale du ministère de la justice, devaient s'ajouter les paiements à l'acte par les juridictions, estimés à 9,6 M€ dans le cadre du réseau de proximité utilisé dans les secteurs et périodes non couverts par ces nouvelles structures.

⁷ Exception faite d'un ETP de psychologue par UMJ. Le rapport de la mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale rédigé en 2006 avait perçu la nécessité d'un financement stable et préconisé notamment une contribution de l'Assurance maladie ou du ministère de la santé au financement des examens de victimes sur son volet médico-social.

⁸ Ce pourcentage de 20 % a été fixé par la DGOS et accepté par le ministère de la justice. Il ne doit pas être confondu avec le pourcentage de 16 % prévu dans la circulaire du 27 décembre 2010 pour la révision annuelle des dotations en fonction de l'inflation.

Le surcoût global de la réforme par rapport au système antérieur était évalué à 29,3 M€ et ce même en tenant compte des 24,9 M€ censés être économisés en contre partie sur les frais de justice supportés par les juridictions. C'est d'ailleurs cette somme de 29,3 M€ qui a, mais pour la seule année 2011, abondé le budget du ministère de la justice qui prenait désormais à la charge de l'Etat des dépenses jusqu'ici supportées par l'Assurance maladie⁹. Un an après son lancement, la réforme a pris ses distances avec l'objectif « d'assurer un financement pérenne qui tienne compte de l'ensemble des charges liées à cette activité (structures, personnels, moyens matériels et investissements) »¹⁰.

De plus, le mode de calcul du financement de la médecine légale dans le nouveau schéma reposait sur beaucoup d'incertitudes : le niveau d'activité attendu des IML et des UMJ et la part résiduelle du recours au réseau de proximité, l'importance des examens complémentaires en matière de thanatologie ou encore le poids financier des prélèvements et scellés.

Enfin, l'approche du coût de la médecine légale ne semblait pas intégrer le risque d'évolution à la hausse en raison notamment des progrès techniques, de certaines mesures de politique pénale et des exigences légitimes de qualité qui étaient à l'origine du schéma retenu.

1.1.2.2 Une réforme réductrice car limitée à quelques actes de médecine légale

En dépit de l'affichage d'une portée générale, la réforme ne portait initialement que sur quelques actes : l'autopsie, l'examen de personne placée en garde à vue, l'examen somatique de victimes. Depuis la circulaire du 25 avril 2012, la levée de corps, l'examen externe de corps ainsi que certains actes liés à la route sont inclus dans le périmètre des IML et des UMJ.

La médecine légale comprend en réalité une très grande variété d'actes parmi lesquels figurent tous les autres examens médicaux, les examens destinés à déterminer l'âge osseux, l'imagerie médicale et tout le champ des expertises médicales ordonnées par les juridictions¹¹. La réforme ne porte pas non plus sur l'ensemble des analyses réalisées à partir de prélèvements humains comme la toxicologie, l'anatomopathologie et l'analyse génétique.

Le dispositif a donc objectivement porté sur quelques actes seulement qui répondent chacun à des logiques de fonctionnement propres.

Pour être réalisées dans les meilleures conditions, les autopsies doivent pouvoir bénéficier d'une structure opérationnelle de grande qualité et de praticiens dotés d'une haute technicité et les examens de victimes gagnent à être effectués dans un service dédié. A l'inverse, les examens de personnes placées en garde à vue peuvent se passer de la logistique hospitalière. Même limitée à certains actes, la réforme était donc sujette à difficultés.

⁹ Les frais de justice ne suffisaient pas à couvrir les dépenses engagées par les hôpitaux ; l'activité de médecine légale pesait par défaut sur les crédits d'assurance maladie.

¹⁰ Circulaire interministérielle JUSD1033099C du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.

¹¹ A la différence du simple examen, l'expertise médicale est réalisée en principe par une personne qui a le titre d'expert judiciaire et répond à un plus grand formalisme. La rémunération des experts est spécifique.

1.1.2.3 Un ancrage prioritaire sur le secteur public et négligeant l'organisation du réseau de proximité

A. Des structures publiques hospitalières au cœur du dispositif

Le schéma d'organisation de 2010 entendait mettre en place sur tout le territoire national un service public de médecine légale appuyé sur des structures publiques et recourant à un réseau dit de proximité, indispensable à la couverture matérielle et territoriale de l'ensemble des besoins.

Au niveau régional, des structures hospitalières appelées « centres-pivots », au nombre de 30¹², étaient dédiées aux activités de médecine légale thanatologique (IML) et du vivant (UMJ) et chargées, dans des conditions non définies, de l'animation du réseau et de la formation des médecins appelés à exercer des activités de médecine légale.

Au niveau départemental, des UMJ, au nombre de 47, étaient affectées à la seule médecine légale du vivant.

Le caractère limité de l'enveloppe financière réservée à ces structures et l'exclusion des grandes unités parisiennes affaiblissaient cependant dès le début la priorité attribuée au secteur public.

B. Par ailleurs un réseau de proximité non organisé

Le réseau de proximité n'était pas extérieur au schéma. Certes, il était présenté par la réforme comme l'un de ses composants. Toutefois, il était appelé à devenir subsidiaire puisque l'on attendait un transfert significatif des actes de médecine légale vers le secteur public.

C'est pourquoi son organisation n'a fait l'objet d'aucune attention particulière, alors même qu'il occupe une place importante puisqu'il est censé couvrir la moitié de la population française.

Selon la circulaire de 2010, le réseau de proximité avait deux fonctions : il constituait, dans des circonstances à préciser par voie de protocole, une ressource dérogatoire permanente pour les juridictions rattachées à une UMJ pour les lieux ou périodes non couvertes par celle-ci ; il restait par ailleurs la ressource naturelle pour les tribunaux de grande instance (TGI) non rattachés à une UMJ.

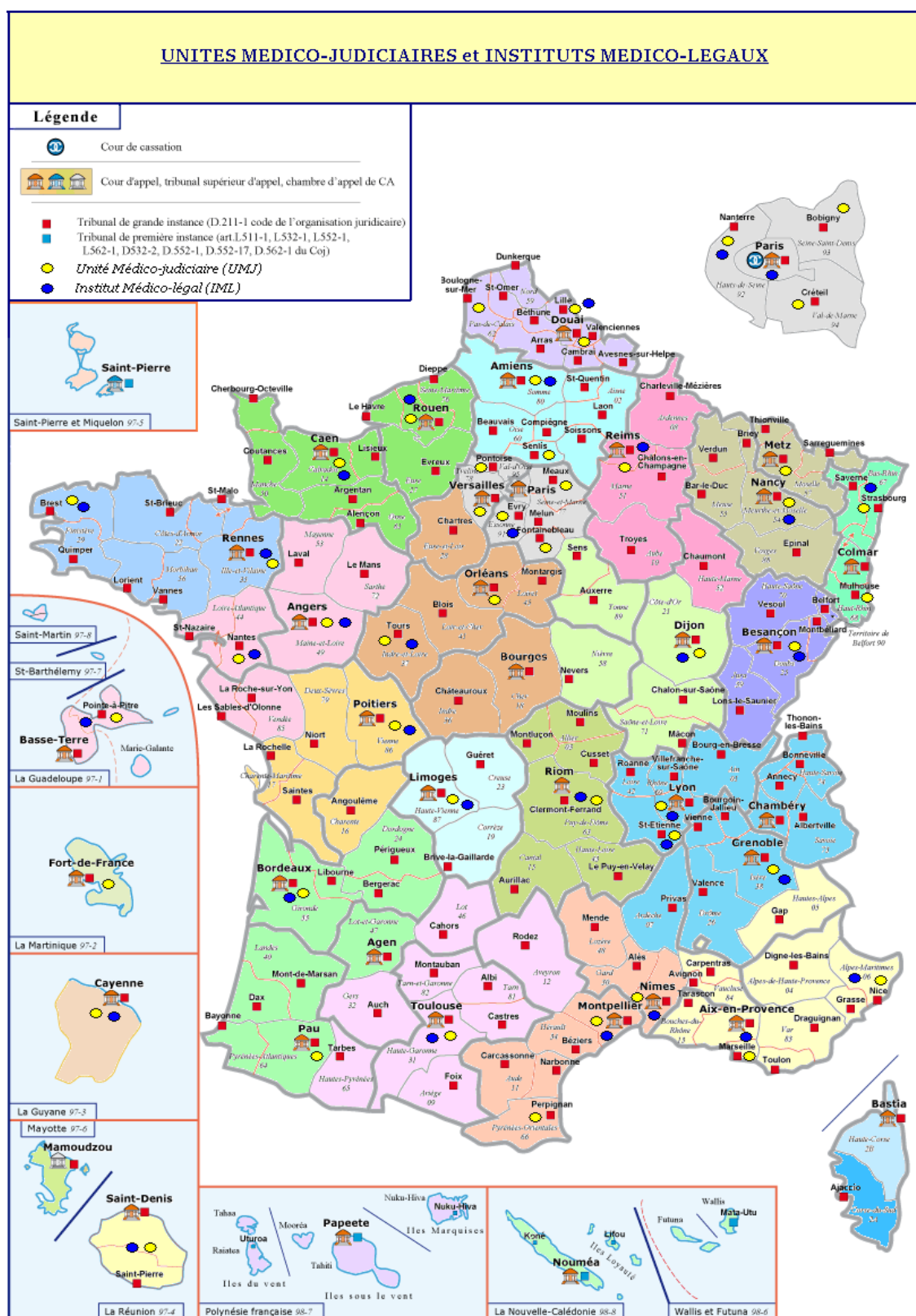
Au niveau local, des médecins libéraux et des associations de médecins mais aussi, les hôpitaux et notamment, les services des urgences hospitalières, constituent le réseau de proximité. Mais en fait, celui-ci est très peu structuré et ses intervenants insuffisamment identifiés.

Ces acteurs fournissent pourtant, à l'exception des autopsies, les mêmes prestations que les structures ad hoc des établissements de santé lorsque celles-ci n'existent pas dans un ressort du TGI ou n'y sont pas tenues pour des raisons de lieu ou de temps (par exemple, des examens de victimes hors secteur ou au-delà des heures d'ouverture).

¹² 31 en 2012 avec la création de l'IML de Nîmes.

Ils sont rémunérés à l'acte, le plus souvent selon le tarif fixé par le code de procédure pénale (CPP) mais parfois, dans la pratique de certaines juridictions, en le dépassant. Ils peuvent également être amenés à fournir des prestations de médecine légale non comprises dans la liste des actes couverts par la dotation forfaitaire (examens d'imagerie médicale ou de biologie complémentaires d'une autopsie, par exemple).

En effet, des établissements publics de santé peuvent être requis pour fournir ces prestations tout en étant rémunérés à l'acte. En l'état, ces activités sont globalement identifiables sur le plan comptable. Mais si les établissements de santé créanciers de la justice pour les actes accomplis hors forfait sur réquisition sont en mesure de préciser le montant - souvent élevé- des impayés, ils ne disposent pas de données permettant, par exemple, de distinguer les actes complémentaires liés aux autopsies.



1.1.2.4 L'exclusion de Paris

Les structures médico-légales parisiennes ont été exclues a priori de la réforme alors qu'elles sont les plus importantes de France et qu'elles interagissent avec le fonctionnement des ressorts judiciaires voisins.

La mission s'est interrogée sur les causes de cette exclusion. La circulaire de 2010 l'expliquait par le volume des actes réalisés tant en matière de thanatologie que de médecine légale du vivant. Cependant, d'après plusieurs sources convergentes, le volume budgétaire contraint alloué à la réforme n'aurait pas permis d'intégrer le financement des structures parisiennes. Enfin, des raisons juridiques concernant plus particulièrement le statut de l'IML, auraient concouru à cette décision.

En tout état de cause, cette exclusion n'a reposé sur aucune analyse spécifique de la situation parisienne propre à la justifier. La mission considère que cette dernière mérite d'être prise en compte dans toutes ses composantes. C'est pourquoi elle estime utile d'en exposer les caractéristiques.

Pour ce qui concerne la thanatologie, l'IML de Paris¹³ est attaché à la préfecture de police, son organisation et son fonctionnement étant atypiques. Il fait l'objet de financements croisés complexes. Les autopsies y sont pratiquées par des médecins légistes pour la plupart libéraux, majoritairement requis et payés individuellement à l'acte moyennant un reversement partiel direct à la collectivité publique gestionnaire et indirect à des agents collaborateurs. L'IML de Paris a réceptionné 2 979 corps en 2010, 3 227 en 2011 et 2 929 en 2012 ; il a réalisé 1 834 autopsies en 2010, 1 885 en 2011 et 1 668 en 2012, ce qui représente une moyenne de 58 % des corps admis et environ 5 autopsies/jour.

Les autopsies sont faites pour le compte de plusieurs juridictions de la région parisienne dont, pour partie encore le TGI de Nanterre pourtant rattaché par le schéma à l'IML de Garches (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris /AP-HP¹⁴) qui n'est pas doté en conséquence.

Fortement enraciné dans une organisation administrative marquée par le particularisme et la tradition, l'IML amorce une évolution de son organisation et de ses méthodes qui appellera une étroite concertation entre les autorités judiciaires, administratives et universitaires. Ses ambitions qualitatives sont à la hauteur d'une activité de médecine légale thanatologique qui en fait le premier IML de France. La mission a pris acte de sa volonté d'évolution pour assumer sur le plan judiciaire et scientifique le rôle éminent auquel il a vocation.

La médecine légale des vivants est assurée principalement par l'UMJ de l'Hôtel-Dieu¹⁵, attachée à l'établissement de l'AP-HP et qui a été créée en 1985 à l'instigation du procureur de la République du tribunal de grande instance de Paris pour l'examen des victimes d'infractions.

¹³ Dirigé depuis peu par le Professeur LUDES.

¹⁴ AP-HP : assistance publique- hôpitaux de Paris.

¹⁵ Le groupe hospitalier Cochin, Hôtel-Dieu et Broca est actuellement impliqué dans un vaste projet de réorganisation de l'AP-HP dont le parquet de Paris suit l'évolution avec un intérêt certain.

L'activité du service est très soutenue puisqu'il a réalisé en 2012 environ 38 000 examens se répartissant en 24 326 examens de personnes privées de liberté et 13 375 examens de victimes¹⁶. L'activité est également dense en ce qui concerne l'examen des victimes de violences et d'agressions sexuelles. Les examens psychiatriques se font en articulation constante avec le service des urgences de l'hôpital : 3 000 ont été réalisés en 2012 (1 700 de victimes et 1 300 de gardés à vue). La mission n'a pas pu obtenir de la direction de l'Hôtel-Dieu les données financières relatives à l'activité de son UMJ.

Enfin, la préfecture de police et le parquet de Paris ont accompagné le développement d'une structure complémentaire privée¹⁷ de médecine légale du vivant appelée UMJ Paris-Nord, installée dans des locaux mis à sa disposition par la préfecture de police et qui assure, de jour en semaine et le samedi, des examens de gardés à vue et de victimes (à l'exclusion des victimes d'agressions sexuelles). Cette structure est compétente sur huit arrondissements du nord-est de la capitale.

Toutes ces prestations font l'objet de réquisitions adressées à ces établissements qui sont donc rémunérés à l'acte selon les tarifs du CPP.¹⁸ Cette situation paradoxale interroge. En effet, le nombre d'actes requis est si important qu'il peut permettre une organisation adaptée en lieu et en temps à la demande des services d'enquête, ce d'autant qu'un certain nombre d'actes réalisés par la structure privée¹⁹ nécessitent une deuxième consultation dans les UMJ hospitalières (cette situation engendrant un doublement des réquisitions pour la justice). De manière plus générale, la ressource publique de qualité est disponible et son usage paraît pouvoir être optimisé de manière notamment à éviter la rémunération parallèle de structures privées, qui plus est, lorsqu'elles sont matériellement soutenues par des moyens publics.

La complexité de la situation et les intérêts croisés des acteurs méritent une mise à plat que la mission n'était pas chargée d'effectuer.

1.1.2.5 Une mauvaise prise en compte des problématiques du ministère de l'intérieur

A en juger par la vive et rapide réaction de certains services de police et unités de gendarmerie dans les premiers mois de 2011, l'expression des préoccupations spécifiques des services d'enquête a été imparfaite dans le cadre du travail interministériel initialement centré sur la relation santé-justice. En effet, la réforme contenait non seulement une obligation de recourir aux structures publiques là où elles étaient déployées mais encore, pour l'examen médical des personnes gardées à vue, elle entraînait souvent une conduite vers l'UMJ. Cette dimension à laquelle la préfecture de police de Paris était alors moins sensible, n'a pas été prise en compte. Elle touchait plus particulièrement la gendarmerie nationale dont l'activité dépend essentiellement du réseau de proximité.

1.1.3 Une réforme précipitée

A posteriori, la mise en place du schéma de médecine légale donne l'impression d'avoir été décidée dans la précipitation.

¹⁶ La salle CUSCO, disposant de 9 lits, a accueilli dans le même temps 900 personnes (95 % gardées à vue, 3 % retenues administratives et 2 % placées sous main de justice).

¹⁷ Dont la forme juridique est celle d'un groupement d'intérêt économique.

¹⁸ Concernant les dépenses du TGI de Paris, on relève pour 2012 que 11 759 mémoires ont été payés par la régie pour un montant de 3 634 203 € et 523 mémoires supérieurs à 2000 € pour un montant de 4 571 781 €.

¹⁹ Estimé à environ 8 % par l'UMJ de l'Hôtel-Dieu.

Longtemps attendue à la suite du rapport d'Olivier JARDE de 2003 puis du rapport conjoint IGSJ-IGAS de 2006, la création du schéma a en effet été lancée avec une grande célérité. Ainsi la circulaire signée des trois ministres, le 27 décembre 2010, soit en extrême fin d'année, prévoyait sa mise en œuvre à court terme et même dès le 15 janvier 2011. Sur le plan budgétaire, l'allocation des moyens nécessaires au financement des forfaits attribués aux établissements de santé a été fixée de façon temporaire.

La mission ne peut que saluer la réactivité des services qui, au début de l'année 2011, ont entrepris avec rapidité la mise en place des nouvelles structures et procédures judiciaires, administratives et comptables engendrées par le schéma de médecine légale. Elle est cependant convaincue qu'une préparation plus posée aurait évité de nombreuses difficultés.

1.1.3.1 Un défaut de dispositif institutionnel de pilotage

L'interministérialité indispensable n'a pas été aménagée, pas plus qu'une déconcentration plus rationnelle des responsabilités.

La mise en place du schéma de médecine légale a naturellement entraîné des échanges verticaux à l'intérieur de chaque département ministériel. Une concertation s'est également objectivement développée entre services centraux, notamment à partir du contrôle exercé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) sur les protocoles conçus comme les instruments de déclinaison locale de la réforme. Les liens fonctionnels interministériels qui se sont donc développés ont mis en évidence certaines difficultés, parfois surprenantes, au regard du dispositif de la circulaire. Ainsi, le désir de faire face à des blocages, notamment à propos des examens de garde à vue, a parfois développé localement une créativité peu juridique²⁰. Cependant aucun dispositif interministériel permanent n'a été institué. Ce n'est qu'épisodiquement que des arbitrages ont pu être opérés à ce niveau.

Si la DGOS a développé rapidement un instrument de comptage des actes de médecine légale réalisés dans les IML et les UMJ, l'oNML, elle est finalement la seule à avoir mis en œuvre un outil précis de suivi de la réforme. Les autres départements ministériels ont continué soit à ne pas compter les réquisitions émises, soit à utiliser des instruments qui ne permettaient pas une identification et un suivi des prescriptions.

Aucun dispositif interministériel de pilotage n'a donc été mis en place de manière institutionnelle.

Par ailleurs, la réforme n'a pas donné lieu à une déconcentration rationnelle des responsabilités.

Certes, l'incitation à mettre en œuvre la réforme du schéma par des protocoles locaux a été formulée et globalement suivie, mais, là non plus, aucun dispositif concerté de pilotage n'a été instauré.

²⁰ La mission a ainsi relevé dans des cas d'incapacité technique affichée par des UMJ, plusieurs projets, voire réalisations temporaires locales, prévoyant la sous-traitance des examens de gardés à vue par des établissements de santé à des structures privées moyennant rémunération à un prix spécifique.

S'agissant des dotations allouées, elles semblent avoir été vécues comme étrangères à la responsabilité des juridictions et des services d'enquête. Si la responsabilité locale continuait d'être assumée pour la maîtrise des frais de justice, l'activité de médecine légale sur dotation et celle qui était rémunérée à l'acte sur frais de justice n'étaient pas mises en relation. Les mêmes dotations, directement versées par le ministère de la justice aux établissements de santé, n'étaient pas considérées par eux comme devant faire l'objet d'une gestion autre que la vigilance interne sur la consommation des ETP.

La difficulté vécue sur le terrain pour élaborer entre acteurs locaux puis faire valider au niveau national les protocoles préconisés par les auteurs de la réforme est l'une des illustrations persistantes de ces difficultés.

1.1.3.2 D'autres failles dans l'accompagnement du processus sont également patentées

A. L'absence d'études d'impact interministérielles et de procédures de suivi

Le schéma présentait sur le plan financier un aspect imprécis dans la mesure où, sans que son coût ait été précisément évalué, il était lancé dans un cadre budgétairement contraint.

Parfois critiquée ensuite pour ses largesses au regard des coûts antérieurs et des performances ultérieures, la réforme n'avait en réalité donné lieu à aucune véritable étude d'impact²¹. La dépense antérieurement assumée par l'Assurance maladie pour le financement des structures hospitalières et la rémunération des personnes affectés à la médecine légale était inconnue ; le coût fixe des structures publiques avant tout acte n'avait pas été calculé ; l'activité attendue des ETP mis à disposition des IML et UMJ n'était pas fixée ; les conséquences de la modification des pratiques sur les services de police et les unités de gendarmerie n'avaient pas été mesurées.

L'incidence de la réforme sur l'existant a en outre été négligée. Ainsi les médecins ou les associations de médecins urgentistes²² qui assuraient dans les grandes villes un certain nombre d'activités de médecine légale dont beaucoup d'examens en garde à vue, n'ont pas été associés aux travaux préparatoires de la réforme et, soudain remplacés par des UMJ, se sont sentis exclus. Cela a entraîné des crispations durables et des blocages locaux lourds de conséquences en matière de gestion des examens en garde à vue.

On doit aussi à la vérité de dire que la mise en place du schéma de médecine légale du vivant est intervenue dans un contexte évolutif rendant les prévisions délicates : d'une part, les politiques pénales relatives aux violences, notamment conjugales, ont engendré une croissance légitime des examens de victimes sur réquisition ; d'autre part, la réforme du régime de la garde à vue a créé des fluctuations concernant non seulement le nombre des gardés à vue mais aussi le taux de recours à leur examen médical.

Par ailleurs la circulaire instituant le schéma de médecine légale prévoyait explicitement un suivi et une évaluation à l'aide d'outils à définir. Ceux-ci n'ont été exploités ou construits que partiellement, rendant difficile toute analyse ultérieure.

²¹ Mises à part des fiches de travail sommaires produites par les services de la police nationale et la gendarmerie nationale, fin 2010.

²² Telle la fédération SOS médecins France représentant 64 associations regroupant 1 000 praticiens.

B. Une géographie médico-judiciaire qui interroge

La réforme a été présentée comme globale. Or, tandis que son caractère général était affiché, la part conjuguée des territoires à statut dérogatoire ou spécial s'ajoutait à un espace mal circonscrit pour le réseau de proximité. En réalité les structures nouvelles ne couvraient en tout état de cause qu'environ la moitié de la population.

Suivant les termes de la circulaire du 27 décembre 2010, la réforme prévoyait un maillage territorial à trois niveaux couvrant la totalité du territoire national : le niveau régional reposant sur les centres-pivots IML/UMJ, le niveau départemental composé des UMJ et le niveau local comprenant les services des urgences hospitalières, les médecins libéraux et les associations de médecins. En réalité, on a composé avec ces principes.

L'exploitation des questionnaires adressés aux juridictions a traduit une forte incompréhension du schéma en dépit de l'apparente simplicité des principes énoncés. Outre le fait que certains tribunaux se sont considérés comme rattachés à un IML ou une UMJ alors qu'ils ne l'étaient pas, plusieurs d'entre eux ont estimé que la répartition des IML n'était pas judicieuse et un grand nombre a regretté l'absence d'UMJ sur leur ressort.

De fait, il n'est pas toujours aisé d'identifier les critères qui ont été retenus pour le choix de l'implantation des structures médico-légales.

S'agissant de la répartition des IML, la mission a cherché à rapprocher leur localisation de la population des ressorts judiciaires auxquels ils sont rattachés²³. De très fortes disparités peuvent être relevées. Ainsi les IML de Garches et de Lille couvrent une population supérieure à quatre millions d'habitants, celui de Toulouse plus de trois millions, ceux de Lyon, Bordeaux, Grenoble, Marseille, Evry, Nantes, Strasbourg, Montpellier et Nancy, plus de deux millions tandis que ceux de Limoges et de Saint-Etienne, moins d'un million d'habitants²⁴. Le principe d'une assise régionale se vérifie pour les IML mais il ne semble pas forcément pertinent pour des régions très fortement ou très faiblement peuplées.

S'agissant de la répartition des UMJ, le principe d'ancrage départemental affiché n'a pas été appliqué. Elles n'ont été créées ou confirmées que dans moins de la moitié des départements. Au demeurant, si l'on rapporte le nombre d'habitants à chacun des 48 TGI rattachés à une UMJ, on constate que la réforme ne couvre donc qu'environ la moitié de la population nationale²⁵.

Or, par delà les critères purement géographiques ou démographiques, le niveau de l'activité pénale d'un ressort devrait être prédominant puisque les structures de santé sont censées répondre à un besoin. Les TGI sont répartis en 4 groupes en fonction principalement de leur volume d'activité. Parmi ceux qui sont rattachés à une UMJ, on constate sans surprise que tous les TGI du groupe 1 bénéficient d'une UMJ mais qu'en revanche plusieurs TGI du groupe 2 n'en disposent pas. C'est le cas d'Aix-en-Provence, de Toulon, d'Avignon, de Béthune et d'Evreux. A l'inverse, plusieurs TGI du groupe 3 et même un du groupe 4²⁶ disposent d'une UMJ.

²³ Le critère de la population n'étant pas le seul pertinent.

²⁴ Cf. annexe n° 4 pour le détail de la population couverte par chaque IML.

²⁵ Cf. carte des UMJ et des IML page 18. et tableau en annexe n° 5 pour le détail des TGI dotés d'une UMJ avec l'indication de la population couverte et de leur classement.

²⁶ Fontainebleau.

Sachant que 161 TGI sont répartis sur le territoire national, seuls bénéficient d'une UMJ :

- les 11 TGI appartenant au 1^{er} groupe, soit la totalité à l'exception de Paris ;
- 22 sur les 30 TGI appartenant au 2^{ème} groupe, dont 15 avec un IML ;
- 13 sur les 41 TGI appartenant au 3^{ème} groupe, dont 7 avec un IML ;
- 2 sur les 78 TGI appartenant au 4^{ème} groupe.

Le choix de créer une UMJ ne s'est donc pas nécessairement effectué en fonction de l'activité pénale des ressorts judiciaires.

Dès lors qu'il a été décidé de répartir les IML pour couvrir au mieux géographiquement la carte judiciaire et de leur adosser systématiquement des UMJ, il n'est pas surprenant que des TGI de moindre activité pénale se voient mieux dotés que d'autres ayant une plus forte activité. Ainsi, les UMJ de Limoges ou de Besançon qui sont implantées au siège de TGI classés respectivement au 61^{ème} et 70^{ème} rang sont mieux dotés que les TGI de Grasse (19^{ème} rang) ou de Béthune (31^{ème} rang).

La même remarque peut être faite lorsque l'on examine la situation des UMJ sans IML adossé. Si l'implantation de structures importantes dont dépendent de grosses juridictions telles Bobigny et Créteil apparaît parfaitement justifiée, il est permis de s'interroger à propos de plus petites unités. Ainsi, le TGI de Pau, classé au 57^{ème} rang, celui de Senlis classé au 73^{ème} rang ou celui de Fontainebleau classé au 118^{ème} rang bénéficient d'une UMJ, quand tant d'autres TGI à l'activité plus importante n'en ont pas.

Le constat est d'autant plus vrai quand on rappelle que la circulaire du 27 décembre 2010 fixe strictement la compétence des UMJ, qui à deux exceptions²⁷ près, ne sont rattachées qu'à un seul TGI. En réalité l'organisation mise en place ne permet pas qu'une UMJ puisse recevoir les victimes d'un TGI voisin de celui auquel elle est rattachée.

Ces observations sur l'implantation des structures médico-légales retenues par le schéma ne sont pas sans lien avec leurs activités et les ratios de coût à l'acte que la mission s'est efforcée de calculer.

C. La difficulté à mettre en place des protocoles

Malgré l'élaboration d'un cadre et de lignes directrices nationales, le fonctionnement des IML-UMJ apparaît très contrasté au regard de ce que prévoyait le schéma et de ce qui devait théoriquement figurer, pour chaque ressort judiciaire concerné, au sein d'un protocole local signé entre les parties prenantes. Pour compléter son approche et dresser un bilan des protocoles, la mission a passé en revue l'organisation des 46 sites médico-légaux de la réforme en activité²⁸ en s'appuyant sur les documents existants (protocoles, dossiers de la DACG et tableaux de la DGOS) et des remontées d'informations du terrain. Hormis quelques rares cas, cette approche par l'analyse des protocoles ne préjuge pas de l'efficacité des dispositifs qui doit faire l'objet d'analyses plus poussées, notamment sur la base d'indicateurs d'activités et de modélisation économique.

²⁷ L'UMJ de Fontainebleau est rattachée également au TGI de Melun et celle de Pointe à Pitre est rattachée également au TGI de Basse Terre.

²⁸ L'UMJ de La Rochelle ayant été supprimée par la circulaire du 25 avril 2012.

En premier lieu, il convient de noter que l'existence d'un protocole signé ou en passe de l'être n'implique pas systématiquement un bon fonctionnement.

Si la moitié des sites dispose d'un protocole signé et actualisé²⁹ ou en cours d'actualisation³⁰, quelques-uns posent des problèmes liés à une organisation sous-dimensionnée des structures au regard des besoins (La Réunion) ou non-conforme à la circulaire et susceptible d'être plus coûteuse pour la justice (Bordeaux et la Guadeloupe dont les protocoles n'ont pas été validés au niveau central).

A contrario, le fait que l'autre moitié des structures ne dispose pas de protocole (inexistence ou blocages divers) n'empêche pas près d'une sur deux de fonctionner sans rencontrer de problème particulier dans le cadre prévu par la réforme³¹. Quand des difficultés viennent à se poser au sein de sites dépourvus de protocole, elles sont généralement importantes et tiennent soit à un manque patent de moyens (Bondy, Garches) soit à une organisation, voire à un financement non conformes à la circulaire. Dans ces derniers cas, seule la Chancellerie, les cours d'appel et les TGI peuvent apporter des réponses à partir de l'analyse fine des frais de justice.

Qu'ils soient ou non dotés d'un protocole signé, les sites médico-légaux de la réforme qui semblent donner satisfaction se caractérisent assez souvent, outre l'existence d'une tradition antérieure de médecine légale, par l'implication, la créativité et la coordination étroite de la totalité des acteurs de terrain. Certaines UMJ de ces sites travaillent d'ailleurs au-delà des moyens prévus par la circulaire³².

Au total, sur le plan de l'organisation, la mission observe une certaine disparité dans la mise en œuvre de la réforme, avec des situations et des effets contrastés sur le terrain. Elle relève par ailleurs que certains sites se sont organisés ou, en tout cas, ont entrepris de le faire, en s'affranchissant des textes réglementaires et ce au détriment financier de la justice.

D. L'absence d'accompagnement pédagogique

La réforme lancée dans les derniers jours de 2010 pour commencer à s'appliquer pour partie dès le 15 janvier 2011 modifiait, voire bouleversait, des modes d'organisation, des habitudes de travail et des flux financiers.

La circulaire qui la portait ne paraît cependant pas avoir été accompagnée de tout le travail pédagogique que son contenu impliquait et si des notes ou circulaires ont été diffusées lors du lancement de la réforme³³, elles ont été insuffisamment expliquées en aval, plus particulièrement en ce qui concernait les conséquences à prévoir pour toutes les catégories d'acteurs concourant à la mise en œuvre de la médecine légale.

En effet, se trouvait objectivement modifiés de très nombreux éléments allant des circuits de la dépense publique à la rémunération personnelle des légistes, en passant par les servitudes des services d'enquête, la place des médecins urgentistes et le mode de gestion des hôpitaux.

²⁹ Angers, Toulouse, Boulogne, Grenoble, Nîmes, Nantes, Valenciennes, Fort de France, Pontoise, Dijon, Caen, La Réunion, Bordeaux et Guadeloupe.

³⁰ Créteil, Marseille, Amiens, Creil, Brest, Besançon, Metz, Pau, Poitiers.

³¹ Limoges, Montpellier, Rennes, Perpignan, Tours, Orléans, Rouen, Reims Nancy, Evry, Fontainebleau, Versailles.

³² Cf. annexe n°17.

³³ Circulaire inter-directionnelle DACG-DSJ du 18 décembre 2010 au ministère de la justice ; note conjointe DGGN-DGPN des 7 et 10 janvier 2011 au ministère de l'intérieur.

Globalement, les informations ont circulé et le sens du service public animant les personnels a permis une mise en place relativement rapide des procédures utiles. Cependant la mission a constaté la persistance de méconnaissances de l'organisation nouvelle et de ses enjeux, notamment financiers. Ces insuffisances trouvent leur origine dans le faible partage local des difficultés rencontrées sur le terrain.

1.1.3.3 Des adaptations intervenues en 2011 et 2012 ponctuelles et approximatives

La remontée des obstacles rencontrés par les services enquêteurs dans les premiers mois de 2011 a conduit à un premier aménagement interministériel du schéma. La décision de créer une vingtaine d'équipes mobiles supplémentaires a été prise. Mais elle n'a pas été complètement suivie d'effet, ce qui a conduit à une nouvelle adaptation, après qu'une évaluation globale ait été réalisée fin 2011.

Les difficultés recensées après quelques mois de mise en œuvre du schéma concernaient notamment : la disponibilité des praticiens pour les levées de corps et les examens de gardés à vue, la demande des services enquêteurs de privilégier les examens sur place des personnes gardées à vues, le niveau persistant des frais de justice engagés au titre de la médecine légale ainsi que l'hétérogénéité des organisations et activités des structures comparables.

En conséquence, la circulaire interministérielle du 25 avril 2012 a procédé à certains aménagements³⁴.

Le mode d'organisation des IML et des UMJ a été modifié. L'IML de Nîmes a été créé.

Les niveaux d'organisation des UMJ³⁵ ont été précisés tandis que les effectifs de 15 d'entre elles étaient complétés, notamment pour le fonctionnement des équipes mobiles³⁶.

L'organisation se décline aujourd'hui ainsi :

Organisation de travail UMJ

O1 renforcée = 2 lignes de garde 24h/24 - 7j/7 dont 1 équipe mobile + 1 équipe mobile
 O1 = 2 lignes de garde 24h/24 - 7j/7 dont 1 équipe mobile
 O2 = 1 ligne de garde 24h/24 - 7j/7 dans les locaux de l'UMJ
 O3B = 1 médecin 10h/ 6j/7 et astreintes
 O3A = 1 médecin 8h/j - 6j/7 (UMJ + IML pour 7 des 8 structures) et astreintes
 O3 = 1 médecin 6j/7 aux heures ouvrables et astreintes

Equipe mobile = 1 médecin

EM2 = 1 médecin 12h/j - 6j/7
 EM3 = 1 médecin 10h/j - 6j/7
 EM4 = 1 médecin 8h/j - 6j/7

Il a été décidé de procéder par ailleurs à la mutualisation des effectifs de sept IML-UMJ, cette mesure affectant des structures dont l'activité pouvait paraître faible.

³⁴ Cf. circulaire interministérielle du 25 avril 2012 NOR : JUSD1221959C ; Bulletin officiel complémentaire du 23 août 2012.

³⁵ Cf ibidem

³⁶ Cf. annexe 2 à la circulaire précitée.

Sur le plan technique et financier, le périmètre des actes couverts par les dotations forfaitaires des établissements de santé a été étendu, sans évaluation préalable, aux levées et examens de corps ainsi qu'aux examens liés au contentieux de la route.

A ce jour, tout en soulignant le manque de recul dont on dispose par rapport à l'instauration du schéma, il est possible de dresser un bilan.

1.2 Un service médico-légal partiellement amélioré

La réforme de 2010 avait pour principe directeur une structuration de la médecine légale destinée à en harmoniser l'exercice et à garantir sur l'ensemble du territoire une prestation de qualité.

1.2.1 Des progrès incontestables pour les autopsies et les examens de victimes

1.2.1.1 En matière d'autopsies, le standard de qualité s'élève

A. L'autopsie, un acte médico-légal essentiel à l'enquête

Globalement, les actes médico-légaux d'autopsie sont considérés par les services de police et les unités de gendarmerie comme essentiels pour la détermination des causes ou des circonstances du décès. En effet, les conclusions médico-légales conditionnent très fréquemment la poursuite des enquêtes en l'absence d'éléments matériels probants et font obstacle au dépérissement des preuves.

La mission a relevé par référence aux pratiques de pays étrangers une forte disparité du taux d'autopsie pour mille habitants³⁷. Ces différences ont des causes très diverses que l'on peut globalement qualifier de culturelles. La dimension religieuse peut y avoir sa part, de même que le régime de la preuve en droit des assurances.

Sur un plan strictement médico-légal, l'intérêt de la mission a été retenu par des travaux qui posent de graves questions sur le taux de morts suspectes en relation avec la qualité du contrôle des circonstances de la mort. Ainsi une étude allemande³⁸ et des travaux³⁹ réalisés à partir d'exhumations révèlent a posteriori des morts suspectes voire criminelles. Les études d'une épidémiologiste française⁴⁰ conduisent quant à elles à s'interroger sur les décès de nourrissons. Les causes de la mort des personnes âgées mériteraient aussi une attention particulière⁴¹.

³⁷ Cf. en annexe n° 6 : nombre d'autopsies /1000 hab. aux niveaux national et international.

³⁸ Brinkmann B. Errors in autopsy in Germany. Results of a multicenter study (II Arch Kriminol. 1997 Mar-Apr;199(3-4):65-74. Article en allemand).

³⁹ Analysis of 155 consecutive forensic exhumations with emphasis on undetected homicides Int J Legal Med (2004) 118 : 90-94.

⁴⁰ Anne TURSCZ Enfants maltraités en France et par la France, Seuil, 2010.

⁴¹ Selon l'opinion émise par le Pr Patrice Mangin du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale.

Cette problématique perçue hors du strict champ de la mission interroge sur les conditions matérielles et juridiques de la constatation du décès et du recours à une investigation de médecine légale préalable à l'inhumation ou à la crémation⁴².

B. Le chiffre exact des autopsies encore sujet à approximations

S'agissant d'actes qu'on croirait aisément identifiables, on ne peut que déplorer que les sources de collecte d'informations ne fournissent pas d'indications en totale cohérence les unes avec les autres, tant au regard des volumes recensés que des évolutions constatées.

Selon l'oNML, en 2012, les IML se rattachant au schéma ont réalisé 7 619 autopsies⁴³.

La gendarmerie nationale, seule à tenir des statistiques en la matière, indique 4 569 autopsies en 2012 pour ce qui concerne les procédures dont elle a été saisie. Elle relève une hausse générale (+ 37 %) entre 2009 et 2012. La police nationale, quant à elle, évoque, sans disposer de chiffres précis, une stabilisation après une forte hausse (+ 45 %) entre 2005 et 2010.

Les données disponibles ne sont donc pas cohérentes entre elles. Cependant, chacun s'accorde au moins à reconnaître que, dans le champ géographique du schéma, la réalisation de la quasi-totalité des autopsies n'est confiée désormais qu'à des praticiens confirmés exerçant au sein d'IML : tel est le cas dans 90 % des juridictions pour toutes les autopsies de leur ressort. Pour quelques juridictions, des autopsies peuvent être assurées dans un autre hôpital public. Tel est notamment le cas de la Corse, dépourvue d'IML.

C. Une harmonisation à la hausse du niveau de qualité des prestations rendues

On ne peut que se féliciter de cette évolution. Les progrès enregistrés qui sont le plus couramment soulignés sont les suivants :

a) Une plus grande disponibilité des légistes

L'ensemble des IML déclarent travailler tous les jours de la semaine (dont 45 % le week-end et jours fériés). La quasi-totalité indique assurer toutes les autopsies de leur TGI, 41 % étant même réquisitionnés par d'autres juridictions que celles prévues par la circulaire. Des procédures d'astreinte téléphonique ont localement été mises en place au sein des IML, permettant aux médecins de permanence de réaliser en urgence des opérations d'autopsie les samedi, dimanche et jours fériés.

⁴² Selon le Scientific Working Group for Medical Death Investigation, un taux d'autopsie de 1 pour 1000 habitants pourrait être considéré comme la meilleure formule pour s'assurer que les autopsies médico-légales sont effectuées en un nombre qui satisfasse la santé publique, la sécurité publique, le système judiciaire, l'assurance de la qualité médicale, et d'autres besoins.

Cf. SWGMDI's Regional Autopsy and Death Investigation Center Construction Report Published September 17, 2013 public safety, justice system, medical quality assurance, and other needs.

⁴³ Pour une appréhension globale des actes pratiqués sur l'ensemble du territoire (dans et hors schéma), il convient de compléter ces chiffres avec ceux des autopsies réalisées pour des parquets non rattachés à des IML du schéma et, notamment par l'IML de Paris qui a réalisé 1 885 autopsies en 2011 et 1 668 en 2012 et ceux, très marginaux, de l'IRCGN (Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale).

b) Des plateaux techniques mieux équipés

La grande majorité des IML estime disposer d'un environnement humain et technique satisfaisant : effectif suffisant en correspondance avec les dispositions de la circulaire de 2012 (hormis la Guadeloupe), nombre suffisant de salles d'autopsie (pour 83 % des IML) et des cases réfrigérées pour la conservation des corps (pour 77 % des IML). De même, 80 % des structures interrogées déclarent être en conformité sur le plan de l'hygiène et de la sécurité contre un peu moins de la moitié en 2006. La plupart des juridictions consultées sont en phase avec cette appréciation.

c) Des investigations scientifiques plus approfondies

Les autopsies donnent lieu systématiquement à un ou plusieurs examens complémentaires dans 78 % des IML. Ces examens concernent le plus souvent l'imagerie et la toxicologie et, dans une moindre mesure, l'anatomo-pathologie, l'analyse sang/urine et les analyses ADN. Ces actes complémentaires, générateurs de frais de justice importants, participent indéniablement à la recherche de la manifestation de la vérité, plus particulièrement dans le domaine criminel. Eu égard à la diversité des pratiques observées, la mission s'interroge d'ailleurs sur l'opportunité d'une « protocolisation » de la prescription de ces examens. Elle relève, par ailleurs, le cas de Boulogne-sur-Mer où, sur la base de réquisitions d'examen du corps, les moyens d'imagerie médicale permettent de réaliser une « virtopsie ». Cette technique fait appel à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour procéder à un examen approfondi, sans recourir à l'autopsie à laquelle, de l'avis majoritaire actuel des médecins légistes, elle ne saurait cependant se substituer.

d) Une meilleure réactivité

Selon les magistrats, plus de 93 % des autopsies sont réalisées dans des délais raisonnables, en moyenne entre un et deux jours. Les enquêteurs confirment que ceux-ci sont effectivement plus courts qu'auparavant.

Les premières conclusions sont portées à la connaissance des autorités judiciaires le jour même dans 90 % des cas. Les juridictions sont pour 77,5 % d'entre elles satisfaites par ces délais.

Les rapports définitifs sont systématiquement dactylographiés et, selon les juridictions, remis majoritairement dans le délai de un à trois mois (54,1 %). Le respect de ce dernier est attesté également par les enquêteurs interrogés.

Ce raccourcissement des délais n'a pas nui à la qualité des rapports qui fait l'objet d'une appréciation favorable par plus de 96 % des juridictions.

Après autopsie, le délai moyen de conservation des corps est inférieur à cinq jours dans 80 % des cas. Ce délai est important par égard aux familles. Il peut par ailleurs influencer sur la gestion technique de sites importants (l'IML de Garches, par exemple) et avoir des incidences financières en frais de justice.

e) Des relations de qualité renforcées entre les praticiens hospitaliers et les officiers de police judiciaire

Pratiquement partout la nature des relations entre médecins légistes et officiers de police judiciaire est regardée comme bonne, si ce n'est excellente. Elle est ancrée sur une confiance généralement partagée et sur une complémentarité affinée par de longues années de travail en commun. Les exemples ne manquent pas qui témoignent du fait que la plupart des médecins concernés appréhendent désormais parfaitement les préoccupations procédurales des enquêteurs, n'hésitant pas à faire œuvre de pédagogie au profit de ces derniers. Des réunions de travail et d'échanges, ainsi que des séances de formation, sont souvent organisées soit à l'initiative des responsables de structures hospitalières, soit à celle des chefs de service de police ou des commandants d'unité de gendarmerie.

L'assistance des OPJ aux autopsies, dont ils rendent compte par procès-verbal, reste hautement souhaitable. L'accueil des enquêteurs dans les IML ne pose généralement aucun problème, des salles dédiées facilitant souvent la rédaction des actes de procédure et la confection de scellés judiciaires.

D. Des améliorations à relativiser et des réserves persistantes

a) Le saut qualitatif observé a été ressenti comme relatif

La mise en œuvre de la réforme a été assez rapide : 40 % des juridictions considéraient que leur IML de rattachement était opérationnel au 15 janvier 2011 ; elles étaient 75 % à le penser en janvier 2012. En même temps, dans les IML déjà reconnus comme performants aucun changement notable n'est de fait intervenu. Les pratiques n'y ont été que consolidées.

C'est pourquoi il n'est pas illogique que, dans la diversité des parties prenantes interrogées à l'occasion de cette mission, certains n'expriment qu'un avis dubitatif sur la portée de cette réforme. Celle-ci peu, ou en tout cas pas de façon réellement perceptible, amélioré pour eux la qualité des actes accomplis. Nombre de praticiens actuels étaient déjà ceux à qui on avait recours avant la mise en œuvre du schéma, et dont l'activité apportait toute satisfaction.

Ainsi, à peine la moitié seulement des responsables d'IML considèrent que la réforme a conduit à ce jour à améliorer la situation. Ce rapport est même inférieur à 40 % au sein des responsables de juridictions, et parmi eux, ceux des TGI de Bordeaux, Lyon, Marseille, Evry, Evreux, Toulouse, Rouen, Poitiers, Nantes. Cette appréciation est aussi celle de nombreux policiers affectés dans des villes importantes.

b) L'homogénéisation des principes d'intervention en ce qui concerne la présence ou non d'une dualité de légistes ne s'est toujours pas imposée

Les autopsies sont actuellement effectuées par un seul médecin légiste dans plus de 48 % des juridictions questionnées et ce bien que le principe de dualité de médecins légistes soit préconisé par les normes européennes.

Ainsi à l'IML de Bordeaux, le choix de deux légistes est systématique en matière criminelle, mais n'intervient en matière délictuelle ou dans les procédures de recherche des causes de la mort qu'en cas de complexité particulière de l'affaire, soit à l'initiative du magistrat du parquet, soit à la demande du médecin légiste requis. La proportion à ce recours est limitée⁴⁴. La même approche semble prévaloir pour l'IML de Lyon.

Cette disparité des procédures médico-légales se retrouve même au niveau de la rémunération du deuxième médecin légiste qui peut, selon les endroits, soit être intégrée dans la dotation forfaitaire allouée au centre hospitalier pour procéder aux autopsies (Bordeaux) soit faire l'objet d'un paiement à l'acte (Lyon), ce qui est contraire aux dispositions du schéma directeur⁴⁵.

c) Deux types de conséquences en matière de disponibilité des acteurs

La concentration des autopsies sur trois fois moins de sites qu'antérieurement s'est accompagnée d'un effet non anticipé dans sa soudaineté et son caractère massif : celui de la démotivation et du retrait de nombreux légistes éprouvés qui auraient continué, à certaines conditions, à intervenir en appoint précieux dans les zones mal couvertes par le schéma, qu'elles soient périurbaines ou rurales. Ces médecins, autrefois associés aux autopsies, refusent aujourd'hui, le plus souvent, faute de voir leurs contributions suffisamment reconnues et valorisées, d'être en périphérie des relais locaux des IML.

Cette réforme s'est traduite parallèlement par un allongement des distances et une augmentation des délais de déplacement⁴⁶ pour de nombreux enquêteurs de la gendarmerie nationale devant assister aux opérations d'autopsie.

1.2.1.2 S'agissant de la prise en charge et de l'examen des victimes, le recours à un médecin légiste est désormais bien plus systématique, même s'il est loin d'être encore généralisé

Rien n'oblige dans les textes à ce qu'une victime de dommages corporels ou psychologiques soit examinée par un légiste. Le recours à ce dernier plutôt qu'à un médecin non spécialisé en médecine légale est cependant unanimement considéré comme un plus pour la prise en charge et l'examen des victimes, pour des raisons évidentes au regard des garanties de technicité et d'homogénéité des pratiques qui sont alors offertes.

C'est pourquoi, il a été préconisé et tenté de généraliser pareille solution. Toutefois, on s'est focalisé à cette fin essentiellement sur l'organisation et le financement d'un maillage territorial d'UMJ, seules ces dernières étant censées offrir une disponibilité de services permettant de couvrir le plus gros des besoins.

La réussite de la réforme se mesure donc à la fois à la capacité à faire effectivement transiter progressivement le plus grand nombre de victimes par les UMJ créées et l'aptitude de ces dernières à s'organiser de façon efficiente.

L'appréciation des changements introduits est cependant nuancée.

⁴⁴ Pour Bordeaux, 13 % en 2011, 12 % en 2012 et 15 % sur les 8 premiers mois de 2013.

⁴⁵ Il arrive même, dans le cas de certains paiements à l'acte, que ceux-ci soient directement versés au médecin.

⁴⁶ Soit une durée de déplacement moyenne de plus de 2 heures aller-retour.

A. L'accroissement du nombre des victimes désormais prises en charge par un médecin-légiste à travers la réforme apparaît confirmé

a) En premier lieu, le nombre total des victimes examinées à des fins médico-légales, n'est pas connu exhaustivement : continuent en effet à échapper à l'appréhension statistique les multiples victimes traitées par le réseau de proximité.

L'IGSJ et l'IGAS⁴⁷ considéraient qu'en 2004 le réseau de proximité avait été sollicité à parts égales avec les établissements publics de santé (EPS) qui avaient accueilli entre 80 000 et 116 000 victimes.

Une approche plus poussée se référant au montant des actes payés à l'acte sur frais de justice ne permet pas de conforter la mesure du phénomène. Le logiciel « Fraijus⁴⁸ » recense pour le dernier exercice connu, soit pour 2010, 54 488 examens facturés. Cependant, ce nombre est présenté par le ministère de la justice lui-même comme sous-évaluant considérablement la réalité. Tout au plus peut-on, au travers d'approximations diverses, préjuger une certaine stabilité jusqu'à la réforme, autrement dit le maintien du partage par moitié dans la prise en charge des victimes entre réseau de proximité et EPS. Le croisement des données relatives aux réquisitions sur frais de justice permet d'approcher comme suit les examens de victimes avant la réforme.

Tableau n°1 : Evolution du nombre d'examens de victimes

Examens victimes	2009	2010
Données juridictions	5 423	6 090
Données OPJ	51 528	48 398
Total	56 951	54 488

Sources : données « Fraijus ».

En second lieu, et quel que soit le réseau sollicité, la part des victimes examinées par des médecins légistes attitrés n'a jamais été précédemment isolée. Il reste légitime de présumer, compte tenu de la démographie médicale, que la proportion de légistes intervenant était et reste très faible en réseau de proximité. Au sein des EPS, elle n'était de règle que dans les UMJ fonctionnant déjà avant la réforme (Paris, Bondy, Bordeaux...) et non organisée ailleurs.

b) Actuellement n'est appréhendé finement que le nombre des victimes transitant par les UMJ. En 2013, celles-ci auront accueilli au plan national près de 117 000 victimes⁴⁹.

Tableau n°2 : Evolution du nombre d'examens de victimes au sein des UMJ⁵⁰

	2011	2012	2013 ⁵¹
Au sein des UMJ intégrées au schéma *	94 441	109 703	116 946

*examens somatiques et psychiatriques.

⁴⁷ Rapport IGSJ-IGAS 2006.

⁴⁸ Logiciel statistique de suivi des frais de justice.

⁴⁹ L'UMJ de l'Hôtel-Dieu, requis à l'acte, a examiné en 2011 et 2012 : 13 442 et 13 375. Pour 2013, l'extrapolation des données du 1^{er} semestre conduit au nombre de 12 548 victimes.

⁵⁰ Sources oNML et UMJ Paris.

⁵¹ Extrapolation à partir des données du 1^{er} semestre 2013.

Toutes ces victimes auront donc été prises en charge par un médecin légiste ou mieux encore par une équipe médico-légale.

c) Mis en perspective, ce nombre de 130 000 (victimes vues en 2013 par les UMJ et par celle de Paris) correspond à un peu plus de 20 % des atteintes volontaires à l'intégrité des personnes physiques (AVIP) constatées par les services de police et les unités de gendarmerie⁵² (468 012 en 2011 ; 484 564 en 2012).

Ce rapprochement met en évidence que le nombre des victimes accueillies dans les UMJ a crû au cours de ces deux dernières années à un rythme supérieur à celui des AVIP (+ 14 % contre + 3 %⁵³).

d) Ainsi, il apparaît que :

- d'une part, sur l'ensemble des victimes qui font l'objet d'un examen médical, la moitié est dorénavant examinée par des praticiens disposant d'une compétence médico-légale. Pareille proportion n'était pas plausible antérieurement. En profitent de façon croissante vraisemblablement des personnes qui auraient été autrefois examinées non seulement par le réseau public hospitalier mais aussi par celui de proximité. Il reste cependant impossible de mesurer avec plus de précision l'importance des progrès accomplis⁵⁴ ;
- d'autre part, cette dynamique positive est appelée sans doute à s'amplifier. La réforme n'est pas encore totalement déployée. Si certaines UMJ avaient été instituées bien avant la réforme (Bondy en 1989, Créteil en 1996, Bordeaux en 1997) et si la majorité des autres UMJ prévue par le schéma a été rapidement mise en place, certaines ont malgré tout tardé à voir le jour : Poitiers en janvier 2012, Fort-de-France en septembre 2012, Fontainebleau en octobre 2012, Dijon en juin 2013. Les effets de leur création n'ont donc pas encore été comptabilisés.

L'effort est en tout cas manifeste pour utiliser au maximum ces structures au moins dans le ressort de leurs juridictions de rattachement. Personnels de police comme de gendarmerie ont été invités à les requérir en priorité. Dans près du quart des juridictions rattachées à une UMJ, cette dernière réalise 100 % des examens de victimes ; les autres juridictions estiment que l'UMJ assure entre 80 et 90 % des examens de victimes⁵⁵.

B. Lorsque la prise en charge par une UMJ est effective, les améliorations relevées sont qualitativement indéniables

L'accueil des victimes mobilise inégalement les UMJ. Dans certains cas, il représente la totalité de l'activité de ces dernières ; dans d'autres, il est partagé avec la mission d'examen de compatibilité des personnes gardées à vue. Exclusive ou non, c'est de toute façon une lourde charge. Au plan national, elle représente en nombre de personnes ayant consulté globalement un peu plus de la moitié de l'activité des UMJ.

⁵² Sources : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP).

⁵³ Les enquêtes de victimation font même apparaître une diminution significative continue des violences physiques et sexuelles hors et intra ménages depuis 2007 – sources : rapport ONDRP 2012.

⁵⁴ On ignore notamment le nombre des victimes examinées hors réquisition, par des médecins qui leur délivrent un certificat médical qu'elles produiront à la procédure.

⁵⁵ Sources : questionnaire adressé aux juridictions.

a) Pour les victimes, l'intervention de l'UMJ recèle une série d'avantages

Les victimes bénéficient d'une évaluation plus fiable de leur incapacité totale de travail (ITT), et judiciairement plus probante. Elles reçoivent un soutien complémentaire organisé : aide psychologique, intervention des services sociaux, présence au sein de l'UMJ des associations de défense des victimes.

La mission a plus particulièrement noté lors de ses déplacements les efforts significatifs développés par les UMJ pour assurer la prise en charge globale des mineurs et des personnes victimes d'agressions sexuelles. Des points d'accueil et des cabinets de consultation leur sont en effet dédiés.

b) Les médecins concernés s'expriment généralement favorablement sur cet aspect de la réforme

Une majorité de 87 % des médecins questionnés déclarent disposer de locaux adaptés aux examens de victimes ; 80 % réalisent ces examens dans des conditions matérielles satisfaisantes.

L'amplitude horaire pour la prise en charge des victimes convient à 91 % d'entre eux tandis que l'accessibilité physique des locaux est estimée correcte. La plupart du temps, les victimes peuvent également joindre directement les UMJ aux fins de consultation.

La continuité du service est assurée de façon également convenable : la totalité des UMJ propose des consultations du lundi au vendredi dont la moitié le samedi et plus d'un quart le dimanche, les jours fériés et la nuit ; une astreinte est mise en place dans les UMJ ne proposant pas de consultation dans ces créneaux. En cas d'urgence (agressions sexuelles notamment), les victimes sont examinées immédiatement.

Des efforts ont été déployés pour combler partiellement les insuffisances de maillage : à cette fin, près d'une UMJ sur trois a délocalisé des consultations dans un autre centre hospitalier.

Cet avis globalement positif sur le fonctionnement interne des UMJ est partagé par les magistrats.

Pour 95 % des juridictions auxquelles est rattachées une UMJ et qui ont répondu à l'interrogation de la mission, les UMJ sont effectivement opérationnelles tous les jours de la semaine et, si elles ne le sont la nuit, les week-ends, les jours fériés que dans 60 % des cas, pour deux tiers de ces responsables, l'amplitude horaire proposée est jugée satisfaisante.

Les examens réalisés sont considérés dans près de 95 % des cas comme répondant aux attentes formulées. Les certificats médicaux sont remis à l'autorité judiciaire dans des délais corrects pour près de trois quarts des magistrats et sont de bonne qualité.

c) Les enquêteurs expriment également des éléments importants de satisfaction

Les enquêteurs sondés, qu'ils soient de police ou de gendarmerie, soulignent à cette occasion le caractère indispensable d'un examen médical des victimes qui soit insusceptible de reproches et qui intègre leurs préoccupations professionnelles. Ils rappellent combien la qualité des actes médico-légaux pratiqués peut être déterminante dans le succès d'une enquête judiciaire. Aussi, l'économie de la réforme recueille-t-elle une adhésion assez largement partagée dès lors qu'elle augmente les cas d'intervention d'un praticien médical déjà rodé aux spécificités d'une enquête et disposant parallèlement d'une vision judiciaire.

De manière générale, la description des blessures ou des lésions d'une victime leur apparaît plus précise lorsque cet examen est effectué par un médecin légiste. Elle participe de la justesse de la qualification pénale de l'infraction. L'évaluation médico-légale de l'ITT semble souvent mieux corrélée avec les faits. Elle réduit les hypothèses d'octroi d'un certificat médical « de complaisance » fourni par les victimes et discuté ensuite. La réforme contribue à professionnaliser l'évaluation médico-légale nécessaire à l'enquête judiciaire menée.

Les enquêteurs relèvent aussi que les certificats médicaux essentiels au traitement juridique des victimes sont généralement établis avec promptitude, dans la journée et sous forme dactylographiée. Certains sites mettent aussi à disposition de façon adaptée des bureaux à leur usage propre, facilitant ainsi la rédaction des actes de procédure.

S'agissant des mineurs, des structures *ad hoc* ont souvent été mises en place au sein des établissements de soins pour permettre le traitement des procédures judiciaires dans les conditions les moins traumatisantes pour les victimes. Le taux d'utilisation de ces structures et méthodes pourrait être utilement évalué par les services qui en ont la disposition.

La mission a pu vérifier que l'accueil des victimes d'infractions sexuelles est réalisé au sein des UMJ avec une méthodologie particulière alliant l'orientation aux fins d'examen clinique, la préservation des preuves et l'accueil plus global avec notamment le recours à un psychologue financé par l'Assurance maladie ou un personnel dédié financé par une association d'aide aux victimes.

En ce qui concerne les femmes victimes de violences, elles sont dirigées voire accompagnées vers les UMJ par les enquêteurs. Cependant, certaines s'y présentent de leur seule initiative ou sur l'indication des services médicaux d'urgence. Il est alors procédé à leur examen et le personnel d'accueil intervient auprès de la victime et des services d'enquête pour que la procédure judiciaire soit initiée ou complétée.

Dans certains cas, la victime s'étant présentée sans souhaiter la mise en œuvre d'une procédure judiciaire, le certificat médical la concernant lui est remis à toutes fins utiles et une information sur le dispositif associatif adapté peut lui être donnée. Il peut arriver qu'elle exprime le désir qu'il soit conservé par l'UMJ.

C. Plusieurs points négatifs appellent encore l'attention

Six au moins de ces points, bien que d'importance inégale, méritent d'être évoqués :

a) Le dispositif n'est pas toujours très bien connu, y compris même par quelques juridictions

Une confusion autour de la notion même d'unité médico-judiciaire persiste chez certains magistrats. La structure publique classique d'urgence hospitalière vers laquelle ils orientent les victimes est parfois considérée comme une UMJ du schéma. Peut-être faut-il voir là une des explications parmi d'autres au fait que pour près de la moitié des responsables interrogés, la réforme n'a pas eu pour effet l'amélioration de la qualité des examens auxquels il est procédé.

b) L'efficacité attendue du dispositif trouve sa principale limite dans le caractère lâche du maillage institué

D'évidence, plus l'éloignement des UMJ est grand, plus le recours à ces dernières perd en attractivité ou soulève des difficultés. La montée en puissance du dispositif devrait donc assez rapidement s'épuiser, sauf extension de la pratique des consultations avancées d'UMJ en établissement hospitalier périphérique.

Dans 25 % des UMJ sondées, les praticiens hospitaliers mettent en avant le caractère dissuasif que représente pour certaines victimes l'éloignement de la structure potentielle d'accueil.

Ce constat est également commun aux fonctionnaires de la police nationale et aux militaires de la gendarmerie : les OPJ interrogés rappellent l'obligation faite aux victimes d'assurer elles-mêmes leur transport au siège des UMJ parfois très éloignées, ce qui génère des carences de présentation. Cette situation conduit à l'impossibilité de disposer rapidement d'éléments matériels pour la qualification de l'infraction. Ces difficultés sont particulièrement ressenties en zones de compétence de la gendarmerie géographiquement plus étendues.

Cette situation engendre pour les victimes des frais de transport importants. Les enquêteurs évoquent parfois le cas de personnes de condition modeste qui ne disposent pas des moyens pécuniaires suffisants ou de moyens de locomotion, et qui renoncent à se faire examiner. De fait, dans les cas les plus graves, il arrive que ces victimes soient acheminées vers les centres médicaux par les enquêteurs de la police et de la gendarmerie.

c) Des difficultés dans la prise en charge des mineurs victimes par l'UMJ

Dans le cas où un examen psychologique est requis par le parquet pour un mineur, il arrive que ce ne soit pas le psychologue de l'UMJ qui soit désigné mais un médecin expert auprès de la cour d'appel. Cette démarche est mal comprise et allonge les délais de prise en charge. A d'autres endroits, les rendez-vous pour les auditions filmées, les examens médicaux et pédo-psychologiques ne sont pas toujours donnés le même jour, ce qui occasionne de nombreux déplacements pour les victimes.

d) La prise en charge psychologique des victimes est encore insuffisamment généralisée

Lors de ses déplacements et, dans le cadre de l'exploitation des données recueillies sur le terrain, la mission a pu établir que certaines UMJ n'avaient pas appréhendé la faculté que leur donne le schéma de se doter d'un psychologue financé par l'Assurance maladie.

Après avoir interrogé les agences régionales de santé (ARS), la mission relève que seule la moitié des postes de psychologue prévus par la réforme ont été pourvus dans le cadre des ETP financés par l'Assurance maladie. Cependant, dans un certain nombre de ces UMJ, des psychologues de l'hôpital interviennent auprès des victimes. D'autres sont mandatés par des associations et donc indirectement mis à la charge de la justice.

Plus généralement, la mission s'est interrogée sur l'activité des psychologues hospitaliers. Il apparaît que ceux-ci se consacrent prioritairement à l'accueil et à l'orientation des victimes d'infraction. Ce positionnement exclut une intervention à plus long cours dans une prise en charge de la personne victime. Le problème se pose cependant de savoir si le psychologue d'UMJ peut aussi être requis pour décrire l'état psychologique d'une personne examinée par ailleurs sur le plan somatique.

e) La gestion des réquisitions n'est pas encore suffisamment harmonisée et organisée

La moitié des UMJ déclare examiner des victimes hors réquisition des services de police. Toutefois, l'envoi postérieur par télécopie de la réquisition manquante sur demande de l'UMJ est souvent observé. Cela laisse supposer que la part des victimes effectivement examinées aux UMJ sans réquisition reste sans doute modeste (entre 10 et 20 % des victimes).

Pour le reste, les services de police et les unités de gendarmerie établissent généralement des réquisitions respectant les règles de forme édictées par le CPP et précisant les missions confiées aux praticiens d'une manière claire et exhaustive⁵⁶. Les membres de la mission ont encore observé que les réquisitions émises par voie orale étaient limitées au cas d'urgence et qu'elles faisaient l'objet d'une confirmation écrite dans les délais les plus courts.

Une des difficultés majeures rencontrée au niveau national se situe dans l'attribution du numéro d'enregistrement de la procédure. Toute procédure judiciaire diligentée par un service d'enquête se voit en effet attribuer un numéro d'enregistrement à son ouverture. Or, il arrive que des réquisitions soient rédigées par des services de police sans que le numéro d'enregistrement soit encore attribué.

Au sein des UMJ, cette problématique, qui nuit au bon recensement statistique des actes, se conjugue avec l'impression d'un manque d'homogénéité et de précision des réquisitions qui peut poser des difficultés pour la conduite des examens de médecine du vivant et des prélèvements associés. Les trois quarts des UMJ déclarent faire l'objet de réquisition sans numéro d'ordre ou de procès-verbal et la moitié se plaint de la qualité des formulaires, dont la structuration peut différer sensiblement d'un endroit à l'autre et le contenu être parfois trop général ou pas assez cohérent.

⁵⁶ Ce constat résulte de l'analyse d'une centaine de réquisitions fournies par les représentants des deux forces de sécurité. Il n'exclut cependant pas l'existence de disparités en la matière.

En outre, hors schéma, une pratique déviante a été constatée sur le ressort de la préfecture de police à Paris. Les responsables des services d'enquêtes rencontrés ont signalé la remise en main propre par l'officier de police judiciaire de l'original de la réquisition établie à la victime. Il convient, en dépit de l'aval parfois accordé par les autorités judiciaires à la situation actuelle, de garantir la présence constante de l'original d'une réquisition écrite dans les mains de son auteur ou de son destinataire, la transmission électronique pouvant utilement accompagner l'urgence.

f) De mauvaises relations entre acteurs de terrain sont parfois évoquées

Si les relations entre les praticiens des UMJ et les enquêteurs sont regardées comme bonnes, voire excellentes, celles entretenues entre services d'escortes et médecins des services d'urgence des centres hospitaliers sont parfois présentées comme problématiques et vécues à tort ou à raison par les premiers sur un registre d'incompréhension voire d'hostilité. Le phénomène ne doit cependant pas être surévalué. Parmi les juridictions interrogées seules 6 % d'entre-elles font état de ce type de tensions.

1.2.2 Un échec pour les deux autres catégories majeures d'actes : les examens médicaux des personnes gardées à vue et les levées de corps

La réforme n'a posé les bases d'une organisation qui réponde aux attentes ni pour les examens médicaux de compatibilité des personnes placées en garde à vue, ni pour les levées de corps.

1.2.2.1 Les examens de compatibilité des personnes placées en garde à vue

A. Une problématique mal abordée

L'examen médical des personnes placées en garde à vue s'inscrit dans un contexte légal contraignant. Il doit concilier les impératifs de l'investigation, la disponibilité des services d'enquête et les droits reconnus aux personnes mises en cause.

L'analyse des besoins, la hiérarchisation des objectifs et la définition du cadre de contraintes n'apparaissent pas d'évidence avoir été suffisamment réfléchies. Le transfert sur les UMJ des examens de personnes placées en garde à vue devait notamment se justifier par les effets positifs attendus de la mutualisation de moyens instituée, les UMJ ayant simultanément vocation à s'occuper aussi des victimes. En réalité, loin d'organiser partout les choses de manière rationnelle, on est passé à côté de la complexité du problème à traiter.

a) Les objectifs poursuivis ont été initialement mal cernés

Au-delà de la volonté de se mettre dans la meilleure posture possible pour garantir aux personnes gardées à vue les droits qui leurs sont reconnus, la nécessité de mieux pouvoir répondre parallèlement à certains impératifs opérationnels de police n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante.

Ainsi, la recherche d'une gestion économe tant des effectifs de police et de gendarmerie que du temps consacré à l'examen médical (qui vient concurrencer celui réservé à l'enquête) n'a pas, au départ, été affichée avec suffisamment de force comme une préoccupation commune importante. Le principe de systématisation indispensable des examens au sein des locaux de garde à vue n'a pas été explicitement affirmé.

Deux facteurs ont contribué à cet état de fait :

- le ministère de l'intérieur a été à la fois sollicité trop tardivement dans la réflexion sur ce dossier et ne s'est sans doute pas non plus, par la suite, investi dans ce dernier autant que les enjeux l'auraient exigé ;
- la concomitance de la mise en œuvre du schéma de la médecine légale avec la réforme des modalités de la garde à vue a été aussi perturbatrice. Elle n'a pas permis d'intégrer autant qu'il l'eût fallu dans la première les éléments de complexité nouvelle introduits par la seconde.

b) La nature propre de cette catégorie d'actes n'a pas été assez prise en compte

Le sujet de l'examen de la personne placée en garde à vue a fait l'objet les 2 et 3 décembre 2004 d'une conférence nationale de consensus⁵⁷. Selon le guide pratique consacré à l'intervention du médecin en garde à vue⁵⁸ qui en est issu, tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins peut être requis pour procéder à l'examen d'une personne en garde à vue. Même s'il est recommandé que le praticien acquière une formation spécifique à la pratique de cet examen, on peut néanmoins s'interroger sur l'opportunité d'avoir accordé pour l'exercice de cette mission une priorité aussi marquée au recours à des unités et à des spécialistes attitrés de médecine légale. Semblable option ne s'imposait sans doute pas et, en tout cas, ni partout ni tout de suite.

En affirmant un tel choix, on s'est ainsi privé *ex ante* de mettre en comparaison au plan local des solutions alternatives le cas échéant plus adaptées. Ce faisant, on a prématurément refermé un éventail de possibilités concurrentes dont seule l'analyse aurait permis de conduire à une optimisation d'organisation.

Quant à l'obtention d'une plus-value par la mutualisation de moyens au sein des UMJ, présentée comme pouvant malgré tout motiver pareille préférence, elle reste, dans chaque cas de figure local, une hypothèse à confirmer.

c) Enfin, on est parti sur des bases physiques incertaines

Ni les grandes masses concernées ni leur évolution prévisible ni leurs caractéristiques locales et dans le temps des gardes à vues n'ont été finement analysées.

Ainsi, l'importance persistante du nombre d'examens de compatibilité à réaliser n'a pas été anticipée. On a tablé sur une diminution progressive de leur volume qui devait aller de pair avec la diminution attendue du nombre de gardes à vue. Cette évolution ne s'est pas confirmée.

⁵⁷ Conférence réalisée sous l'égide de la collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires et de la Société de médecine légale et de criminologie de France.

⁵⁸ Guide publié par la DACG en 2009.

Certes, moins de mesures de garde à vue sont ordonnées chaque année. Un pic de plus de 580 000 (hors délits routiers) avait été atteint en 2009. Depuis, une baisse significative et régulière de ce nombre a été observée. En 2012, on était descendu à près de 402 000 gardes à vue⁵⁹.

Tableau n° 3 : Evolution des mesures de garde à vue

Mesures de garde à vue	2011	2012	2013
• Police nationale	380 820	316 083	295 199
• Gendarmerie nationale	102 957	85 883	84 158
Total :	483 777	401 996	379 357

Source : ministère de l'intérieur Extrapolation à partir des données du 1er semestre 2013.

Pour autant, le nombre de personnes faisant l'objet d'un examen médical n'a pas diminué en proportion.

En 2010, dernière année avant la réforme, on décomptait à partir des paiements à l'acte recensés par « Fraijus », de l'ordre de 167 000 examens pour plus de 523 000 GAV, soit un ratio « examens / GAV » de 31 %. Ce chiffre, selon les services du ministère de la justice, serait toutefois notablement sous évalué. Les services de police interrogés indiquent, quant à eux, un ratio effectif « examens / GAV » à cette date de 34 % qui est relativement cohérent avec cette estimation.

En fait, aujourd'hui, seuls les examens pratiqués par les personnels des UMJ sont comptabilisés précisément :

Tableau n° 4 : Evolution des examens de compatibilité de garde à vue

Examens de garde à vue	2011	2012	2013
- par les UMJ du schéma	99 112	98 266	98 986
- par des personnels de l'UMJ de Paris	23 812	22 344	27 734
Total UMJ de la réforme et de Paris	122 924	120 610	126 720

Source : oNML et UMJ de Paris. Extrapolation à partir des données du 1er semestre 2013.

Fait défaut le recensement brut des consultations par le réseau de proximité. Néanmoins, les sondages effectués auprès des services de police et des unités de gendarmerie permettent de reconstituer approximativement la part prise par ce réseau. Ils mettent en évidence pour les deux dernières années un taux global d'examens médicaux sollicités supérieur à celui observé auparavant. Il s'élèverait désormais à plus de 40 % en zone police et de 36 % en zone gendarmerie.

En conséquence, le nombre d'examens médicaux réalisés en 2012 (hors Paris) est probablement proche de 142 000 dont deux tiers pris en charge par les UMJ et le tiers restant par le réseau de proximité.

De fait, le rattachement aux UMJ de l'essentiel de la mission d'examen de compatibilité médicale des personnes gardées à vue apparaît avoir été mis en œuvre dans une forme d'improvisation qui peut expliquer l'inadéquation constatée du dispositif.

⁵⁹ La baisse sur cette seule dernière année a été de l'ordre de 17 % dans la zone de compétence de la police nationale et de 16,58 % en zone gendarmerie.

B. Le réseau d'UMJ peine dans ce domaine à répondre aux attentes

Ce réseau pâtit d'une inadéquation à la fois de format et de moyens.

a) Le réseau est trop lâche

Il ne couvre pas l'ensemble du territoire et là où ce maillage est censé être opérationnel la plupart des services de police et des unités de gendarmerie déplorent qu'il ne soit pas plus dense. Cette appréciation est relayée par nombre de procureurs de la République. De fait, parmi les services de police et les unités de gendarmerie rattachées à une UMJ, seuls les commissariats ou les brigades proches de la structure bénéficient pleinement de la nouvelle organisation portée par le schéma.

L'institution occasionnelle d'antennes ou consultations avancées n'a que très partiellement amélioré cette situation. Seules 13 juridictions en bénéficient⁶⁰. En outre, à peine plus d'un quart de ces antennes serait, selon les juridictions, opérationnel tous les jours de la semaine et la proportion de celles qui le seraient la nuit et les fins de semaine est encore plus faible.

En l'absence d'UMJ, les juridictions font appel prioritairement à des praticiens libéraux, au réseau hospitalier, à des associations de médecins urgentistes. Ce dispositif est satisfaisant pour 49 % d'entre elles, en raison de la disponibilité des praticiens ainsi que de leurs compétences.

b) Les personnels ne sont pas toujours suffisants

Les centres hospitaliers se sont trouvés confrontés à de réelles difficultés de recrutement du personnel médical nécessaire, à la fois en raison de l'application précipitée de la réforme mais aussi, d'après plusieurs remontées, d'une situation démographique défavorable des médecins légistes. Toutes les UMJ ne disposent pas de l'effectif théorique adéquat pour absorber le volume d'examens qui leur est demandé de réaliser. Ce manque de moyens est confirmé par près de la moitié des responsables de juridiction questionnés.

Cette situation a pour corollaire une tendance à l'allongement des délais pour l'obtention des certificats médicaux qui est préjudiciable au bon déroulement des procédures judiciaires alors que les contraintes de temps imposées par les textes sont de plus en plus fortes.

c) Les locaux affectés ne sont pas toujours adaptés

L'inadaptation aux dangers encourus est signalée par les services de police et les unités de gendarmerie comme par les équipes médicales. Elle est relevée par 12,2 % des juridictions.

Cette situation est génératrice de risques tant pour les personnes mises en cause que pour les personnels hospitaliers et les escortes. La séparation physique des lieux d'attente et d'examen entre d'une part, les victimes et d'autre part, les gardés à vue est parfois mal conçue, voire inexistante. Des situations tendues ou délicates à gérer en milieu hospitalier peuvent en résulter. Cependant, d'après les juridictions qui ont répondu à l'interrogation sur ce sujet, très peu de difficultés relationnelles avec les services d'enquête et les médecins sont signalées (6 %).

⁶⁰ Amiens, Angers, Besançon, Boulogne-sur-Mer, Marseille, Montpellier, Nancy, Nanterre, Nice, Pontoise, Rouen, Valenciennes, Versailles.

S'agissant de l'adéquation des locaux de police ou de gendarmerie à l'examen médical en garde à vue, le rapport de politique pénale pour 2012 établi par la DACG rapporte la carence de locaux spécifiques déplorée par de nombreux procureurs de la République.

d) L'insuffisance d'équipes mobiles est particulièrement pénalisante

La capacité pour l'UMJ de projeter du personnel médical dans les commissariats ou les brigades péri-urbaines de gendarmerie au moyen d'une équipe mobile (un médecin dans un véhicule qu'il conduit) est une revendication primordiale des enquêteurs. L'organisation *in situ* des consultations médicales permet d'éviter un transfert chronophage (transports et gardes statiques) des gardés à vue à l'hôpital et une meilleure prise en compte des impératifs de sécurité. Or, 55 % des UMJ n'ont pas été dotées de telles équipes (soit 26 UMJ sur 46).

Elles se sont par conséquent, en grande partie, désinvesties de leur mission relative aux gardés à vue. La moitié d'entre elles n'assure que peu⁶¹, voire très peu⁶² d'examens de compatibilité ; l'autre moitié⁶³ affiche des niveaux d'activité inférieurs à 1300 examens par an⁶⁴.

La dotation des UMJ en équipes mobiles a fait l'objet d'arbitrages contradictoires. Ainsi, certaines UMJ, qui ne disposaient pas d'équipe mobile au titre de la circulaire de décembre 2010 et qui rencontraient des difficultés pour réaliser les examens des gardés à vue, s'en sont vues dotées à partir d'août 2011. Mais la circulaire d'avril 2012 est revenue partiellement sur cette organisation en supprimant des équipes mobiles ou en diminuant leurs moyens.

L'absence d'étude d'impact et la prise en compte modérée de l'activité déployée au cours des négociations préalables à la réforme de la médecine légale expliquent pour partie ce constat.

e) Les équipes mobiles mises en place souffrent souvent d'une organisation en décalage avec les contraintes des services de police et les unités de gendarmerie

- Un régime horaire insatisfaisant

La plupart des équipes mobiles des UMJ ne fonctionnent qu'en régime hebdomadaire aux heures ouvrables. Les manques sont donc multiples : la nuit, le samedi, dimanche et les jours fériés, périodes traditionnellement fortes en interpellations suivies de placements en garde à vue. S'agissant des examens à pratiquer la nuit, les fins de semaine ou les jours fériés : pour 56,76 % des juridictions, l'UMJ ne les assure pas dans leurs locaux ; pour 64,86 %, elle ne les assure pas non plus dans les locaux de garde à vue.

⁶¹ Pau, Brest, Creil : entre 200 et 500 examens de gardés à vue par an (chiffres oNML 2012).

⁶² Limoges, Strasbourg, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Fort-de-France, Metz, Rouen, Reims, Nice, Nancy : de 10 à 50 par an (oNML 2012).

⁶³ Pointe à pitre (733 ex GAV/an), Besançon, Évry, Orléans, Amiens, Clermont-Ferrand, Poitiers, Dijon (1000-1200 examens de gardés à vue par an), Mulhouse (1245) (chiffres oNML 2012).

⁶⁴ Toutefois, il est également signalé que certaines UMJ sans équipe mobile (Pau, Poitiers, Amiens) assurent des examens *in situ* à moyen constant.

Un tiers des UMJ dotées d'équipe mobile (soit 7 UMJ sur 20) considère que leur amplitude horaire, déterminée par le nombre d'ETP financés, n'est pas adaptée aux besoins. Tel est par exemple le cas des centres hospitaliers de Nîmes et de Perpignan. Leurs équipes mobiles, qui fonctionnent 8 heures par jour et 6 jours sur 7, ne peuvent couvrir qu'une petite partie des examens de gardés à vue leur incombant car la majorité de ces mesures survient après 18 heures⁶⁵.

- Des effectifs souvent surmenés et quantitativement sous-calibrés

Pour plus de la moitié des juridictions, les UMJ ne disposent pas de moyens de transport suffisants pour les examens de gardés à vue dans les locaux des services d'enquête.

Certaines UMJ dotées d'une équipe mobile couvrant une plage horaire maximale (disponibilité H 24), mettent en avant leur incapacité à se démultiplier comme il le faudrait pour répondre aux demandes simultanées d'examens dans plusieurs locaux de police ou de gendarmerie.

La situation à l'hôpital Jean Verdier de Bondy (19 000 examens de GAV en 2012) en est une illustration. Cet hôpital doté d'une équipe mobile H 24 a renoncé en 2013 à continuer de réaliser la totalité des examens de gardés à vue du département de Seine-Saint-Denis, faute de disposer d'une autre équipe mobile H 24. Ces gardes à vue sont désormais prises en charge par une structure privée payée sur frais de justice par le TGI de Bobigny.

Il arrive également que le personnel ne puisse pas être recruté au complet. Ainsi en est-il à Versailles : l'UMJ, malgré son statut H 24, a du mal à remplir sa mission à cause de l'étendue du département, de l'encombrement des voies de circulation et de son sous-effectif chronique.

- Des périmètres d'intervention trop étendus

Des niveaux élevés d'organisation ne constituent pas une garantie de bonne couverture lorsque les périmètres théoriques d'intervention des UMJ ont été constitués de manière trop étendue.

Cette situation est caractéristique notamment des UMJ de Garches et de Versailles dotées d'équipes mobiles H 24, mais également de Lille⁶⁶, théoriquement dotée d'une équipe mobile de niveau 2 (12H/J, 6J/7) et qui, même avec un renforcement H 24, ne pourrait absorber la totalité des demandes du ressort.

L'abondance imprévue du recours, toutes causes confondues, au réseau de proximité dans des lieux ou temps qu'on voulait voir couverts par les UMJ donne au ministère de la justice le sentiment de payer deux fois une même prestation. En effet, l'acte requis reste théoriquement inclus dans la dotation versée à une UMJ tandis que, dans la réalité, il est confié au réseau de proximité et entraîne rémunération distincte sur frais de justice.

⁶⁵ D'après la DGOS, plusieurs UMJ (Nantes, Valenciennes, Caen, Rennes) déclarent cependant assurer les examens de garde à vue H24 *in situ*, bien au delà de ce que la dotation leur permettrait de faire (entre 8 et 12h/J, 6j/7).

⁶⁶ L'UMJ de Lille estime sa capacité théorique à 5 400 examens de GAV/an alors que le besoin judiciaire sur son territoire serait de 10 000 examens de GAV /an.

C. Un appui alternatif ou complémentaire sur le réseau de proximité n'a pas pour autant été véritablement pensé ni a fortiori méthodiquement organisé

La gendarmerie nationale est principalement concernée par cet état de fait.

a) Les zones de compétence gendarmerie sont majoritairement hors périmètre d'intervention des UMJ

Le maillage territorial défini par le schéma directeur de la réforme a laissé de côté pratiquement l'ensemble des zones de compétence de la gendarmerie nationale⁶⁷. Cette situation affecte les 93 groupements de gendarmerie départementale (GGD) représentant les échelons de commandement de la gendarmerie au niveau du département :

- 55 d'entre eux ne bénéficient pas du rattachement à une UMJ. Ils doivent, aux termes de la circulaire du 25 avril 2012, recourir au réseau de proximité pour les examens des gardés à vue⁶⁸ ;
- 25 autres n'ont qu'une partie de leurs unités (en général 30 %) qui peuvent se reposer sur une UMJ dont elles sont proches, les 2/3 restant devant solliciter le réseau de proximité du fait de leur éloignement géographique ;
- le groupement de gendarmerie interdépartemental de Paris, dont la compétence s'étend sur les départements de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis, bénéficie quant à lui du rattachement à plusieurs UMJ ;
- au total, seuls 12 groupements de gendarmerie départementale dépendent d'une UMJ pour les actes de procédures judiciaires relatifs à la médecine légale du vivant. Cependant, même parmi eux, un tiers (Yvelines, Rhône, Puy-de-Dôme et Côte-d'Or) font état de difficultés liées à l'éloignement de certaines de leurs unités. Ces groupements sont donc tenus de faire appel au réseau de proximité en raison des délais de transport et de leurs conséquences sur la durée de la garde à vue.

⁶⁷ La circulaire du 27 décembre 2010 reconnaît que le maillage territorial des structures dédiées à la médecine légale – IML et UMJ - ne couvre pas toutes les juridictions et qu'il nécessite d'être complété par le réseau de proximité.

⁶⁸ Cette situation concerne également les opérations de levées de corps.

b) Le recours au réseau de proximité est nettement plus important que ce que pouvait laisser présager l'économie du schéma

Dans de nombreuses zones, le recours théoriquement complémentaire au réseau de proximité est en réalité un recours de première intention. Les enquêteurs de la gendarmerie nationale sont contraints, en l'absence d'UMJ, à s'appuyer sur les services des urgences des centres hospitaliers, sur les médecins libéraux ou des associations de médecins. Certes, cette situation n'est pas nouvelle. Toutefois, ces démarches se heurtent à des difficultés de plus en plus grandes pour trouver des praticiens dans le réseau de proximité, et ce même pendant les heures ouvrables. Ces problèmes, liés à une désertification médicale des zones rurales combinée à un manque de disponibilité des médecins libéraux, obligent la plupart du temps⁶⁹ les militaires à se déplacer dans les services d'urgence pour l'examen des personnes gardées à vue, services au sein desquels les enquêteurs déplorent ne pas recevoir un accueil qui prenne en compte leurs propres sujétions.

c) Dépendre autant des urgences hospitalières n'est pas sans inconvénients notables

Le transport et l'escorte des personnes gardées à vue vers les services hospitaliers d'urgence constituent un facteur de risque pour les militaires (agression, évasion, prise à partie par des tiers⁷⁰). C'est également une charge non négligeable qui pèse sur les unités, étant observé que les escortes s'effectuent à deux, parfois à trois pour garantir la sécurité des personnels d'accompagnement aussi bien que des personnels médicaux et qui s'exerce au détriment des autres missions de sécurité. Les escortes sur place sont en outre souvent soumises à d'importants délais d'attente étant observé que les examens de gardés à vue ne sont ni une mission de soins ni une priorité au regard des urgences médicales.

Dans la majorité des cas, les services d'urgences des centres hospitaliers ne disposent pas des structures adaptées permettant d'isoler l'accueil d'une personne gardée à vue de celui du commun des usagers. Cette situation n'est pas sans danger pour les patients et le personnel médical, d'autant que ce dernier exige quasi systématiquement le retrait des menottes.

1.2.2.2 La pratique des levées de corps, déjà critiquée par le rapport IGSJ-IGAS de 2006, ne semble avoir aucunement évolué

Lors de la découverte d'une personne décédée de mort violente ou suspecte, la levée de corps est l'examen par un médecin du corps *in situ*, autrement dit du cadavre dans son environnement. Cet acte de médecine légale est considéré comme éminemment technique et appelant connaissances et expérience. C'est pourquoi, pour y procéder, le recours à un médecin légiste est hautement recommandé.

⁶⁹ Dans près de 60 % des cas aux services d'urgences des centres hospitaliers de leur ressort selon un sondage téléphonique de 13 groupements de gendarmerie départementales représentant ¼ des 55 GGD non dotés d'une UMJ sélectionnés en fonction du volume des GAV réalisées en 2012 : 3 GGD avec moins de 300 GAV, 3 GGD avec un nombre de garde à vue compris entre 301 et 500, 3 GGD avec un volume de GAV de 501 à 700, 4 GGD avec plus de 701 GAV.

⁷⁰ Exemple rapporté par le groupement de GD de Seine-Maritime dans le cas d'une escorte prise à partie par les membres de la famille d'une personne en garde à vue.

Cet examen initial est fréquemment déterminant. Il permet, dès le début des investigations, de prendre en compte les paramètres initiaux de la mort (température, rigidité, position, vêtue, traces apparentes...). Il fournit aux responsables de l'enquête des éléments de contexte qui peuvent être primordiaux pour la suite de l'enquête et les décisions à prendre. Dans la moitié des cas, cet examen suffit, par exemple, pour écarter l'intervention d'un tiers et déterminer les causes du décès. Il permet alors d'éliminer un obstacle médico-légal à l'inhumation et, partant, d'éviter le recours à une autopsie.

La levée de corps s'avère donc précieuse même si, à Paris notamment, pour des raisons tenant à l'organisation et à la tradition, elle ne fait pas partie des usages médico-judiciaires⁷¹.

La mise en œuvre de la levée de corps avait déjà fait l'objet d'une analyse critique de la part de l'IGSJ et de l'IGAS. La situation est inchangée⁷².

A. Donner ne serait-ce qu'un ordre de grandeur du nombre effectif de levées de corps annuelles réalisées s'avère délicat

La méconnaissance quantitative de la réalité est patente. Le nombre de 12 000 levées de corps était avancé par le rapport de l'IGSJ et de l'IGAS en 2006 sur la base d'informations issues des paiements à l'acte facturés. Cependant, ce type de recensement a toujours été présenté comme incomplet ; ses résultats ne sont pas cohérents avec d'autres sources et le décompte des levées de corps n'est, en tout état de cause, pas consolidé depuis 2010.

Les données fiables dont on dispose actuellement sont sommaires. Seules sont connues précisément pour 2012 :

- d'une part, les levées de corps effectuées par des légistes dépendants d'IML (2 919) ou d'UMJ (1 490) ;
- d'autre part, les levées de corps recensées cette même année par les gendarmes au sein de leurs zones de compétence, soit 7 859 levées de corps⁷³.

B. La professionnalisation plus grande des pratiques que souhaitait introduire la réforme ne paraît pas avoir été améliorée

On ne sait pas quelle est la part prise par les médecins légistes parmi les médecins intervenant dans les levées de corps. Mais plusieurs éléments laissent penser qu'elle est restée limitée.

⁷¹ Lors des entretiens qu'elle a eu avec les responsables de l'IML de la préfecture de police, la mission a pu constater une absence totale de levées de corps à la fois justifiée pour des raisons matérielles (effectifs IML trop restreint au regard de l'activité, difficulté de trouver un médecin pour constater les décès) et quasiment érigée en principe. Selon l'un des praticiens de l'IML, « en thanatologie, on ne trouve que ce qu'on cherche, et on ne sait qu'une autopsie était inutile qu'*a posteriori* »....). Il convient de nuancer cette position en précisant que l'absence de levées de corps sur le périmètre de l'IML n'entraîne pas *de facto* une autopsie puisque un examen externe de corps est préalablement et systématiquement effectué. Ce n'est qu'en cas de découverte d'éléments suspects qu'une autopsie est réalisée après un échange avec les autorités judiciaires.

⁷² Les inspections déploraient toutefois en 2006, le caractère très insatisfaisant, de la situation. Les autorités et services d'enquêtes affichaient l'incapacité de diligenter sur place un praticien aux compétences éprouvées chaque fois qu'il conviendrait et dans des conditions, notamment de délais, qui soient acceptables. Or, la réforme ne semble pas avoir apporté d'améliorations à ce sujet.

⁷³ Volume qui agrège les levées de corps effectuées par les IML et UMJ, ainsi que celles opérées par les médecins du réseau de proximité.

Certains IML ont bien intégré que les levées de corps faisaient partie de leur mission : dans un quart des juridictions interrogées les instituts assurent l'exclusivité de cette catégorie d'actes. Mais pour près de 45 % des juridictions, les IML n'assurent pas de levées de corps. De fait, la proportion de ces dernières qui sont prises en charge au plan national par les légistes soit des IML soit des UMJ ne dépasse apparemment pas 20 %⁷⁴.

Le réseau de proximité est donc requis pour tout le reste. Néanmoins, il est notoire que la densité de légistes qui y exercent, déjà faible, n'a pas été renforcée par un effort tangible récent de formation et de recrutement. Par ailleurs, le fait de ne plus recourir désormais à eux pour les autopsies⁷⁵ et la non proportionnalité de la rémunération de l'acte (57,50 €) au regard du temps passé ont, de plus, contribué à les démobiliser.

C. Une multiplicité de difficultés rencontrées sur le terrain continue à être exprimée

Les problèmes auxquels la gendarmerie est confrontée sont plus aigus que ceux auxquels la police doit faire face sachant que la première est entièrement dépendante du réseau de proximité dont les capacités à répondre ponctuellement aux attentes sont plus limitées.

a) En juridiction

Pour 61 % des réponses, les praticiens du réseau de proximité sont les mêmes que ceux qui intervenaient avant la mise en place de la réforme. Cependant, ces médecins requis pour pratiquer les levées de corps sont considérés comme insuffisamment disponibles à 52,2 %.

L'impossibilité de procéder à une levée de corps entraîne très majoritairement le transport du corps vers l'IML, pour un examen du corps isolé et/ou pour une autopsie. Majoritairement les juridictions disent leur attachement à cet acte de médecine légale et expriment parfois le désir d'aménagement géographique du périmètre des IML pour le réaliser.

b) En zone police

On observe une diminution de 11 % des levées de corps en zone de compétence police entre 2009 et 2012⁷⁶. Parmi les raisons invoquées figure l'indisponibilité en temps et en personnels des légistes et le maillage des IML.

Les fonctionnaires de police interrogés regrettent de ne pas pouvoir toujours s'appuyer sur des médecins légistes. Les médecins requis se contentent trop fréquemment, faute de compétence et de l'assurance qui l'accompagne, d'émettre un obstacle médico-légal, dont la première conséquence est le transport du corps vers un IML en vue de son examen ou de son autopsie. L'absence de médecin légiste sur les lieux de découverte de corps rend par ailleurs difficile la préservation des indices par les techniciens des services locaux de police technique.

⁷⁴ Cette proportion apparaît confirmée par les résultats du questionnaire d'enquête adressé aux juridictions : 66 % des juridictions qui ont répondu au questionnaire adressé par l'IGSJ déclarent faire appel pour les examens de corps à des médecins du réseau de proximité qui satisfont 82,4 % d'entre elles.

⁷⁵ 87% les praticiens requis pour la levée de corps ne sont pas attirés aux opérations autopsiques. Sources: questionnaire d'enquête IGJSJ aux juridictions.

⁷⁶ Exploitation des questionnaires adressés aux DDSP.

c) En zone gendarmerie

De semblables difficultés sont rencontrées mais de façon plus systématique et plus exacerbée. Les gendarmes ont à faire face de façon identique à la disponibilité incomplète des médecins légistes des IML/UMJ ainsi que du réseau de proximité.

Plus souvent que la police, ils sont ainsi confrontés à deux éventualités.

Quand le recours à des non légistes est encore possible, il conduit souvent à l'expression d'un obstacle médico-légal entraînant *de facto* une autopsie. Il n'est pas rare dès lors, que certains magistrats du parquet demandent le déplacement et la présence de militaires techniciens en identification criminelle (TIC) pour combler le manque d'informations qualifiées. Or, les militaires sollicités ne se considèrent pas comme légitimes pour accomplir des actes relevant de la médecine légale.

Quand aucun médecin ne se déplace, les corps sont transportés dans un IML ou dans une UMJ aux fins d'examen externe, les enquêteurs perdant ainsi une première source d'information.

Dans certains lieux, des réquisitions d'autopsie quasi systématiques, soit en l'absence d'obstacle médico-légal déclaré soit à la suite de levées de corps, ont entraîné le désengagement de certains médecins refusant de se déplacer.

Ces situations entraînent pour les enquêteurs des charges supplémentaires pénalisantes en temps d'attente sur place et en déplacements, sans oublier le transport coûteux des corps.

1.2.3 Des difficultés transversales persistantes

1.2.3.1 Un vivier de médecins légistes négligé et insuffisamment exploité

A. Une situation démographique en tension

Du fait de l'existence de plusieurs types de cursus et de titres universitaires, il est difficile de recenser le nombre des médecins légistes en activité.

Un médecin exerçant la médecine légale peut être compétent sur le plan technique sans être pour autant inscrit comme tel au conseil de l'Ordre de médecins.

S'agissant de la formation des médecins légistes, le certificat d'études spécialisées en médecine légale (CES) a été le premier diplôme à consacrer la compétence. Celle-ci pouvait aussi être reconnue par l'Ordre des médecins. Depuis 2004, cette compétence n'est plus délivrée. Pour se former à la médecine légale, les médecins peuvent passer un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en « médecine légale et expertises médicales » dans le prolongement de leur internat sanctionné par un diplôme d'études spécialisées (DES).

Par ailleurs, tout docteur en médecine peut préparer la capacité en « pratiques médico-judiciaires », diplôme national mis en place en 2000 pour compléter ce dispositif de formation spécialisée.

En 2013, le conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) recense 828 médecins légistes en activité régulière (1,3 pour 100 000 habitants) dont 412 titulaires de la compétence, 155 du DESC et 261 de la capacité. Le nombre total de médecins exerçant la médecine légale est nécessairement plus important dans la mesure où ces estimations ne prennent pas en compte les médecins légistes non déclarés à l'Ordre ou ceux qui pratiquent la médecine légale avec d'autres diplômes (type DU) ou sans diplôme de médecine légale reconnu, notamment pour les examens de GAV mais parfois aussi pour les levées de corps.

Tableau n° 5 : nombre des médecins légistes reconnus par le CNOM en 2013

Médecins dont l'exercice est répertorié en tant que qualification à l'Ordre national des médecins en 2013	Effectifs en activité par type de diplôme	Part du nombre total de médecins légistes
Médecins compétents (CES)	412	50%
Médecin ayant une spécialité complémentaire (DESC)	155	18,5%
Médecins capacitaires	261	31,5%
TOTAL des Médecins légistes reconnu par l'Ordre	828	

Sources : tableau élaboré à partir des données du conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

De 2008 à 2013, on observe une baisse globale de 12 % du nombre des légistes issus du CES et du DESC (- 75 médecins)⁷⁷. Cette baisse, qui devrait se poursuivre dans les années à venir (-10 % soit -50 médecins d'ici 2018) semble à peine compensée par le flux des nouveaux capacitaires en activité (une vingtaine par an)⁷⁸.

Tableau n 6 : évolutions observées et attendues de médecins légistes reconnus par le CNOM

	Evolutions observées de 2008 à 2013	Evolutions attendues de 2013 à 2018
Flux des légistes CES	- 20 par an	-15 par an
Flux des légistes DESC	+ 5 par an	+ 5 par an
Flux des légistes capacitaires	De + 15 à + 20 par an	De + 15 à + 20 par an
Somme des flux médecins légistes	De 0 à 5 par an	De 5 à 10 par an

Source : tableau élaboré à partir des données du conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

⁷⁷ La baisse du nombre de légistes issus du CES (-100) étant plus importante que la hausse du nombre de légistes issus du DESC (+ 25) sur la période 2008-2013.

⁷⁸ Contrairement aux DESC et aux CES, les flux de capacitaires ne sont pas estimés par l'Ordre. Dans l'hypothèse d'une quinzaine de centres universitaires formant en moyenne entre 2 et 3 capacitaires par an, il pourrait y avoir entre 30 et 45 nouveaux capacitaires de plus par an. Si la moitié exerçait la médecine légale de manière régulière (praticiens généralement inscrits à l'Ordre, avec exercice plus ou moins plein de la médecine légale), cela pourrait représenter une petite vingtaine de capacitaires en activité de plus par an. On retrouve ce chiffre à partir du total de capacitaires inscrits 13 ans après la création de la capacité (260 = 20x13 ans). Cette projection ne tient pas compte des cessations d'activité.

En l'absence de données exhaustives concernant les besoins en médecine légale sur le territoire national, il est difficile de fixer le nombre de légistes dont il faudrait pouvoir idéalement disposer. Mais, entre les difficultés rencontrées par certaines structures dédiées pour recruter du personnel formé et celles, constatées chaque jour par les OPJ, pour requérir des médecins ayant une compétence en médecine légale hors des périmètres des IML/UMJ, on peut émettre l'hypothèse que le nombre de médecins légistes en activité ne suffit pas à couvrir les besoins. Cette insuffisance quantitative se double d'une mauvaise répartition de ceux-ci sur le territoire.

B La difficile mobilisation de la ressource en médecine légale

L'analyse des données disponibles concernant l'évolution des effectifs de médecins ayant une compétence reconnue en médecine légale laisse donc augurer une situation démographique tendue. Ce constat est aggravé par le fait qu'il semble aujourd'hui plus difficile, en raison d'un manque de disponibilité et/ou d'appétence, de requérir des médecins libéraux pour les examens de compatibilité des personnes gardées à vue.

a) Un défaut d'organisation

- La faible implication des agences régionales de santé

Pour diverses raisons et malgré les préconisations du rapport IGSJ-IGAS de 2006, les ARS sont peu ou pas impliquées dans la réforme de la médecine légale. Or, elles devraient constituer une interface de même niveau que les cours d'appel au sein des futurs comités de pilotage locaux proposés dans les recommandations de la mission. Elles devraient aussi venir en appui des établissements de santé pour le recrutement des ETP de psychologues au sein des UMJ. Elles pourraient enfin apporter leur contribution au dialogue de gestion entre établissements de santé et TGI et pour la structuration opérationnelle du réseau de proximité.

A cet égard, l'engagement de l'ARS de La Réunion⁷⁹ pour accompagner la bonne mise en place de la réforme au sein des centres hospitaliers ou celui du Nord-Pas-de-Calais pour identifier les acteurs et organiser, en lien avec le TGI, le fonctionnement du réseau de proximité, méritent d'être cités⁸⁰.

- Les difficultés des procureurs de la République face à l'organisation de permanences de médecine légale

Quand il n'est pas possible de recourir à une UMJ pour les examens en garde à vue, ceux-ci sont confiés à un médecin du réseau de proximité. Or, les OPJ ont parfois tendance à s'adresser au médecin de garde dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires. Cette démarche n'est pas sans poser problème car l'examen de garde à vue ne procède pas d'une nécessité thérapeutique mais de l'exercice d'un droit. L'intervention d'un médecin auprès d'une personne gardée à vue n'entre pas dans le champ de la permanence des soins, dont l'organisation est déjà rendue difficile par les tensions démographiques rencontrées localement.

Devant ces difficultés, le procureur de la République ne dispose pas des compétences nécessaires pour organiser des permanences de médecine légale. Cependant, certains parquets sont déjà impliqués dans des démarches locales de concertation avec les représentants du monde de la santé et les forces de sécurité.

⁷⁹ Les ARS de Guyane et de Martinique, de Bretagne et du Centre se sont aussi signalées à la mission pour manifester leur intérêt quant aux suites qui seraient données.

⁸⁰ Un exemple de mobilisation dans le Nord-Pas-de-Calais ; annexe n° 7.

b) Les obstacles aux nouveaux recrutements

- Les acquis de l'expérience commencent seulement à être validés

Face au manque de spécialistes en thanatologie, des décrets pris en 2012 prévoient que parallèlement à la filière du DES, des équivalents du DESC puissent être obtenus à travers la validation des acquis de l'expérience par voie universitaire ou par voie ordinaire. L'objectif est de recréer des compétences universitaires (équivalent DESC) reconnues par l'Ordre à des vacataires attachés à un service de médecine légale pour fidéliser les médecins capables de réaliser des autopsies et/ou des levées de corps. Ces démarches sont encore balbutiantes.

- Le manque de reconnaissance des médecins du réseau de proximité

Dans le réseau de proximité, il n'est pas toujours aisé de trouver des médecins pour assurer des examens de compatibilité avec la garde à vue, actes qui ne nécessitent pas de qualification technique poussée mais mobilisent du temps sans être toujours considérés comme très intéressants. *A fortiori*, il est encore plus difficile de trouver des médecins légistes pour réaliser des actes de thanatologie hors des zones d'influence des IML et des UMJ. Même pour les médecins qui y sont formés, les levées de corps sont jugées peu valorisantes sur le plan intellectuel, dès lors qu'elles sont dissociées de l'autopsie. Financièrement, elles ne sont pas considérées comme assez rémunératrices au regard du temps mobilisé. De manière plus générale, les médecins intervenant dans le réseau de proximité ont le sentiment que leur tâche n'est pas suffisamment reconnue.

Pour pallier cette absence de reconnaissance, certains acteurs évoquent la création d'un statut d'auxiliaire de justice.

- Le dispositif de formation en médecine légale est insuffisamment exploité

S'agissant du cursus des étudiants en médecine, le temps consacré à la médecine légale peut paraître faible (quelques heures en 5^{ème} année), étant observé que tout médecin en activité est susceptible, outre d'établir des certificats de décès, d'être requis pour réaliser des examens de victimes (agressions, violences sexuelles, maltraitements à enfants). L'inscription de la médecine légale au programme de l'examen dit « classant national » d'accès à l'internat permet toutefois de penser qu'un corpus minimal de connaissances en la matière est détenu par les futurs médecins. Selon les facultés et l'enracinement universitaire de la spécialité, la médecine légale peut faire l'objet d'un enseignement optionnel complémentaire.

En ce qui concerne la formation médicale continue destinée aux médecins susceptibles d'intervenir dans le réseau de proximité, la situation est plus contrastée. Les centres-pivots assurent inégalement leur rôle de formation et d'animation. Parmi ces derniers, certains animent de manière très régulière des formations médicales continues, avec le souci de toucher le plus grand nombre de personnes. A raison de quelques interventions par an, ils peuvent former plus d'une centaine de médecins. D'autres centres semblent nettement moins impliqués.

1.2.3.2 L'offre des IML et des UMJ n'est pas toujours ajustée aux besoins

De façon générale, l'offre des structures dédiées a été souvent inadaptée à cause du manque de connaissance précise en amont de la demande judiciaire et des contraintes locales.

Pour ce qui concerne les IML, au-delà de leur localisation géographique, il y a lieu de s'interroger sur la pertinence de leur organisation pour constituer une offre de service adaptée. A cet égard, il faut rappeler que leur existence et, par suite, leur niveau minimal d'organisation, retenait un seuil de 100 autopsies par an. Un second niveau a été fixé à 300 autopsies par an. Ces seuils sont insuffisants, notamment pour prendre en compte des IML à très haute activité.

Par ailleurs, l'offre de médecine légale consistant à adosser une UMJ à tout IML mérite une évaluation particulière. En effet, si la présence d'un IML dans une région peut s'imposer afin d'éviter un trop grand éloignement des lieux d'enquête, elle ne saurait faire présumer l'existence d'un besoin substantiel de médecine légale du vivant. Conçue comme un mode d'ajustement, la mutualisation des deux structures ne corrige pas la distorsion éventuelle entre offre et demande de médecine légale.

Enfin, la seule mesure du personnel affecté en équivalent temps plein (ETP) comme critère de dimensionnement des IML et UMJ, a été empreinte de rigidité, ce dans le contexte d'une démarche globale et centralisée et en l'absence de données précises d'activité par type d'actes et par juridiction. Une organisation ajustée à une demande identifiée reste à réaliser.

Il est clair que la recherche d'adéquation entre l'offre de prestations des structures dédiées et la demande en médecine légale est aussi délicate que nécessaire. Pour y parvenir, une démarche progressive passant, par exemple, par des sites expérimentaux, serait opportune.

1.2.3.3 La gestion toujours déficiente des prélèvements et scellés

La recherche de la preuve s'appuie sur des techniques scientifiques de plus en plus poussées et entraîne une augmentation significative des prélèvements aux fins d'investigations complémentaires⁸¹.

Il a été signalé à la mission qu'une part importante des prélèvements prescrits ou jugés nécessaires par les praticiens au vu des prescriptions parfois générales portées sur les réquisitions, ne faisait pas l'objet d'une mise sous scellé judiciaire par les OPJ⁸², seuls habilités à ce jour à réaliser cette opération.

Ainsi, un tiers des IML et deux tiers des UMJ déclarent la présence dans leurs locaux de prélèvements à visée médico-légale non scellés. Selon les structures, ces derniers pourraient représenter une part non négligeable de l'ensemble des prélèvements effectués.

Ces prélèvements constituent toutefois une charge matérielle lourde pour les établissements de santé qui assument leur conservation et doivent gérer celle-ci en relation avec l'autorité judiciaire. Certains, prescrits, ou jugés nécessaires par les praticiens au vu de réquisitions parfois imprécises, ne font pas l'objet d'une mise sous scellé. L'absence d'identification de ces prélèvements fragilise la procédure qui viendrait à les utiliser et obère la gestion du gardiennage et de la destruction.

⁸¹ Ces prélèvements sont à distinguer de ceux à visée sanitaire (ex : les prélèvements pour rechercher les infections sexuellement transmissibles dans les agressions sexuelles).

⁸² Selon la DGOS, seule une moyenne de 5 % des prélèvements conservés dans les établissements de santé le sont sous scellés (cf lettre DGOS à DACG du 22 novembre 2011).

Sur le plan de la sécurité, un peu moins d'un tiers des IML et un tiers des UMJ déclarent ne pas disposer de moyens suffisants pour assurer la conservation et la sécurisation des scellés exposés à des risques de vol, de disparition et de déperissement qui peuvent engager la responsabilité du directeur de l'établissement.

Sur un plan financier, les frais inhérents à la conservation et à la destruction de ces scellés sont facturables spécifiquement et exclus, en l'état, des actes couverts par les dotations forfaitaires. Or, dans les faits, le gardiennage des scellés dans deux tiers des cas, et leur destruction dans plus de trois quarts des cas, ne sont pas facturés. Les établissements de santé ont donc entrepris de les recenser en vue de leur facturation.

Outre que les conditions matérielles et financières de ces opérations doivent être clarifiées et améliorées, il apparaît que des aménagements normatifs sont nécessaires pour simplifier le traitement des prélèvements en tant que pièces à conviction. Cette nécessité partagée par tous les praticiens judiciaires et médico-légaux, rejoint pour partie le vœu émis sur ce thème par la Cour de cassation dans son rapport annuel 2007.

La gestion de ces scellés particuliers doit être intégrée aux diligences requises des juridictions et rappelées notamment par le ministère de la justice dans sa circulaire du 13 décembre 2011⁸³.

1.2.3.4 Une mauvaise compréhension de la réforme

L'exploitation des questionnaires adressés aux tribunaux de grande instance et les déplacements sur sites ont révélé des situations de méconnaissance ou de confusion sur le périmètre de la réforme. C'est ainsi qu'il a été constaté que :

- des levées et des examens de corps ont été facturés aux juridictions par des IML et payés alors que ces actes n'ont plus à être facturés depuis la circulaire du 25 avril 2012 ;
- des autopsies ont été facturées quand la dualité de praticiens avait été souhaitée par le parquet, la juridiction ayant alors payé à l'IML le coût d'une autopsie au tarif CPP ;
- des examens médicaux d'étrangers en retenue administrative ont été facturés par certaines UMJ. S'il est vrai qu'à la suite de la loi n° 2012-1560 du 31 décembre 2012 relative à la retenue pour vérification du droit au séjour, le nouveau cadre juridique a pu donner lieu à des questionnements sur la prise en charge de l'examen médical, le décret du 26 août 2013 a mis fin à toute ambiguïté en précisant qu'en pareil cas les frais de visite médicale étaient des frais de justice ; dès lors, la situation est inchangée par rapport au régime antérieur dans le cadre de la garde à vue et les UMJ n'ont pas à facturer cet examen ;
- des examens liés à la route sont confiés au réseau de proximité alors qu'ils devraient être réalisés par les UMJ au titre de la dotation perçue.

⁸³ Circulaire DACG-DSJ n° JUSB1134112C.

On rappellera à cet égard que la circulaire du 25 avril 2012 a inclus dans la liste des actes payés au forfait aux établissements de santé « les examens cliniques et les prélèvements biologiques exécutés sur réquisitions judiciaires en application des articles L 234-4⁸⁴ et L 235-2⁸⁵ (4^{ème} alinéa) du code de la route ».

Toutefois, les chiffres de l'oNML font apparaître dans ce domaine une faible activité et plusieurs UMJ présentent en la matière une activité nulle ou quasi nulle, ce qui permet de déduire que les actes en question sont réalisés hors schéma et payés à l'acte.

En marge de ces constats qui conduisent à des dépenses indues pour le ministère de la justice, il ressort de l'analyse des données de l'oNML que certaines UMJ pratiquent, sur le compte de l'enveloppe forfaitaire, des examens d'âge osseux isolés, des examens « psy de victimes »(sic) et des examens « psy de gardés à vue » (sic) alors que ces actes ne sont pas distingués dans les circulaires de la réforme.

Comme indiqué par la circulaire du 27 décembre 2010, l'appel à un spécialiste en interne s'intègre dans la prestation couverte par le forfait. S'agissant de l'examen de compatibilité avec la mesure de garde à vue, requis d'une UMJ, il peut appeler l'intervention d'un spécialiste en psychiatrie. Dans cette perspective des pratiques consistant à requérir systématiquement des psychiatres libéraux et à les rémunérer à l'acte ne paraissent pas conformes.

S'agissant des examens psychologique des victimes, la mission considère que priorité doit être donnée à l'accueil et à l'orientation mais que, au regard de sa charge de travail effective, le psychologue peut être destinataire via la direction de l'établissement, d'une réquisition qui s'inscrit dès lors dans le forfait. Il est en tout cas exclu que ledit psychologue, recruté par l'établissement, agisse à titre personnel sur une réquisition imputée financièrement en frais de justice.

La méconnaissance de la réforme s'est également vérifiée auprès de fonctionnaires des juridictions.

Ainsi, l'étude des extraits de comptes « Chorus formulaire⁸⁶ » communiqués par la DSJ, a révélé, pour l'année 2012, un nombre anormalement élevé de prescriptions d'autopsies. Ce constat, qui aurait dû ne concerner que les quelques juridictions hors schéma qui continuent à prescrire des autopsies, visait la plupart des ressorts de cours d'appel. Les juridictions interrogées ont indiqué qu'il s'agissait d'erreurs de saisies résultant de la confusion entre les actes complémentaires à l'autopsie et l'autopsie elle-même. Selon la mission, il est aussi possible que les fonctionnaires des tribunaux de grande instance aient continué à enregistrer à tort des autopsies dans « Chorus formulaire », faute de n'avoir pas eu d'instructions claires à ce sujet.

⁸⁴ L234-4 du code de la route : « Lorsque les épreuves de dépistage permettent de présumer l'existence d'un état alcoolique... les officiers ou agents de police judiciaire font procéder aux vérifications destinées à établir la preuve de l'état alcoolique. Les vérifications destinées à établir la preuve de l'état alcoolique sont faites soit au moyen d'analyses et examens médicaux, cliniques et biologiques, soit au moyen d'un appareil permettant de déterminer la concentration d'alcool par l'analyse de l'air expiré à la condition que cet appareil soit conforme à un type homologué ».

⁸⁵ L235-2 du code de la route : « ...Si les épreuves de dépistage se révèlent positives ou lorsque le conducteur refuse ou est dans l'impossibilité de les subir, les officiers ou agents de police judiciaire font procéder à des vérifications consistant en des analyses ou examens médicaux, cliniques et biologiques, en vue d'établir si la personne conduisait en ayant fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants... ».

⁸⁶ Logiciel comptable destiné à améliorer le pilotage de la dépense des frais de justice en vérifiant que le montant total des prescriptions saisies ne dépasse pas le montant de l'engagement juridique global dans « Chorus cœur ».

L'ensemble de ces dysfonctionnements s'explique sans doute par un déficit de communication et d'instructions. En imposant la nouvelle organisation de manière précipitée, à quelques jours de la fin de l'année 2010, par simple voie de circulaire, la réforme a privé les acteurs locaux des conditions nécessaires à une bonne assimilation et a donné libre cours à des pratiques parfois contraires à son esprit.

1.3 Une gestion organisationnelle et financière du dispositif non maîtrisée

1.3.1 Une appréhension rigoureuse d'ensemble aujourd'hui impossible

1.3.1.1 Les remontées d'information des différentes sources ministérielles ne sont ni suffisantes, ni organisées, ni articulées

La circulaire interministérielle et les circulaires d'application prises par chacun des ministères, à l'exception du ministère de la santé, prévoyaient, au niveau local, la mise en œuvre d'un recensement d'éléments d'activité nécessaires à l'évaluation de la réforme. Or, il s'avère que ces dispositions n'ont été que peu suivies d'effet.

A. Les instruments imparfaits du ministère de la justice

La mission relève l'impossibilité pour le ministère de la justice, payeur des dépenses de médecine légale, de tracer celles-ci de manière efficace. Certes, ces dépenses ne sont pas le fruit d'une programmation. Elles ont un caractère largement conjectural et sont à la fois fonction de la survenance d'un événement imprévisible dans sa spécificité et de la décision indépendante d'un magistrat ou d'un OPJ agissant sous son autorité. Elles sont à forte volumétrie mais majoritairement de faible montant.

La plupart des frais de justice de médecine légale payés par les juridictions ne sont pas soumis au régime de l'engagement juridique préalable. Au niveau des juridictions, lorsque cet engagement est pris en compte, il l'est à partir d'outils nationaux utilisés au niveau local ne permettant qu'une exploitation statistique globalisée. Quant aux paiements, ces derniers sont enregistrés et effectués, soit par les juridictions, soit par les pôles Chorus⁸⁷, soit directement par la Chancellerie, en fonction des montants ou des prestations. Il en ressort plusieurs visions parcellaires compte tenu de ces différents circuits de paiement.

Les actes réalisés dans le cadre du schéma et payés sur les dotations ne font l'objet d'aucun recensement, à quelque niveau que ce soit, au sein du ministère de la justice.

En l'état de cette architecture, la mission n'a pu obtenir que certaines masses non exhaustives de volume d'activité (ex : prescriptions d'examens de gardés à vue, d'examens de victimes, et seulement ceux payés à l'acte). D'autres indicateurs ne sont plus pris en compte (ex : nombre de prescriptions d'autopsies) ; certaines saisies sont inexactes (ex : confusion entre autopsies et actes complémentaires de celles-ci).

Les volumes financiers sont également globalisés. Le compte général d'imputation ne permet pas une analyse fine de la dépense en médecine légale car il recouvre tant les honoraires des médecins et des experts médicaux que les analyses de toutes natures y compris génétiques, voire les prestations vétérinaires.

⁸⁷ Ce sont des services prestataires Chorus pour le compte de plusieurs services prescripteurs. Il existe actuellement, au plan national, 24 pôles Chorus.

On ne peut connaître précisément le nombre, la nature et le coût des actes de la médecine légale payés en frais de justice. Leur traçabilité est largement imparfaite.

B. La mesure de l'activité de médecine légale par le ministère de la santé

L'oNML est aujourd'hui le seul instrument spécifique de mesure de l'activité de médecine légale mis en œuvre après la réforme. Il ne concerne que l'activité des structures dédiées IML-UMJ. Il s'est développé rapidement, de manière autonome. Il est renseigné avec le meilleur soin par les personnels des établissements de santé. Son mode de fonctionnement, totalement décentralisé dans le recueil des données et centralisé dans leur utilisation, n'a pas fait l'objet d'un processus de contrôle interne.

L'observatoire a développé un certain nombre d'instruments d'analyse et de synthèse qui sont relativement sous-utilisés par les acteurs locaux. Il est souhaitable que l'accès à l'oNML soit encouragé en direction des autorités judiciaires, de manière à leur permettre d'intégrer ces données dans leur réflexion professionnelle.

C. Le suivi des réquisitions judiciaires au sein du ministère de l'intérieur

a) La police nationale

La police nationale avait envisagé dans le cadre de l'évolution de son logiciel de rédaction de procédure (LRPPN) l'intégration d'une application permettant de comptabiliser et de centraliser les réquisitions judiciaires établies par ses personnels, notamment celles se rapportant à la médecine légale.

Or, en 2010, au moment de la mise en place de la réforme et à la demande de la justice, des directives ont été données aux différentes directions actives de la police nationale d'élaborer un tableau récapitulatif mensuel des réquisitions, la transmission de ces données étant assurée par voie télématique à la DSJ du ministère de la justice. La démarche d'intégration des réquisitions judiciaires dans le LRPPN initialement retenue a donc été abandonnée, des difficultés d'ordre technique génératrices de dépenses importantes étant de surcroît apparues.

b) La gendarmerie nationale

Jusqu'au 31 décembre 2010, les unités de gendarmerie participaient au suivi des frais de justice en renseignant l'application « Fraijus » parallèlement à la rédaction des procédures par les enquêteurs.

Depuis le 1^{er} janvier 2011⁸⁸, un nouveau mode de suivi des frais de justice a été mis en place par la gendarmerie nationale en liaison avec le ministère de la justice. Ce nouveau système repose sur les modèles de réquisition contenus dans le logiciel de rédaction de procédure de la gendarmerie nationale (LRPGN)⁸⁹ utilisé par les militaires.

⁸⁸ Note-express n° 139355 GEND/OE/SDPJ/PJ du 31 décembre 2010 sur le déploiement de l'application Chorus et le suivi des frais de justice.

⁸⁹ La mise en œuvre de ce logiciel qui permet des traitements automatisés de données à caractère personnel est autorisée par le décret n° 2011-111 du 27 janvier 2011 en application de 8 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Certains champs de ces modèles de réquisition sont balisés afin de permettre, une fois la réquisition établie et enregistrée par l'enquêteur, une transmission de données vers le service des technologies et des systèmes d'information de la sécurité intérieure (ST(SI)²) du ministère. Une information hebdomadaire du ministère de la justice est réalisée par le (ST(SI)²) avec la transmission d'un fichier dématérialisé.

La mise en œuvre de cette nouvelle procédure s'est accompagnée d'un rappel par la direction générale de la gendarmerie nationale de la nécessité de son utilisation systématique par toutes les unités afin de garantir la fiabilité des informations transmises. Celles-ci déterminent les allocations budgétaires du ministère de la justice pour l'année suivante. Pour autant, la montée en puissance de cet outil a été progressive pour atteindre en 2012 la transmission au ministère de la justice de 56 % des réquisitions prises par les OPJ.

Afin d'en améliorer le fonctionnement, une réflexion sur les indications budgétaires des réquisitions et sur un référentiel plus précis distinguant les IML-UMJ et le réseau de proximité a débuté en juillet 2012 dans le cadre de travaux pilotés par la DACG et associant la DSJ. Cette démarche s'est toutefois interrompue lorsque le ministère de la justice a décidé, en lien avec l'AIFE⁹⁰, de mettre en œuvre un pilotage des frais de justice reposant non plus sur les engagements mais sur le paiement des mémoires de frais.

Cette nouvelle organisation a été présentée lors du comité directeur sur les frais de justice le 21 décembre 2012. Elle implique qu'à l'horizon 2015 la gendarmerie n'adresse plus les données des réquisitions des OPJ au ministère de la justice.

1.3.1.2 Un circuit de la dépense complexe

A. Un engagement de dépense peu lisible

Depuis la mise en place de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) au 1^{er} janvier 2006, les crédits ouverts au titre des frais de justice ne sont plus évaluatifs mais limitatifs. Ils se décomposent en autorisation d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP), les chefs de cour d'appel étant désignés ordonnateurs secondaires. Les frais de justice relèvent du programme 166 « justice judiciaire » et les dépenses sont réparties par action et sous action, en l'espèce : action 02 : « conduite de la politique pénale et jugement des affaires pénales » ; sous-action 20 : « conduite de la politique pénale, orientation et mise en état des affaires pénales ».

Selon le logiciel comptable Chorus⁹¹ et la typologie des frais de justice et des flux de gestion associés, les frais de justice de médecine légale relèvent du « flux 4 » dans la mesure où il s'agit de frais le plus souvent de montant peu élevé ou peu prévisibles, globalement ou individuellement. Ce flux est dérogoire à la réglementation de droit commun dans la mesure où il ne comporte pas de création préalable obligatoire de l'engagement juridique de la dépense.

⁹⁰ Agence pour l'informatique financière de l'Etat.

⁹¹ Le système d'information Chorus est l'application partagée par tous les acteurs financiers des services centraux et déconcentrés de l'Etat.

Cependant, pour avoir une connaissance globale de cette dépense prévisible, les actes prescrits devraient être enregistrés en temps réel dans « Chorus formulaire » pour permettre une anticipation de la dépense et un meilleur pilotage des crédits des frais de justice⁹².

Les frais de ces actes médico-légaux rentrent dans les frais de justice criminelle, correctionnelle et de police énumérés par les articles R 92 et R 93 du CPP ; ils sont pour la plupart tarifés et restent à la charge du Trésor public en application de l'article 800-1 du même code.

Avec la réforme, les structures dédiées étant rémunérées par des crédits du ministère de la justice, seules les prescriptions non incluses dans le forfait ou requises de prestataires appartenant au réseau de proximité et qui font l'objet d'un paiement à l'acte, sont enregistrées par les juridictions dans « Chorus formulaire ». Ces enregistrements directs ne concernent que les prescriptions émises par les magistrats.

Les données statistiques des prescriptions des services de police et de gendarmerie font l'objet quant à elles, suite à un protocole de transmission élaboré avec le ministère de l'intérieur, d'une remontée nationale manuelle ou automatisée, vers le ministère de la justice qui les agrège et les injecte dans les bases « Chorus formulaire » des juridictions.

Selon la DSJ du ministère de la justice, le nombre total de prescriptions enregistrées dans « Chorus formulaire » est de l'ordre de trois millions par an.

Cette direction dispose donc de deux circuits pour avoir la visibilité des prescriptions saisies : les données des services d'enquête et les saisies effectuées par les juridictions.

Parallèlement à l'enregistrement dans « Chorus formulaire », les structures de santé du schéma financées par dotations renseignent l'oNML dès qu'un examen est réalisé par un praticien d'un IML ou d'une UMJ. Cet instrument, mis en œuvre au niveau de la DGOS dès les premiers mois de 2011 recueille des informations qui ne peuvent toutefois être recoupées avec aucune donnée judiciaire.

Actuellement les prescripteurs ne disposent pas de dispositif permettant le recensement exhaustif des différents types de réquisitions prises en matière de médecine légale, et ce malgré les directives de la circulaire du 27 décembre 2010.

B. Des circuits de dépense éclatés

Pour les actes de médecine légale réalisés en dehors des IML et UMJ, les mémoires de frais adressés par les prestataires aux services centralisateurs des juridictions⁹³ font l'objet d'un enregistrement dans le « logiciel des mémoires de justice » (LMDJ), sur un compte spécifique⁹⁴ utilisé quel que soit le type de prestation.

⁹² A compter du 1^{er} janvier 2006, ils ont été enregistrés dans l'application « Fraijus ». Puis, à compter du 1^{er} janvier 2011, ils ont été saisis dans l'application « Chorus formulaire », logiciel comptable destiné à améliorer le pilotage de la dépense des frais de justice en vérifiant que le montant total des prescriptions saisies ne dépasse pas le montant de l'engagement juridique global dans « Chorus cœur ».

⁹³ Les services centralisateurs ont été mis en place dès 2010 avec le déploiement du logiciel LMDJ afin de favoriser la traçabilité des mémoires, un meilleur suivi de la dépense et en fin de gestion, une évaluation plus exhaustive des charges à payer, garante de la qualité comptable.

⁹⁴ Compte chorus 61 35 000 000.

Il est apparu à la mission que, même s'il a été préconisé lors de la mise en œuvre de ce logiciel de définir une convention de saisie des actes afin de permettre des recherches détaillées, notamment par prestation, les saisies telles que pratiquées actuellement ne permettent pas d'obtenir des restitutions détaillées.

Après l'enregistrement du mémoire et la vérification du service fait, il est procédé à la certification pour les mémoires tarifés ou à la taxation pour les frais non tarifés ou d'un montant supérieur à 460 euros, puis au règlement selon des modalités qui peuvent être différentes.

Ainsi, le règlement des mémoires supérieurs à 2 000 € est opéré par le pôle Chorus en mandatement direct⁹⁵ ; le règlement des mémoires inférieurs à 2 000 € est assuré par les régisseurs des juridictions, via l'application Regina⁹⁶, un bordereau de reconstitution de l'avance accompagné des pièces de dépenses étant adressé au pôle Chorus. Après un contrôle de la régularité comptable des documents, le pôle saisit la constatation du service fait et procède à la certification dans « Chorus cœur ». Les différents éléments financiers sont ensuite transmis au comptable pour paiement du prestataire ou pour reconstitution de l'avance du régisseur.

Parallèlement à ce dispositif, il convient de signaler que, pour certaines prestations médico-légales (ex : analyses génétiques, analyses toxicologiques), le ministère de la justice a mis en place un circuit simplifié permettant un paiement des factures par le budget opérationnel de programme (BOP) de l'administration centrale.

Pour 80 % d'entre eux, les mémoires de médecine légale sont payés par les régies et représentent 20 % du montant des frais de justice. Les 20 % restant sont payés par les pôles Chorus et représentent 80 % du montant des frais de justice.

A ce jour, aucun dispositif commun aux ministères de la justice, de la santé et de l'intérieur, ne permet le recensement exhaustif et détaillé des dépenses de médecine légale. Pour le ministère de la justice, la nomenclature budgétaire de Chorus est plus restrictive qu'auparavant et limitée à des comptes génériques interministériels⁹⁷.

Les directives adressées aux juridictions invitent les prestataires intervenant régulièrement à établir des mémoires de frais groupés pour certains actes médicaux⁹⁸ (examens des gardés à vue, des victimes, expertises psychiatriques, examens cliniques et prises de sang). Si cette procédure permet un traitement plus rapide au niveau des pôles Chorus, elle n'assure cependant pas un suivi précis des frais de justice de médecine légale.

Ces circuits de dépense font intervenir de nombreux acteurs et reposent sur des schémas complexes. Ils sont sources de délais de paiement inégaux entre les prestataires et empêchent les responsables des juridictions d'avoir une vision précise de l'ensemble des dépenses.

⁹⁵ En Alsace Moselle, le règlement de tous les mémoires se fait en mandatement direct.

⁹⁶ LMDJ étant compatible avec Régina, les informations enregistrées dans LMDJ basculent dans Régina qui est un logiciel d'enregistrement des paiements.

⁹⁷ Dans le même compte Chorus 61 35 000 000 sont regroupés les frais des honoraires des médecins, des experts médicaux, des vétérinaires, les actes de radiologie ainsi que le montant des analyses génétiques.

⁹⁸ Note SJ-12-200-OFJ4 du 4 juillet 2012.

1.3.1.3 Des outils de gestion imparfaits au ministère de la justice

A. « Chorus formulaire » ne répond pas aux besoins

Ce logiciel est un logiciel comptable destiné à améliorer le pilotage de la dépense des frais de justice en vérifiant que le montant total des prescriptions saisies ne dépasse pas le montant de l'engagement juridique global dans Chorus cœur.

Mais l'imprécision de la nomenclature du logiciel contribue à des saisies incorrectes entraînant des interprétations erronées. Ainsi a été vérifié l'inexact enregistrement d'autopsies -globalement exclues de rémunération à l'acte- alors qu'il s'agissait de frais annexes à des actes de thanatologie payables hors dotation de l'IML.

Il s'avère également que le suivi des frais de justice dès la prescription n'est pas exhaustif, des insuffisances et inexactitudes résultant des saisies manuelles dans « Chorus formulaire » ou lors de l'intégration des fichiers étant observées.

En effet, si le taux de transmission par la gendarmerie nationale s'est amélioré, grâce notamment à l'intégration de la saisie de l'engagement de dépense dans le logiciel de rédaction des procédures utilisé par les OPJ, les transmissions réalisées mensuellement par les services de la police nationale résultent d'un comptage manuel synthétisé au niveau des chefs de service.

Le module « Chorus formulaire » est également peu exploitable car, à la différence de « Chorus cœur⁹⁹ », il n'est pas lui-même une base de données interfaçable avec les autres logiciels du ministère de la justice. Quant aux restitutions des données enregistrées, mises à disposition des chefs de cour d'appel, elles restent globalisées. Cette vision comptable agrège des prestations très diverses et empêche une analyse permettant d'identifier les actes de médecine légale.

La mission a souhaité savoir si un dispositif plus efficient des engagements pouvait être envisagé. Elle a donc, consulté les services concernés au sein de ministère de la justice et de l'agence pour l'informatique financière de l'Etat (AIFE). Elle a appris que, malgré des modifications techniques possibles, une évolution du logiciel « Chorus formulaire » n'était pas envisagée, pour des raisons financières et techniques, eu égard aux évolutions informatiques prévues. L'enregistrement des prescriptions dans l'actuel « Chorus formulaire » va même être abandonné.

B. Le nouveau processus n'améliorera la situation que sous certaines conditions

Plusieurs applications informatiques sont utilisées pour le traitement des frais de justice ; elles sont de portées différentes et ne bénéficient d'aucune interconnexion.

Fort de ce constat, la dépense des frais de justice étant en augmentation constante et les retards de paiement considérables, le ministère de la justice a mené en 2012 avec l'AIFE une étude sur l'optimisation des frais de justice, laquelle a abouti à la conception d'un nouveau projet informatique reposant sur une dématérialisation du processus de paiement des mémoires.

⁹⁹ Logiciel de paiement.

Cet outil se substituera à certains logiciels existants au ministère de la justice. Il devrait permettre de retracer de manière exhaustive la dépense en frais de justice afin de gagner en visibilité et en traçabilité.

Ainsi, le prestataire déposera son mémoire sur un portail en ligne, interfacé avec l'application « Chorus cœur », le service centralisateur du TGI procédera au contrôle des mémoires dans le nouveau logiciel remplaçant « Chorus formulaire », sa validation constituant la certification du service fait. Le pôle Chorus validera les demandes de paiement que le comptable assurera.

Ce nouveau projet, prévu à titre expérimental pour 2014 avec une généralisation en 2015, s'accompagnera de la suppression du suivi budgétaire des prescriptions et de la généralisation des paiements groupés.

Il n'est pas contestable que la dématérialisation du traitement des mémoires peut être un enjeu important pour améliorer la performance et dégager des économies en ressources humaines. Toutefois, le développement d'outils de pilotage permettant aux juridictions d'avoir une connaissance précise des montants engagés et des dépenses effectuées en matière de médecine légale ne devrait pas être abandonné.

Dans ces conditions, si l'enjeu est de disposer d'outils de pilotage et de suivi de la réforme, tel que précisé dans la lettre de mission, il est nécessaire, en complément du nouveau projet en cours de réalisation, de prendre en compte l'une ou l'autre de ces options :

- soit maintenir l'utilisation de l'actuel logiciel « Chorus formulaire » en le faisant évoluer pour permettre l'intégration de toutes les saisies de réquisitions et l'obtention de données plus détaillées au niveau local et au niveau central,
- soit remplacer ce logiciel par un nouvel outil de pilotage qui permettra de préserver l'identification et le suivi précis et détaillé des engagements de dépense de médecine légale.

Ainsi les différents acteurs devraient pouvoir disposer d'outils leur permettant un recensement plus exhaustif des actes médico-légaux requis et des dépenses réalisées en matière de médecine légale.

La mission considère que seule une analyse détaillée telle qu'elle semble être prévue lors de l'exécution de la dépense, au moment de l'arrivée du mémoire de frais, pourrait permettre un suivi précis des actes de médecine légale à partir des comptes PCE¹⁰⁰ disponibles et qui, selon la DSJ, seraient associés à une nomenclature précise d'environ 140 prestations au travers des codes d'activité déjà disponibles dans Chorus-cœur.

En l'état, les travaux de refonte des applications informatiques concernées sont très avancés et ne paraissent pas intégrer toutes les préoccupations qui viennent d'être exposées.

¹⁰⁰ Plan comptable de l'Etat.

1.3.2 Des IML et des UMJ aux niveaux d'activité hétérogènes et des dotations forfaitaires attribuées de façon approximative

1.3.2.1 Des disparités d'activité entre structures médico-légales sans explication toujours satisfaisante

Il convenait d'analyser l'activité des structures de santé en distinguant d'une part, les IML et d'autre part, les UMJ et d'examiner le niveau d'activité des établissements cumulant la double fonction afin de rechercher si des enseignements particuliers pouvaient en être tirés.

D'une manière générale, c'est la très grande disparité en volume et en nature d'actes réalisés par les unités observées, dans le domaine de la thanatologie comme de la médecine légale du vivant, qui est significative.

La mission s'est d'abord attachée à l'analyse de l'activité des IML rapprochée de leur dotation.

A. L'activité des IML

Tableau n° 7 : activité IML 2012 à dotation équivalente

IML	Dotation en €	Autopsies	Levées de corps	Examens de corps isolé	Total des actes	Part des autopsies
Marseille	513 055	682	363	315	1 368	50%
Lille	513 055	491	241	276	1 008	49%
Garches	513 055	518	336	59	913	57%
Lyon	513 055	744	56	11	811	92%
Bordeaux	513 055	737	27	2	766	96%
Evry	513 055	344	54	256	654	53%
Montpellier	513 055	337	135	104	576	59%
La Réunion	450 479	73	88	148	309	24%
Pointe à Pitre	415 826	150	54	85	289	52%
Toulouse	346 522	255	10	343	608	42%
Nice	346 522	257	0	249	506	51%
Angers	346 522	279	151	64	494	56%
Rennes	346 522	191	237	20	448	43%
Rouen	346 522	132	28	242	402	33%
Amiens	346 522	145	152	92	390	37%
Nantes	346 522	147	120	91	358	41%
Poitiers	346 522	174	34	115	324	54%
Brest	346 522	101	176	37	314	32%
Grenoble	346 522	253	26	11	290	87%
Saint Etienne	346 522	186	5	93	284	65%
Tours	346 522	163	23	90	276	59%
Clermont Ferrand	346 522	141	37	68	246	57%
Besançon	346 522	144	40	6	190	76%
Nîmes	346 522	68	52	31	151	45%
Cayenne	186 156	87	19	0	106	82%
Nancy	155 130	252	75	142	469	54%
Strasbourg	155 130	149	194	39	382	39%
Caen	155 130	112	35	217	364	31%
Dijon	155 130	97	69	88	254	38%
Limoges	155 130	111	50	55	216	51%
Reims	155 130	99	32	26	157	63%
Total	10 772 456	7 619	2 919	3 375	13 923	
Moyenne						54%

Source : Tableau élaboré à partir des données de l'oNML, de la DSJ et de la DGOS.

La circulaire du 25 avril 2012, en incluant les levées et les examens de corps dans la dotation des IML, a modifié l'économie du schéma qui avait été construit en 2010 autour de l'autopsie en s'appuyant sur des données statistiques considérées initialement comme fiables. Or, les IML n'ont pas appliqué ce changement de manière identique. A niveau de dotation comparable, leurs activités sont étonnamment diversifiées et dans certaines grandes structures, la part de l'autopsie est quasi exclusive. Tel est le cas de Bordeaux et Lyon. A l'inverse, Marseille et Lille consacrent la moitié de leur activité à d'autres actes qu'aux autopsies.

Parmi les établissements à niveau de dotation inférieur, la tendance contraire est souvent observée. Ainsi à Caen, Dijon, Brest et à La Réunion, les établissements pratiquent plus de levées de corps et d'examen de corps que d'autopsies.

Le centre hospitalier de Nice est le seul IML du schéma qui ne pratique aucune levée de corps ; mais il recourt de façon substantielle à l'examen de corps pour un nombre à peine inférieur au nombre d'autopsies (249 examens pour 257 autopsies). Aussi est-il permis de se demander si l'examen de corps n'y est pas utilisé comme substitut à la levée de corps.

Il n'est pas exclu non plus, dans certains cas, que la notion d'examen de corps isolé, c'est-à-dire un acte distinct de l'autopsie qui fait l'objet d'un rapport séparé, soit diversement interprétée et donne lieu à des saisies statistiques discutables.

Contrairement au présupposé de la réforme, l'activité de thanatologie n'est pas le monopole des IML. Quelques UMJ qui ne sont pas mutualisées avec des IML pratiquent des levées de corps et des examens de corps. C'est notamment le cas de Versailles, Lagny, Pontoise, Fontainebleau, Perpignan, Fort-de-France, Mulhouse et Pau. Ces UMJ qui répondent nécessairement à la demande des enquêteurs ou des parquets, viennent ainsi combler certaines carences du dispositif.

La mission s'est livrée ensuite à une analyse d'activité des UMJ rapportée à leur dotation.

B. L'activité des UMJ

L'analyse de l'activité des UMJ dédiée à la médecine du vivant fait ressortir ici aussi de très grandes diversités qui se vérifient à tous les niveaux de structure.

Pour mémoire, les niveaux d'organisation des UMJ se déclinent ainsi :

Organisation de travail UMJ

O1 renforcée = 2 lignes de garde 24h/24 - 7j/7 dont 1 équipe mobile + 1 équipe mobile

O1 = 2 lignes de garde 24h/24 - 7j/7 dont 1 équipe mobile

O2 = 1 ligne de garde 24h/24 - 7j/7 dans les locaux de l'UMJ

O3B = 1 médecin 10h/ 6j/7 et astreintes

O3A = 1 médecin 8h/j - 6j/7 (UMJ + IML pour 7 des 8 structures) et astreintes

O3 = 1 médecin 6j/7 aux heures ouvrables et astreintes

Equipe mobile = 1 médecin

EM2 = 1 médecin 12h/j - 6j/7

EM3 = 1 médecin 10h/j - 6j/7

EM4 = 1 médecin 8h/j - 6j/7

Tableau n° 8 : activité UMJ 2012 à dotation équivalente

Etablissement de santé (et organisation)	Total dotation	Ex GAV	Victime	Ex route	Autres actes[1]	Levées de corps	Exam corps	Total actes	Part GAV	Part victime
Créteil (O1R)	2451084	12 802	8 857	0	[2]348	262	3	22 272	57%	40%
Bondy (O1)	1868401	19 245	12 007	0	[3]1144	1		32 397	59%	37%
Garches (O1)	1868401	10 086	4 393	223	77			14 779	68%	30%
Marseille (O1)	1868401	9 690	3 762	139	67			13 658	71%	28%
Versailles (O1)	1868401	4 386	3 373	0	139	392	8	8 298	53%	41%
Lagny Marne la Vallée (O2+EM2)	1363840	4 146	3 155	3	15	177	2	7 498	55%	42%
Angers (O2+EM2)	1363840	2 183	1 434	24	9			3 650	60%	39%
Montpellier (O2+EM3)	1312802	2 457	1 557	18	18			4 050	61%	38%
Cayenne (O3A+EM4)	1136784	928	1 815	1	1			2 745	34%	66%
Boulogne (O3B+EM2)	1100434	2 327	2 580	61	15	139	140	5262	44%	49%
Lille (O2+EM2)*	1363840	0	4 467	309	194			4 970	0%	90%
Pontoise (O2)	1044853	1 563	4 932	132	130	282	2	7 041	22%	70%
Evry (O2)	1044853	1 267	5 045	105	8			6 425	20%	79%
Bordeaux (O2)	1044853	36	3 231	0	[4]1123			4 390	1%	74%
Toulouse (O2)	1044853	41	3 706	0	9			3 756	1%	99%
Amiens (O2)	1044853	1 258	1 832	26	24			3 140	40%	58%
Lyon (O2)	1044853	37	2 859	8	6			2 910	1%	98%
Rennes (O3A+EM3)	998358	2 109	2 291	190	52			4 642	45%	49%
Nantes (O3+EM2)	960080	3 161	859	12	64			4 096	77%	21%
Caen (O3A+EM4)	947320	1 935	1 324	170	10			3 439	56%	38%
Pointe à Pitre (O3B)	937737	733	995	8	1			1 737	42%	57%
Fontainebleau (O3+EM3)	909042	474	1 239	4	5	146	3	1 871	25%	66%
Grenoble (O3+EM4)	858004	1 690	1 696	0	61			3 447	49%	49%
Tours (O3+EM4)	858004	1 539	1 220	47	138			2 944	52%	41%
Nîmes (O3+EM4)	858004	1 658	1 254	0	0			2 912	57%	43%
Valenciennes (O3+EM4)	858004	960	881	0	0	7	105	1 953	49%	45%
Perpignan (O3+EM4)	858004	630	609	49	7	51	46	1 392	45%	44%
La Réunion (O3)	833421	1 415	1 672	92	32			3 211	44%	52%
Rouen (O3B)	781447	14	4 173	0	4			4 191	0%	100%
Fort de France (O3)	769312	53	1 533	0	0	27	102	1 715	3%	89%
Strasbourg (O3A)	730049	55	1 477	11	3			1 546	4%	96%
Dijon (O3A)	730049	951	283	7	88			1 329	72%	21%
Nancy (O3A)	730049	12	1 251	1	9			1 273	1%	98%
Reims (O3A)	730049	2	1 454	76	40			1 572	0%	92%
Limoges (O3A)	730049	8	299	9	20			336	2%	89%
Clermont Ferrand (O3)	641093	1 067	1 709	7	55			2 838	38%	60%
Orléans (O3)	641093	1 116	1 406	182	0	2	11	2 717	41%	52%
Saint Etienne (O3)	641093	1 429	1 208	0	4			2 641	54%	46%
Metz (O3)	641093	19	2 559	9	0			2 587	1%	99%
Mulhouse (O3)	641093	1 245	672	12	3	113	1	2 046	61%	33%
Poitiers (O3)	641093	1 118	777	5	15			1 915	58%	41%
Besançon (O3)	641093	958	922	0	13			1 893	51%	49%
Nice (O3)	641093	51	1 373	0	0			1 424	4%	96%
Creil (O3)	641093	451	777	13	10	84	59	1 394	32%	56%
Brest (O3)	641093	296	630	0	11			937	32%	67%
Pau (O3)	641093	375	301	10	35	30	30	781	48%	39%
Total	45 964 351	97 976	105 849	1 963	4 007	1 490	313	212 020		
Moyenne									37%	59%

[1] Examens âge osseux, psy victime et psy GAV

[2] Dont 53 examens psy victime, 57 examens psy GAV et 238 âge osseux

[3] Dont 782 examens psy victimes, 33 examens psy GAV et 329 âge osseux

[4] Dont 1111 examens psy victimes

* Initialement prévue, l'EM de Lille ne devrait intervenir que fin 2013

Tableau élaboré à partir des données de l'oNML, de la DSJ et de la DGOS.

L'UMJ Jean Verdier à Bondy, liée au TGI de Bobigny, est de loin la structure qui assure le plus grand nombre d'actes avec 32 396 actes en 2012, soit nettement plus que l'UMJ de Créteil qui bénéficie pourtant du niveau d'organisation le plus élevé¹⁰¹.

A niveau d'organisation et de dotation équivalent, Lagny-Marne-la-Vallée effectue le double d'actes par rapport à Angers ; Grenoble, le double par rapport à Perpignan ; Clermont-Ferrand presque 4 fois plus d'actes que Pau qui n'en réalise que 781 et Reims, plus de 4,5 fois plus que Limoges qui ne totalise que 336 actes.

Il n'est pas rare que des établissements effectuent plus d'actes que d'autres qui bénéficient pourtant d'un niveau d'organisation supérieur. C'est le cas de Clermont-Ferrand, classée O3, qui accomplit plus d'actes (2838) que Valenciennes (1953) de niveau O3/EM4 ; de Rouen, classée O3/B qui réalise plus d'actes (4191) que Grenoble, de niveau O3/EM4 qui en réalise 3447 ; de Rennes classée O3A/EM3, qui réalise 4642 actes soit plus que Bordeaux, de niveau O2 qui en compte 4390.

La nature des actes réalisés est également variable. Certaines UMJ ne pratiquent pas, ou très peu, d'examens de personnes gardées à vue ; d'autres pas ou très peu d'actes liés à la route. A l'inverse, certaines UMJ ont investi le champ des examens psychologiques ou psychiatriques de victimes ou de personnes gardées à vue et les répertorient en tant que tels dans l'oNML.

L'analyse de l'activité des UMJ attachées aux IML ne fait pas apparaître de tendance particulière par rapport aux UMJ sans IML, tant la diversité de situation est grande. On ne peut donc affirmer que la coexistence des deux unités constitue systématiquement un atout qui se traduit par un meilleur niveau d'activité. Certaines de ces structures assurent de manière équilibrée l'ensemble des tâches qui leur sont confiées (Marseille, Garches, Montpellier, Angers), tandis que d'autres, dépourvues d'équipe mobile n'exécutent pas les examens des personnes gardées à vue (Bordeaux, Lyon, Nancy, Nice).

Par-delà ces disparités, le faible niveau d'activité de certains établissements, général ou propre à certains actes, mérite une réflexion particulière au regard des exigences du service public (permanence, disponibilité), de la demande judiciaire et du coût pour le ministère de la justice.

A l'issue de cette analyse, la mission a donc entrepris de rapporter les niveaux d'activité aux dotations attribuées.

1.3.2.2 Des dotations forfaitaires attribuées de manière approximative

Il est clair que le schéma a pris pour base des données souvent incertaines. La création et le dimensionnement des IML ne paraissent guère poser problème pour les autopsies peu susceptibles *a priori* d'évolutions quantitatives importantes. Cependant, si le seuil fixé pour l'existence d'un IML n'a posé problème qu'à Nîmes où un institut a été créé en 2012, l'adaptation des moyens humains à certaines grosses structures apparaît parfois insuffisante.

Pour les UMJ, en revanche, il faut relever les difficultés rencontrées pour affecter les moyens adaptés à la médecine légale des vivants, qu'il s'agisse du nombre des examens de personnes gardées à vue ou des victimes.

¹⁰¹ La dotation de Créteil a été élevée à 2 451 084M€ selon la réunion interministérielle d'avril 2012 ; celle de Jean Verdier est de 1 868 401M€.

La diversité des structures classées par niveau d'organisation semblait permettre une adaptation à la demande. En fait, la mise en œuvre imposée dans des délais particulièrement courts a rencontré divers obstacles : la méconnaissance des besoins réels, l'impréparation des acteurs locaux, les habitudes installées (recours à des structures de médecins urgentistes pour les gardes à vue), la faible appétence de certains médecins légistes pour les examens de personnes gardées à vue, l'hostilité de services d'enquête aux déplacements de ces personnes ainsi que, bien souvent, une imperfection des organisations pour adapter la répartition spatiale et temporelle à la demande.

La mobilité des médecins est, à l'expérience, un élément déterminant de la qualité du fonctionnement des structures mises en place. Elle n'est pas toujours liée à l'existence institutionnelle d'une équipe mobile¹⁰². A l'inverse, le fait d'avoir prévu une équipe mobile n'a pas nécessairement garanti l'atteinte des objectifs assignés, s'agissant notamment de la réalisation dans les locaux des services d'enquête des examens de personnes gardées à vue.

Le versement du solde des dotations de l'année 2012, qui avait été fixé lors de la réunion interministérielle du 4 avril 2012, a donné lieu à de nombreuses et âpres discussions entre le ministère de la justice et le ministère de la santé qui revendiquait un paiement au coût réel supporté par les établissements. Après refaction de certaines dotations pour ceux qui n'avaient pas respecté leurs engagements en termes d'emploi, le ministère de la justice a finalement accepté les demandes de la DGOS dès lors que la somme globale sollicitée était inférieure à celle qui avait été initialement budgétée. C'est ainsi que le ministère de la justice a payé pour l'année 2012 la somme de 53 400 826 € au lieu des 56 738 611€ prévus.

Au vu de ces éléments, la mission a tenté de rechercher, à l'aide des tableaux d'activité qu'elle a constitués, quel était le coût moyen à l'acte pour chaque IML et UMJ pris isolement et pour chaque ensemble UMJ+IML.

La mission a d'abord cherché à calculer les coûts à l'acte des IML rapportés à leur dotation.

¹⁰² La DGOS a été saisie de questions posées par certains personnels hospitaliers pour savoir quel était, dans ce cas, le régime d'assurance applicable à leurs déplacements.

A. Le coût des actes des IML

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

IML	Dotation	Autopsies	Levées de corps	examens de corps	Total des actes	Part des autopsies	Coût à l'acte
Marseille	513 055	682	363	315	1 368	50%	375
Lille	513 055	491	241	276	1 008	49%	509
Garches	513 055	518	336	59	913	57%	562
Lyon	513 055	744	56	11	811	92%	633
Bordeaux	513 055	737	27	2	766	96%	670
Evry	513 055	344	54	256	654	53%	784
Montpellier	513 055	337	135	104	576	59%	891
La Réunion	450 479	73	88	148	309	24%	1 458
Pointe à Pitre	415 826	150	54	85	289	52%	1 439
Toulouse	346 522	255	10	343	608	42%	570
Nice	346 522	257	0	249	506	51%	685
Angers	346 522	279	151	64	494	56%	701
Rennes	346 522	191	237	20	448	43%	773
Rouen	346 522	132	28	242	402	33%	862
Amiens	346 522	145	152	92	390	37%	889
Nantes	346 522	147	120	91	358	41%	968
Poitiers	346 522	174	34	115	324	54%	1 070
Brest	346 522	101	176	37	314	32%	1 104
Grenoble	346 522	253	26	11	290	87%	1 195
Saint Etienne	346 522	186	5	93	284	65%	1 220
Tours	346 522	163	23	90	276	59%	1 256
Clermont-Ferrand	346 522	141	37	68	246	57%	1 409
Besançon	346 522	144	40	6	190	76%	1 824
Nîmes ⁽¹⁾	346 522	68	52	31	151	45%	2 295
Cayenne	186 156	87	19	0	106	82%	1 756
Nancy	155 130	252	75	142	469	54%	331
Strasbourg	155 130	149	194	39	382	39%	406
Caen	155 130	112	35	217	364	31%	426
Dijon	155 130	97	69	88	254	38%	611
Limoges	155 130	111	50	55	216	51%	718
Reims	155 130	99	32	26	157	63%	988
TOTAL	10 772 456 €	7 619	4 638	3 966	13 923		
MOYENNE						54%	948 €

⁽¹⁾ L'IML a été opérationnel à compter de septembre 2012.

Source : tableau élaboré à partir des données de l'oNML, de la DSJ et de la DGOS.

En matière de thanatologie, le coût moyen de l'acte peut varier du simple au triple. Le calcul du coût à l'acte à partir de la dotation versée et du nombre des actes réalisés en 2012 par les structures permet de constater que certains établissements réalisent le même nombre d'actes pour une dotation inférieure. Ainsi, à titre d'exemple, l'IML d'Amiens, dont la dotation est fixée à 346 522 €, a réalisé en 2012 autant d'autopsies et autant d'actes de thanatologie à quelques unités près, que Strasbourg qui relève d'une dotation de 156 130 €, soit moins de la moitié (coût de l'acte pour l'IML d'Amiens : 888 € ; Strasbourg 408 €).

La même analyse peut être faite entre l'IML de Dijon et l'IML de Clermont-Ferrand (Dijon : 614 € ; Clermont-Ferrand : 1408 €) pour un nombre équivalent d'actes réalisés. Autre exemple : l'IML de Toulouse qui a perçu en 2012, une dotation de 346 522 € a réalisé plus d'actes que l'IML de Montpellier pour une dotation de 513 055 €, ce qui représente une différence de 320 € supplémentaire par acte réalisé à Montpellier, sachant par ailleurs que la création de l'IML de Nîmes, courant 2012, a drainé une partie de l'activité de Montpellier.

En 2012, le centre hospitalier de Marseille, à forte dotation, était de loin l'établissement dont le coût à l'acte (375 €), toutes prestations confondues, était le plus bas tandis que celui de Besançon, à dotation moyenne, présentait le coût le plus élevé (1824 €).

Certes, cette analyse brute met au même niveau les autopsies, les levées de corps et les examens de corps et doit donc être pondérée en fonction de la part de chacune de ces activités. En effet, le coût réel d'une autopsie est bien supérieur à celui d'une levée de corps ou d'un examen de corps. De même, une levée de corps, suivant le délai de transport requis, coûtera plus cher, en temps médecin, qu'un examen de corps isolé à l'IML.

B. Le coût des actes dans les IML-UMJ et dans les UMJ isolées

Suivant la même démarche, la mission a calculé les coûts moyens à l'acte pour les IML et UMJ adossés, ainsi que pour les UMJ isolées. Pour ce faire, elle a rapporté l'ensemble des actes réalisés aux dotations des structures, en tenant compte à la fois du niveau de dotation tel qu'il résulte de la RIM du 4 avril 2012¹⁰³ et des montants effectivement versés en fin d'année.

Ici aussi, de très grandes disparités existent.

Tableau n° 10 : coût à l'acte des IML-UMJ par niveau de dotation pour l'année 2012

Etablissement	Total dotation UMJ en €	Total dot IML-UMJ RIM avril 2012	Total dotations versées	Total actes UMJ	Coût moyen à l'acte UMJ/dot. théo	Total actes IML-UMJ	Coût moyen ensemble actes/dotation théorique	Coût moyen ensemble actes/dotation versée
Garches (O1)	1 868 401	2 381 456	2 301 516	14 779	126	15 692	152	147
Marseille (O1)	1 868 401	2 381 456	2 444 600	13 658	137	15 026	158	163
Evry (O2)	1 044 853	1 557 908	1 494 110	6 425	163	7 079	220	211
Rouen (O3B)	993 722	1 340 244	1 039 327	4 191	186	4 593	292	226
Lille (O2+EM2)[1]	1 044 853	1 557 908	1 412 619	4 970	210	5 978	261	236
Nantes (O3+EM2)	960 080	1 306 602	1 073 121	4 096	234	4 454	293	241
Lyon (O2)	1 044 853	1 557 908	936 350	2 910	359	3 721	419	252
Caen (*) (O3A+EM4)	1 159 595	1 314 725	961 773	3 439	275	3 803	346	253
Toulouse (O2)	1 044 853	1 391 375	1 134 241	3 756	278	4 364	319	260
Rennes (O3A +EM3)	1 210 633	1 557 155	1 376 952	4 642	215	5 090	306	271
Bordeaux (O2)	1 044 853	1 557 908	1 645 390	4 390	238	5 156	302	319
Clermont-Ferrand (O3)	641 093	987 615	987 615	2 838	226	3 084	320	320
La Réunion (O3)	833 421	1 283 900	1 176 168	3 211	260	3 520	365	334
Tours (O3+EM4)	858 004	1 204 526	1 110 038	2 944	291	3 220	374	345
Nîmes (O3+EM4)	858 004	1 204 526	1 063 444	2 912	295	3 063	393	347
Grenoble (O3+EM4)	858 004	1 204 526	1 308 779	3 447	249	3 737	322	350
Montpellier (O2+EM3)	1 312 802	1 825 857	1 642 054	4 050	258	4 626	395	355
Saint Etienne (O3)	641 093	987 615	1 052 271	2 641	243	2 925	338	360
Cayenne (*) (O3A+EM4)	1 136 784	1 322 940	1 030 132	2 745	414	2 851	464	361
Angers (O2+EM2)	1 363 840	1 710 362	1 531 472	3 650	374	4 144	413	370
Nice (O3)	641 093	987 615	797 712	1 424	450	1 930	512	413
Poitiers (O3)	641 093	987 615	931 356	1 915	335	2 239	441	416
Amiens (O2)	1 044 853	1 391 375	1 486 039	3 140	332	3 530	394	421
Strasbourg (1) (O3A)	730 409	885 539	873 913	1 546	472	1 928	459	453
Besançon (O3)	641 093	987 615	955 433	1 893	339	2 083	474	459
Brest (O3)	641 093	987 615	664 160	937	684	1 251	789	531
Nancy (*) (O3A)	942 684	1 097 814	966 792	1 273	574	1 742	630	555
Dijon (*) (O3A)	942 684	1 097 814	913 584	1 329	550	1 583	694	577
Reims (*) (O3A)	942 684	1 097 814	1 057 201	1 572	464	1 729	635	611
Pointe à Pitre (O3B)	937 737	1 353 563	1 363 335	1 737	540	2 026	668	673
Limoges (*) (O3A)	942 684	1 097 814	662 606	336	2 806	552	1 989	1 200
TOTAL	30 836 249 €	41 608 705 €	37 394 103 €	112 796		126 719		
MOYENNE					406 €		456 €	388 €

[1] Initialement prévue, l'équipe mobile de Lille ne devrait intervenir que fin 2013.

(*) établissements dont les effectifs des IML et UMJ sont mutualisés en application de la circulaire du 25 avril 2012

Source : Tableau élaboré à partir des données de l'oNML, de la DSJ et de la DGOS.

¹⁰³ Annexe 18.

- S'agissant des IML-UMJ

Si l'on s'en tient à la dotation effectivement versée, on observe que le coût moyen de l'ensemble des actes IML-UMJ, varie entre 147 € (Garches) et 1200 € (Limoges), la moyenne se situant à 388 €. Si l'on se réfère à la dotation théorique initiale, l'écart s'amplifie puisque le même coût varie, entre les deux mêmes établissements, de 152 € à 1989 €, la moyenne se situant à 456 €.

Le coût à l'acte de l'UMJ rapporté à la dotation théorique évolue de 126 € (Garches) à 2806 € (Limoges), la moyenne étant de 406 €.

Tableau n° 11 : coût à l'acte des UMJ isolées selon la dotation pour l'année 2012

Etablissement de santé	Organis.	Total dot UMJ RIM avril 2012	Total dotations versées aux UMJ isolées	Total actes	part GAV	part victime	Coût moyen acte/dotation théorique	Coût moyen acte UMJ isolées/dotations versées
Bondy	O1	1 868 401	1 859 469	32397	59%	37%	58	57
Créteil	O1R	2 451 084	2 553 679	22272	57%	40%	110	115
Lagny Marne la Vallée	O2+EM2	1 363 840	993 154	7498	55%	42%	182	132
Pontoise	O2	1 044 853	946 753	7041	22%	70%	148	134
Versailles	O1	1 868 401	1 365 672	8298	53%	41%	225	165
Boulogne	O3B+EM2	1 100 434	982 954	5262	44%	49%	209	187
Metz	O3	641 093	601 068	2587	1%	99%	248	232
Fontainebleau	O3+EM3	909 042	505 585	1871	25%	66%	486	270
Orléans	O3	641 093	854 017	2717	41%	52%	236	314
Creil	O3	641 093	517 326	1394	32%	56%	460	371
Fort de France	O3	769 312	692 058	1715	3%	89%	449	404
Mulhouse	O3	641 093	933 491	2046	61%	33%	313	456
Valenciennes	O3+EM4	858 004	912 225	1953	49%	45%	439	467
Perpignan	O3+EM4	858 004	924 492	1392	45%	44%	616	664
Pau	O3	641 093	602 814	781	48%	39%	821	772
Total		16 296 840 €	15 244 757	99 224				
Moyenne coût							333 €	316 €

Source : Tableau élaboré à partir des données de l'oNML de la DSJ et de la DGOS

- S'agissant des UMJ isolées

Par rapport à la dotation effectivement versée, le coût moyen à l'acte varie entre 57 € (Bondy) et 772 € (Pau), la moyenne se situant à 316 €. Par rapport à la dotation théorique initiale, ce même coût varie entre les deux mêmes établissements de 58 à 821 €, la moyenne se situant à 333 €.

La comparaison entre ces UMJ et celles qui sont couplées à un IML, réalisée à partir de la dotation théorique de chaque UMJ, fait apparaître que les structures adossées présentent un coût moyen plus élevé (406 € contre 333 €).

Seule une analyse poussée permettrait d'établir si, d'un point de vue économique, le fonctionnement combiné d'un IML et d'une UMJ présente un intérêt.

1.3.2.3 Des disparités et des coûts qui interrogent l'avenir

Les écarts constatés entre les structures à enveloppe forfaitaire comparable montrent à l'évidence que le niveau des dotations tel qu'il a été fixé n'est pas toujours en rapport avec l'activité réelle des établissements. Si l'existence de certains IML paraît ne pas pouvoir être remise en cause, eu égard notamment aux contraintes de la géographie, on doit toutefois constater que le coût moyen à l'acte des structures dédiées semble souvent très élevé. Dès lors, on peut s'interroger sur les composantes ETP qui leur ont été attachées. Cependant, cette analyse doit être complétée par celle des UMJ avec lesquelles ils sont liés.

Après avoir réalisé ces comparaisons et ainsi jeté les bases de la construction d'indicateurs de performance, la mission n'entend pas stigmatiser certaines structures ni recommander *ex abrupto* leur suppression. Elle considère que chacune doit faire rapidement l'objet d'un audit qui introduira notamment dans la nécessaire réflexion des organes de pilotage l'ensemble des variables locales. Pourraient ainsi être pris en compte : l'intégration dans le fonctionnement de l'hôpital, le niveau global des besoins en médecine légale exprimés par l'autorité judiciaire, l'état du réseau de proximité, le niveau de mutualisation des tâches, le recrutement des personnels, la relation avec le TGI et les services d'enquête.

Un comité de pilotage réunissant les parties concernées en vue de structurer et d'animer au mieux le dispositif de médecine légale pourrait utilement s'atteler à cette tâche.

1.3.3 Une tarification des dépenses payées à l'acte dépourvue de réflexion stratégique

1.3.3.1 La part des actes facturés sous forme de frais de justice reste considérable

Les actes facturés en frais de justice correspondent aux réquisitions adressées aux personnes physiques et morales pour les prestations autres que celles couvertes par les dotations forfaitaires des structures publiques.

La dépense est ainsi passée de 149,60 M€ en 2011 à 156,52 M€ en 2012, s'agissant des frais médicaux qui regroupent comptablement et de façon indistincte les frais d'autopsies, examens de garde à vue et de victimes, examens et expertises psychiatriques, médico-psychologiques, psychologiques et radiologiques, frais vétérinaires, analyses toxicologiques, biologiques et génétiques. Aucune réflexion stratégique sur les dépenses de médecine légale n'a accompagné le schéma qui devait prévoir, au-delà de la forfaitisation des structures publiques, un positionnement de la dépense facturée selon le régime du réseau de proximité. Mis à part un court calcul du bénéfice attendu du transfert de certains actes aux nouveaux établissements, aucune réflexion nouvelle n'a été conduite sur le volume du recours au réseau de proximité et sa rémunération. Elle aurait pu notamment concerner la tarification.

1.3.3.2 Les barèmes n'ont pas été révisés à l'occasion de la réforme

L'administration s'est ainsi privée d'un levier d'intervention appréciable.

La justice a coutume de recourir à la tarification des actes accomplis sur réquisition lorsqu'ils comportent un caractère courant, voire massif. S'agissant de la médecine légale, le CPP comporte une tarification spécifique. Ainsi les articles 116-1 et 117 du CPP prévoient la rémunération d'actes de médecine légale par référence à la lettre-clé utilisée par le code de la sécurité sociale pour des actes médicaux (C). Est également appliquée une variable quantitative (Q1, Q2, Q3 etc.) correspondant à un coefficient multiplicateur appliqué à la valeur de la lettre-clé. Par exemple, l'examen d'une victime correspond à C (actuellement fixé à 23 €) x Q2 soit $23 \times 2,5 = 57,50$ € ; une levée de corps est rémunérée C x Q7 soit $23 \times 2,5 = 57,50$ €.

Or, cette tarification est critiquable car elle est pour partie déconnectée de la réalité des coûts. Au regard de la spécificité et de la durée minimale d'une autopsie, on ne peut que souligner que le tarif de 138 € qui lui est attribué par le CPP manque sérieusement de réalisme. Dans le cas d'espèce, la portée de cette inconséquence est toutefois limitée puisque l'autopsie est désormais très majoritairement réalisée par un IML dans le cadre de sa dotation.

Globalement, la tarification judiciaire est beaucoup plus monolithique que celle de la sécurité sociale. Elle ne prend pas assez en compte la diversité des situations auxquelles sont confrontés les médecins. Certes, dans certains cas, un tarif peut varier en fonction du jour et de l'heure de la réalisation de l'acte. Il en est ainsi des examens et prélèvements réalisés pour certaines infractions au code de la route. Mais il n'en va pas toujours de la sorte. La mission relève, par exemple, que la levée de corps est rémunérée au même tarif qu'un examen de personne gardée à vue (57,50 €) alors que les sujétions supportées sont sans commune mesure et qu'aucune variation n'est prévue en la matière, en fonction du jour ou de l'heure de l'acte. Qui plus est, aucune modulation du tarif ne prend en compte la durée de l'acte requis ou du déplacement nécessaire au praticien.

Cet état de fait n'est pas sans incidence sur la démobilisation d'un certain nombre de médecins du réseau de proximité et consécutivement, sur la multiplication des transports de corps vers les IML aux fins d'examen de corps ou d'autopsie.

1.3.4 Un montant et une répartition des charges supportées, sources d'inquiétude ou de contestation

1.3.4.1 Une situation de plus en plus difficilement supportable pour le ministère de la justice

A. Une dérive croissante des coûts

a) De nombreuses dynamiques sociales et professionnelles laissent présager une augmentation durable du nombre des actes requis

L'évolution de la délinquance et de la place accordée aux victimes, ainsi que l'importance croissante de la preuve matérielle rendent les investigations médico-légales incontournables. Même si, selon les enquêtes nationales de victimation, les violences aux personnes sont stables, les procédures pour violence physiques, notamment intra-familiales, continuent à croître et, partant, la demande d'examens médicaux de victimes.

Les évolutions de comportement induites par la réforme de la garde à vue de 2011 et du principe de précaution manifesté de façon de plus en plus affirmée par les personnels de police et de gendarmerie, conduisent à banaliser progressivement la demande des examens de compatibilité à la garde à vue.

La propension des responsables d'enquête à s'appuyer de façon constante sur toute la palette disponible des moyens de recherche de la vérité et à ne négliger aucun des progrès de la technique contribue à l'augmentation des demandes d'analyses comme au recours légitimement encouragé aux levées de corps.

Par ailleurs, la multiplication des prélèvements et scellés associés à des diligences de médecine légale impose un effort matériel de gestion. Elle aura aussi pour conséquence la facturation croissante de frais de conservation et de destruction des scellés par les établissements de santé.

Sur toutes ces dynamiques peu de prise est susceptible d'être exercée.

b) Limiter le volume des réquisitions n'est pas, pour des raisons de principe, envisageable

Le principe de liberté de décision des autorités judiciaires et, subséquent, des enquêteurs dont elle dirige l'action quant à la nature des actes médico-légaux à diligenter, ne peut être remise en cause. Ce principe n'interdit cependant pas d'introduire dans les choix d'orientation des investigations une préoccupation d'économie qui anime déjà les juridictions depuis déjà plusieurs années¹⁰⁴. La mise en œuvre de certaines investigations médico-légales est ainsi souvent soumise à la décision du magistrat au cas par cas pour le choix de la nature ou du nombre des actes considérés comme nécessaires à la recherche de la vérité.

B. Une sous-budgétisation chronique des frais de justice

a) Les frais de justice pénale

La dépense totale des frais de justice représente en moyenne 7 % des crédits budgétaires du ministère de la justice. Les frais de justice pénale qui intègrent les dépenses liées à la réforme de la médecine légale, en constituent plus des deux tiers. Ils s'élevaient en 2011 à 401,2 M€. Ils sont en constante progression mais la capacité du ministère de la justice à en assurer le paiement dans des délais décents ne cesse de se dégrader.

Pour l'année 2012, la dotation initiale de 470 M€ n'a été augmentée que de 10,1 M€, alors que 55 M€ avaient vocation à être transférés sur le fonctionnement pour le paiement des frais postaux et que 28,2 M€ constituaient la réserve de précaution.

Dans le rapport annuel sur la situation et les perspectives des finances publiques du 2 juillet 2012, la Cour des comptes a estimé à 100 M€ le « risque global » au titre des frais de justice.

¹⁰⁴ Toutes les juridictions sont ainsi dotées de référents frais de justice.

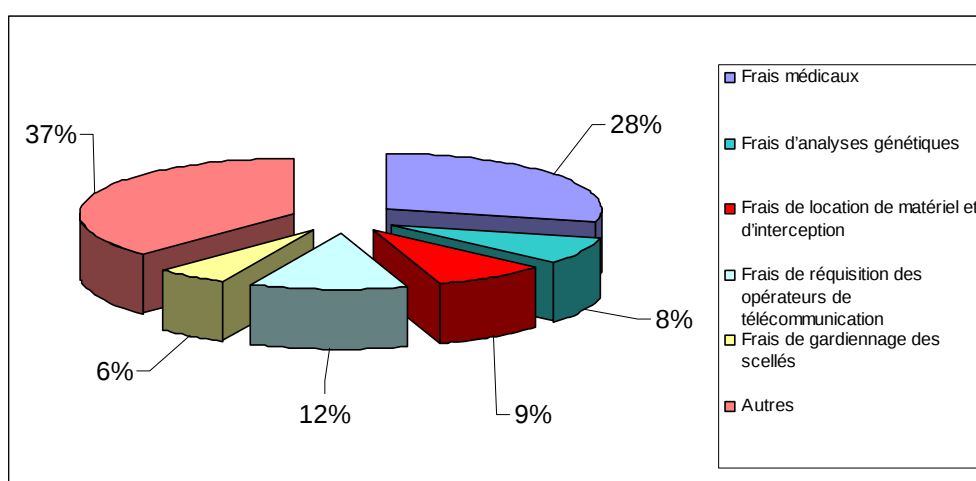
La sous-budgétisation des frais de justice a été dénoncée à maintes reprises¹⁰⁵. Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2012 sur les frais de justice relève que le solde entre la dotation initiale et la consommation en frais de justice était passé respectivement de 23,5 M€ en 2009 à 74,5 M€ en 2010 et à 77,6 M€ en 2011.

En 2012, comme les années précédentes, dès le début de l'année le quart environ de la dotation initiale globale était hypothéqué par les charges à payer, c'est-à-dire les mémoires taxés ou certifiés non payés. Au total, sur l'ensemble de cette même année, plus de la moitié de cette dotation (58,1 %) allait servir à honorer les engagements antérieurs à 2012 puisque, selon le ministère de la justice, seuls 53 % des mémoires de frais sont payés dans l'année au cours de laquelle l'acte a été effectué¹⁰⁶.

Les charges à payer étaient de 110 M€ à la fin de l'année 2012. Elles étaient estimées à environ 140 M€ pour 2013 pour les seules cours d'appel, ce avant que ne soit décidé le dégel de la réserve de précaution pour un montant de l'ordre de 30 M€.

Pour la Cour des comptes, « l'insuffisance chronique des dotations budgétaires initiales, que ne justifie pas une certaine difficulté à prévoir précisément la dépense, est à l'origine de perturbations nombreuses qui retentissent sur le bon fonctionnement de la justice et son image même ». Aussi, la Cour recommandait l'amélioration de la budgétisation des frais de justice de façon à remédier à l'insincérité budgétaire et éviter les désordres liés aux dysfonctionnements observés en cours de gestion.

Répartition des frais de justice pénale en 2010



Source : graphique élaboré à partir des données issues du rapport de la Cour des comptes-octobre 2012.

En dépit de ces observations et recommandations, la programmation des frais de justice pénale effectuée dans le cadre du projet de loi de finances (PLF) 2014 est en baisse en valeur absolue par rapport à la programmation effectuée en 2013.

Le PLF fait état de plusieurs économies attendues, notamment en matière de téléphonie (17 M€), de scellés, de recherche ADN, de frais d'analyse et d'expertise médicale.

¹⁰⁵ Rapports de la Cour des comptes sur l'exécution budgétaire de 2010 et 2011.

¹⁰⁶ Données issues du rapport publié en octobre 2012 de la Cour des comptes sur les frais de justice réalisé à la demande de la commission des finances du Sénat.- années de référence 2006-2011.

S'agissant de la médecine légale, la mission, chargée de la seule évaluation du schéma, n'a pas manqué de relever qu'une économie de 10 M€ était prévue dans les documents budgétaires et ce, sans que le calcul n'en ait été précisé.

Il est à craindre que la programmation des crédits dédiés aux frais de justice soit considérée comme manquant de réalisme comme ce fut objectivement le cas pour la réforme de la médecine légale.

b) Les frais de médecine légale

La loi de finances initiale (LFI) pour 2011 comportait pour le ministère de la justice une dotation de frais de justice de 459,6 M€¹⁰⁷ qui était censée intégrer l'impact de la réforme de la médecine légale.

En réalité, le budget opérationnel de programme (BOP) central sur lequel s'imputent les dotations forfaitaires aux IML et UMJ était amené à supporter une dépense supplémentaire de 54,2 M€, tandis qu'une économie de 30 M€¹⁰⁸ sur les honoraires médicaux était attendue au niveau des BOP des cours d'appel. Ces dernières, en effet, ne devaient plus supporter celles des dépenses auparavant rémunérées à l'acte qui faisaient désormais l'objet d'une prise en charge forfaitaire par les IML et UMJ. Dès le départ, a donc été ainsi acté un surcoût pour le programme de plus de 24M€.

Or, en pratique, tout laisse à penser que cette économie initiale de 30 M€, calculée de façon peu claire, a été elle-même surestimée. En 2012, les actes désormais assumés par les IML et les UMJ représentaient - s'ils avaient continué à être facturés au tarif CPP et tels qu'ils ont pu être reconstitués - moins de 17 M€.

De surcroît, même si ce dernier chiffre de 17 M€ ne se retrouve pas pour autant en diminution correspondante du montant des dépenses toujours payées à l'acte, celles-ci ont apparemment poursuivi de leur côté leur augmentation.

Alors que la dépense n'est financée à ce jour que très incomplètement, la crainte d'une aggravation de la situation est avivée par le fait que maîtriser la progression continuelle des actes de médecine légale s'avère très ardu.

Il convient de relever que les frais médicaux de justice pénale (102,54 M€ en 2012) incluent les frais de justice de médecine légale au sens de la nomenclature du ministère de la justice¹⁰⁹ ainsi que les analyses génétiques, toxicologiques et biologiques. Ils constituaient en 2010, plus de 36 % des frais de justice pénale.

La réforme est intervenue en même temps que le passage sous Chorus qui a entraîné la fusion de certains comptes de dépense. Depuis, il n'est donc plus possible de distinguer la part des frais relevant des analyses génétiques et l'identification des frais de médecine légale concernés par la réforme ne peut toujours pas être réalisée.

¹⁰⁷ Il s'agit de la dotation de l'ensemble des frais de justice, la dotation finale sera de 546,1, soit un différentiel de 77,6M€.

¹⁰⁸ Selon la lettre plafond du 7 juillet 2010.

¹⁰⁹ Le périmètre de la nomenclature comptable est plus large que celui visé par la réforme. Il comprend aussi, sans que cette liste soit exhaustive les expertises psychiatriques, psychologiques, les examens complémentaires aux autopsies et aux examens de victimes, les actes de médecine vétérinaire, autant d'actes qui ne rentrent pas dans le champ de la réforme.

Entre 2007 et 2010, l'augmentation des frais médicaux, y compris les frais d'analyses génétiques, a été de 33,4 %. Si l'on compare 2012 à 2010, on constate, toutes dépenses médicales confondues, une augmentation de 47,42 M€, soit + 43,46 %.

D'après la DSJ, l'accroissement des frais de médecine légale se présente comme suit :

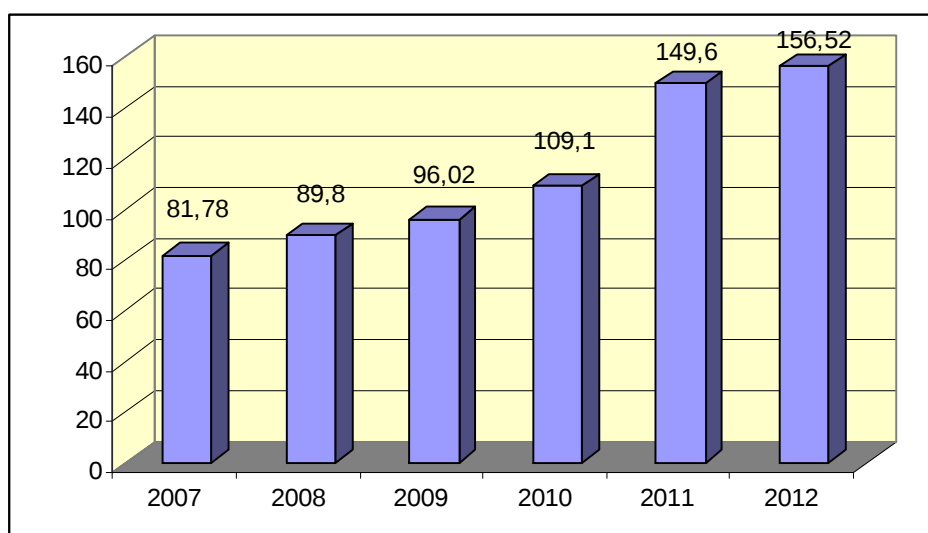
Tableau n° 12 : Frais médicaux de justice pénale avant et après la réforme

en M€	2007	2008	2009	2010	en M€	2011	2012
Frais de médecine légale¹¹⁰	65	72,30	75,14	85,85	Frais de médecine légale, analyses génétiques confondues	104,74	102,54
analyses génétiques	16,78	17,50	20,88	23,25	NC	NC	NC
					dotations versées aux structures de santé	44,86	53,98
Total	81,78	89,80	96,02	109,10	Total	149,6	156,52

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

Il est à noter que la dotation 2011 versée aux structures a été moins importante que celle prévue à l'origine du fait de la montée progressive des recrutements au cours de l'année.

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



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

¹¹⁰ Cf. note de bas de page précédente.

C. Une comparaison entre les dotations et l'application du tarif du CPP légitime mais qu'il convient de dépasser

Pour expliquer le coût excessif selon lui de la réforme, le ministère de la justice s'est livré à un calcul consistant à rapporter au tarif CPP le coût des actes réalisés en 2012 par les UMJ et les IML. Cet exercice a ses limites car il n'intègre pas l'ensemble des dépenses liées aux structures. La mission a cependant pris en considération ce raisonnement qui conduit à une comparaison entre les paiements aujourd'hui supportés par le ministère de la justice sous la forme des dotations forfaitaires et le coût résultant du mode ancien du paiement à l'acte.

Les résultats obtenus à partir des données tirées du bilan 2012 de l'oNML pour d'une part, la médecine légale du vivant et, d'autre part, la thanatologie, sont les suivants :

Tableau n° 13 : comparaison des dépenses de médecine légale du vivant entre le coût CPP et le coût forfaitaire-année 2012

	Examens somatiques GAV réalisés par les UMJ	Examens somatiques victimes réalisés par les UMJ	Autres actes ¹¹¹	TOTAL
Nombre d'actes	97 962	105 848	5970	209 780
Total dotation UMJ selon RIM 4 avril 2012				45,9M€
Coût CPP	5 632 815€	8 520 764€	1M€¹¹²	15,1M€

Source : tableau élaboré à partir des données de l'oNML.

Tableau n° 14 : comparaison des dépenses de thanatologie entre le coût CPP et le coût forfaitaire-année 2012

	Autopsies réalisées par les IML	Levées de corps réalisées par les IML ou UMJ	Examens de corps réalisés par les IML ou UMJ	TOTAL
Nombre d'actes	7619	4409	3688	15 716
Coût CPP	1 051 422 €	253 517 €	212 060 €	1,5M€
Total de la dotation IML selon RIM du 4 avril 2012				10,7M €

Source : tableau élaboré à partir des données de l'oNML.

Si l'on s'en tient à ce raisonnement comparatif, les actes aujourd'hui confiés aux établissements retenus par le schéma et payés forfaitairement auraient coûté en 2012, au ministère de la justice, en l'absence de toute réforme, 15,1 M€ pour la médecine légale du vivant, et 1,5 M€ pour la thanatologie.

¹¹¹ Examens âge osseux, examens « psy » de victime et de personne en GAV, examens liés à la route.

¹¹² Estimation à partir des données d'activité de l'oNML, sur la base des tarifs des expertises psychiatriques (entre 277,50 € et 296 €), des expertises psychologiques (172,80 €) et des tarifs moyens pratiqués. (examens âge osseux : 233 €).

Ainsi, au total, c'est la somme de 16,6 M€ au lieu de 56,7 M€ (en fait 53,4 M€ après réfaction et ajustement) que le ministère de la justice aurait versé suivant l'ancien dispositif et, sur la base de ce qui a été réglé, il aurait été payé 36,7M€ de plus par rapport au coût à l'acte. Rétrospectivement calculé, le différentiel ainsi affiché est de plus de 30 M€ pour la médecine du vivant et plus de 9 M€ pour la thanatologie¹¹³.

Mais cet exercice comparatif, dont on a déjà annoncé les limites, n'a pas la même portée selon que l'on considère la thanatologie ou la médecine légale du vivant.

a) Le comparatif en matière de thanatologie

Si la nouvelle organisation relative à la thanatologie a conduit pour le ministère de la justice, à une augmentation très sensible de son coût (sept fois plus élevé que le tarif CPP), cette augmentation qui vise l'ensemble des actes s'explique largement par l'inadaptation du tarif CPP à la réalité économique du prix de l'acte majeur qu'est l'autopsie. Tous les interlocuteurs de la mission ont considéré que le coût réel d'une autopsie se situe sans conteste très largement au-dessus de la somme de 138 € qui vise à ne payer qu'une seule personne, le médecin légiste. Or, on sait qu'une autopsie requiert une somme importante de moyens en personnel et en matériel depuis la préparation de la salle jusqu'à l'élaboration du rapport.

C'est pourquoi, le coût supplémentaire qui résulte de cette comparaison n'est pas significatif en matière de thanatologie car il ne tient pas compte du coût effectif des infrastructures, de l'entretien et de l'amortissement des matériels, des personnels dédiés, de la permanence et enfin de la qualité de service.

Pour être plus précise, la comparaison devrait pouvoir aussi tenir compte de ce que, avant la réforme, un grand nombre d'autopsies s'accompagnait de la rémunération non tarifée de la mise à disposition du plateau technique par l'établissement qui prêtait ses locaux ou encore de l'achat de consommables divers. Elle devrait également prendre en considération certains postes de dépenses qui depuis la réforme ont augmenté, tels les frais de transport des corps.

Globalement, il convient de retenir que la haute technicité de la discipline et l'importance que revêt la thanatologie dans l'élucidation des crimes méritent qu'on y mette le prix. Pour autant, les disparités constatées entre les IML ne dispensent pas d'une analyse plus fine.

b) Le comparatif en matière de médecine légale du vivant

Au vu de la même comparaison, le coût supplémentaire de ce qui représente l'essentiel de la médecine légale du vivant, à savoir les examens de personnes gardées à vue et les examens de victimes, est également sensible, puisqu'il est trois fois plus élevé que le coût global au tarif CPP.

Cette augmentation se vérifie quand on rapproche ces données de masse aux moyennes de coût à l'acte que la mission a tenté d'établir à partir des volumes d'activité et des dotations perçues par chaque structure de santé.

¹¹³ Ce résultat ne tient pas compte de la réfaction globale de 3,3 M€ intervenue fin 2012.

Si l'on n'a pu définir, pour chaque UMJ, quel est le coût exact de l'examen de garde à vue ou de victime, il est néanmoins possible de s'en rapprocher en s'appuyant sur la part que représente chacun de ces actes dans le volume d'activité.

Suivant cette démarche, on peut dire que, hormis le cas de l'UMJ de Bondy qui présente un coût moyen à l'acte inférieur au tarif CPP d'un examen de personne gardée à vue, toutes les autres UMJ parviennent à un coût supérieur au tarif CPP d'un examen de garde à vue (57,50 €) ou d'un examen de victime (85,50 €).

Mais au-delà des disparités de moyennes de coûts déjà évoquées, ce sont les résultats très nettement supérieurs au tarif CPP qui interrogent. Ainsi, un grand nombre d'UMJ présentent un coût à l'acte moyen supérieur à 300 €.

Afin de donner à son analyse comparative une dimension plus générale, la mission a tenté d'estimer, pour l'année 2012, le coût global des examens de personnes gardées à vue, ceux réalisés par le réseau de proximité compris. Pour y parvenir, il lui a fallu rechercher combien d'examens médicaux de personnes en garde à vue avaient été assurés sur l'année de référence et dans quelle proportion ces actes étaient réalisés respectivement par les UMJ et le réseau de proximité. Pour une part, ces calculs ont dû s'appuyer, faute de données disponibles, sur l'estimation du nombre des personnes appelées à être examinées.

Tableau n° 15 : part des examens de GAV assurés par les UMJ et par le réseau de proximité

Année	GAV hors Paris	examens médicaux¹¹⁴ estimés	examens médicaux réalisés par UMJ	% ex GAV par UMJ	% des ex GAV par le réseau de proximité
2012	356 293¹¹⁵	142 516	97 962	69%	31%

Source : tableau élaboré à partir des données de l'oNML et du ministère de l'intérieur.

Suivant ce calcul, il serait resté en 2012, à la charge des TGI, hors Paris, environ 44 000 actes dont le coût global pourrait représenter près de 2,5 M€ sur la base du tarif CPP de 57,50 €, cette dépense en frais de justice venant s'ajouter à l'enveloppe globale des dotations des UMJ. Ce résultat qu'on voudrait comparer avec l'enveloppe allouée en 2012 aux UMJ doit être néanmoins pris avec précaution, dès lors que le nombre exact d'examens médicaux de personnes gardées à vue est inconnu. On peut néanmoins considérer, au vu des données de l'oNML, que les UMJ, prises dans leur ensemble, réalisent une part importante de ces examens¹¹⁶.

Pour autant, le dispositif se révèle très coûteux pour les examens de personnes en garde à vue. Dès lors que cet acte ne gagne aucune plus-value à être réalisé au sein d'une structure de type hospitalière et qu'il est recommandé de le réaliser sur le lieu de la garde à vue, le coût supplémentaire engendré par la réforme peut, dans un contexte budgétaire très contraint, apparaître excessif.

¹¹⁴ Sur une hypothèse de 40 % d'examens médicaux sur l'ensemble des GAV ; les prolongations sont déjà intégrées dans les chiffres de base.

¹¹⁵ Ensemble GAV sur le territoire national (401 996) moins GAV Paris (45 703).

¹¹⁶ Toutefois la fédération des associations SOS médecins déclare que 40 de ses associations ont réalisé 50 000 examens de GAV en 2012.

Cependant, cette remarque ne vaut que sous réserve de l'indispensable analyse des spécificités locales. En effet, au-delà du mode d'organisation attribué par le schéma, l'implication des acteurs locaux et la qualité de leurs relations contribuent largement au fonctionnement de la médecine légale dans toutes ses composantes. Chaque structure doit en outre être appréciée en fonction de l'économie globale de son fonctionnement.

S'agissant de l'examen de victimes, la mission a tenté également d'identifier quelle était la part des actes réalisés par les UMJ en s'appuyant notamment sur les données de « Chorus formulaires ». Mais les remontées d'informations dont dispose le ministère de la justice sont trop partielles pour être utilisées. Dès lors, faute de comptage ou d'estimation fiable des actes réalisés par le réseau de proximité, il n'a pas été possible d'établir pour l'ensemble du territoire la part respective des UMJ et dudit réseau dans l'examen des victimes.

L'importance du coût supplémentaire de ces examens pratiqués par les UMJ doit être également apprécié au regard des avantages découlant de la prise en charge des victimes par un service médico-légal dédié, disponible et de qualité. Le bilan généralement positif des UMJ en termes de volumétrie et de qualité de service plaide pour le maintien du dispositif dans son principe. Il ne dispense pas pour autant d'une soigneuse analyse au regard des disparités observées.

Qu'il s'agisse de thanatologie ou de médecine légale du vivant, le nouveau mode de rémunération de la médecine légale des établissements de santé a intégré dans le forfait la rémunération de la structure hospitalière de service public. Aussi, aujourd'hui, la justice doit-elle assumer le choix qui a été fait en 2010 et qui consistait notamment à payer ce qui était auparavant supporté par défaut par l'Assurance maladie. Ceci étant, il est légitime que la justice recherche dans la réforme une réelle plus-value par le recours aux structures publiques. Ce faisant, elle prendra utilement en compte les disparités d'activités et de coût des structures publiques mises en place.

D. Le délaissement préjudiciable des prestataires du réseau de proximité

Les retards imposés par la justice aux prestataires rémunérés sur frais de justice sont impressionnants autant que navrants. Outre qu'ils installent une image détestable de l'Etat, le retard chronique dans les paiements apparaît désormais comme un mode de gestion. Il engendre une démobilisation de certains prestataires tandis que d'autres, financièrement capables d'attendre ou assez habiles pour recourir à d'autres niveaux de paiement (la cour d'appel, le niveau central) proposent leur disponibilité pour les actes repérés pour leur rentabilité (technicité limitée, examens de jour, prestations regroupées).

Nombreux sont les prestataires du réseau de proximité qui se plaignent des retards récurrents apportés au règlement de leurs mémoires de frais. Cette situation est notamment signalée par les associations de médecins urgentistes qui déplorent des délais de paiement allant de 3 à 18 mois (ex : Nancy, Roubaix-Tourcoing).

L'absence ou l'irrégularité de revenus, sans compter les incidences fiscales, dissuadent un certain nombre de ces acteurs de poursuivre leur collaboration avec les tribunaux.

S'agissant des hôpitaux, 84 % des paiements des mémoires sur frais de justice par la régie des tribunaux se font au-delà de 6 mois.

Il existe des retards de paiement des mémoires de frais dans 90 % des établissements hospitaliers. Ceux-ci peuvent parfois résulter de retard dans la rédaction des mémoires. En tout état de cause, cela pèse sensiblement sur la trésorerie des hôpitaux.

Ainsi, au centre hospitalier Jean Verdier de Bondy, en 2012, les frais de justice impayés sont estimés à hauteur de 500 000 € sur les trois dernières années. Au centre hospitalier de Garches, le total des sommes non perçues depuis 2007 jusqu'au 14 mai 2013 s'élève à plus de 2,1 M€. A Angers, le centre hospitalier indiquait que la majorité des mémoires des exercices 2011 et 2012 n'avait pas été payée. A Rouen, pour la période 2005-2012, un montant de 21 883 € d'impayés était signalé.

Ces difficultés ont été exprimées quasiment partout où la mission s'est déplacée.

Dans ce contexte certains prestataires de la médecine légale de proximité ont renoncé à le demeurer. Parfois de manière indirecte, ils ont réagi en annonçant leur intention d'accompagner leur non-intervention sur réquisition judiciaire d'un refus de satisfaire les demandes formulées dans d'autres contextes tels que les admissions ou les incidents en maison d'arrêt.

E. Un contentieux administratif et financier entre la justice et la santé

Malgré les efforts de collaboration déployés entre les services, les directions en charge de la réforme aux ministères de la justice et de la santé se trouvent opposées de manière plus ou moins vive.

La mise en œuvre des protocoles par les acteurs locaux a donné lieu à de multiples échanges pour corriger parfois une créativité excessive par rapport au cadre du schéma ou aux règles générales de la comptabilité publique. Des refus d'aval ont ainsi été opposés par les directions centrales, entraînant localement la réitération de rédactions ou de négociations. La mise en œuvre des examens de garde à vue par les UMJ et sa coordination avec le réseau de proximité ont ainsi constitué de fréquents sujets de difficulté.

La décision prise en 2012 de supprimer la structure publique créée par le schéma à La Rochelle a été une source de conflit durable, tous les acteurs du terrain ayant continué pendant plusieurs mois à fonctionner selon l'organisation antérieure. Ce contentieux a finalement été réglé à l'occasion de la rédaction de la convention justice-santé¹¹⁷ intervenue pour le règlement intermédiaire des dotations annuelles¹¹⁸.

Le règlement en deux temps des dotations annuelles versées par le ministère de la justice aux établissements de santé est irrégulier dans son rythme. Le versement de la première moitié qui devrait correspondre à 50 % de la somme budgétée pour l'année en fonction des ETP attribués intervient plus tard que prévu dans l'année.

¹¹⁷ Cf. annexe 8.

¹¹⁸ Il a finalement été convenu que les mois de fonctionnement supplémentaire de la structure de la Rochelle donnaient lieu à la rémunération des actes décomptés en appliquant les tarifs CCP.

1.3.4.2 Le ministère de l'intérieur continue à immobiliser des personnels opérationnels plus qu'il ne conviendrait

Il est difficile d'évaluer avec précision la charge nouvelle engendrée par la réforme pour assurer la logistique des actes médico-légaux. Avant la mise en œuvre du schéma, les chiffres disponibles en la matière étaient soit incertains soit inexistants. Pour autant, cette charge paraît avoir augmenté du fait notamment de la concentration des autopsies sur trois fois moins de sites, mais aussi du fonctionnement inégal des UMJ. La mission s'est donc efforcée d'établir des chiffres globaux et actuels.

A. Les sujétions et les coûts engendrés pour la police nationale

En 2011, suite à la mise en place du schéma de la médecine légale, la crainte d'assister à une augmentation des immobilisations prolongées et répétées des effectifs à l'occasion de la conduite des gardés à vue et, pour une moindre partie, des victimes, avait été exprimée par les services de la police nationale.

Cette crainte s'appuyait sur le manque de mobilité et de disponibilité des médecins des UMJ pour les examens des gardés à vue, l'insuffisance des équipes mobiles mises en place et le désengagement de certains praticiens du réseau de proximité.

Les éléments communiqués par la seule direction centrale de la sécurité publique confirment les craintes exprimées sur les effets de la réforme de la médecine légale puisqu'elles font apparaître une augmentation du nombre d'heures consacrées au transport des personnes placées sous le régime de la garde à vue de 13 % de 2011 par rapport à 2010 et de 9 % de 2012 par rapport à 2011¹¹⁹.

Pour l'année 2012, le coût induit par les examens des gardés à vue est différent suivant le dispositif retenu.

Sur les 91 départements de la métropole (hors les quatre de la préfecture de police), 17 appliquent strictement la réforme (recours aux seules UMJ), 31 ne l'appliquent que partiellement dans le cadre d'un protocole avec les médecins libéraux pour pallier le manque de disponibilité des UMJ, 22 ont recours aux UMJ et aux médecins libéraux en dehors de tout protocole et 21 n'appliquent pas du tout la réforme.

Des équipes mobiles assurant la projection des praticiens dans les locaux des services de police ont été mises en place par 20 UMJ, permettant ainsi la réalisation de l'examen médical sur place.

Les données chiffrées ont été fournies par les représentants des trois directions centrales principalement concernées par la mise en place du schéma.

La direction centrale de la sécurité publique a consacré 214 497 heures fonctionnaire au transport des personnes gardées à vue aux fins d'examen médical. La valorisation de ces heures-fonctionnaire en équivalent temps plein (ETP) représente 132 ETP.

¹¹⁹ 2010 : 173 964 heures – 2011 : 196 932 heures – 2012 : 214 497 heures.

L'engagement de la direction de la police aux frontières représente 3 ETP, ces données relativement faibles s'expliquant par le fait que les examens médicaux sont essentiellement concentrés sur les plates-formes aéroportuaires. La direction centrale de la police judiciaire n'a pu fournir de données précises estimant toutefois que le temps consacré aux transferts et escortes des personnes gardées à vue aux fins de l'examen de compatibilité était très faible, ces missions étant généralement assurées par des effectifs de la sécurité publique.

Le temps fonctionnaire consacré par la préfecture de police sur les trois départements périphériques (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) inclus dans le schéma de la médecine légale représente 58 ETP. Le total national représente donc à 193 ETP.

Tableau n° 16 : évaluation des heures fonctionnaire mobilisés pour les transferts des personnes gardées à vue

Direction de la police nationale	Heures fonctionnaire	ETP
Direction centrale de la sécurité publique	214 497	132
Direction centrale de la police aux frontières	4 499	3
Direction centrale de la police judiciaire	indéterminé	indéterminé
Préfecture de police ¹²⁰	93 970	58
Total	313 159	193
Coût ¹²¹		11,51M€

Source : ministère de l'intérieur

Pour mémoire, il convient d'observer que le temps consacré au transfert des personnes gardées à vue à Paris intra-muros, correspond à 130 ETP.

La direction des ressources et des compétences de la police nationale (DRCPN) estimant le coût moyen salarial d'un ETP du corps d'encadrement et d'application à 59 659 €, la charge financière totale supportée par la police nationale s'élève donc à 11 514 187 €.

Les représentants de la police nationale rencontrés par la mission (direction générale, directions centrales et responsables locaux) espèrent une révision de l'organisation et des moyens dévolus aux UMJ. Ils considèrent anormal d'avoir à supporter la charge des conduites des gardés vers les UMJ alors que l'examen sur site devait être la règle. A tout le moins, dans les cas de transport vers l'établissement hospitalier, notamment dans les secteurs dépourvus d'UMJ, ils estiment que les personnes gardées à vue devraient pouvoir bénéficier d'un accueil prioritaire.

¹²⁰ Les données chiffrées de la Préfecture de police prennent en compte les trois départements de la petite couronne (92, 93, 94).

¹²¹ Coût compte d'activité spéciale (CAS), pension compris.

B. Les sujétions et les coûts pour la gendarmerie nationale

La gendarmerie nationale consacre pour la médecine légale une activité horaire évaluée à 330 300 heures gendarmes. Les modalités de détermination de ce volume horaire sont détaillées dans l'annexe 9 pour chacune des missions découlant de la médecine légale. La valorisation de cette activité représente 185 ETP en 2012.

Tableau n° 17 : évaluation des heures gendarmes consacrées à la médecine légale

Missions	Heures gendarme	ETP
Levées de corps	104 500	58
Autopsies	47 900	27
– Examens de compatibilité en UMJ	43 200	24
– Examens de compatibilités urgences proximité	134 700	76
Total	330 300	185
Coût¹²²		13,94M€

Source : tableau élaboré par la mission sur la base des données du ministère de l'intérieur.

L'étude de ces données souligne des volumes d'activité particulièrement importants concernant les levées de corps ainsi que la réalisation de l'examen médical des personnes gardées à vue dans les services d'urgence du réseau de proximité.

Ces données sont à mettre en relation avec la dépendance de la gendarmerie par rapport au réseau de proximité dont la mission a relevé qu'il n'avait pas été structuré afin de compléter efficacement la couverture territoriale réalisée par les IML et les UMJ.

Il est donc indispensable d'accroître, au sein du réseau de proximité, le nombre de médecins légistes aptes à se déplacer sur le terrain dans le cadre des levées de corps et dans les unités de gendarmerie pour les examens in situ des personnes gardées à vue.

Ces mesures sont de nature à générer des économies en heures gendarme dans le domaine des délais de transport et au niveau de l'attente qui allonge la durée des missions.

1.3.4.3 Les hôpitaux supportent toujours des frais importants liés à la médecine légale

Avec la réforme, le principe a été posé que les établissements de santé et donc l'Assurance maladie n'avaient plus à contribuer au paiement des actes de médecine légale. En pratique, les hôpitaux continuent de supporter de manière parfois importante certains d'entre eux. Il s'agit de la conservation de prélèvements non scellés et qui, à ce titre, ne sont donc pas facturables¹²³.

¹²² Coût CAS pension comprise.

Par ailleurs, cette valorisation ne prend pas en compte les coûts induits par l'utilisation, l'usure et le remplacement des véhicules utilisés pour réaliser ces missions.

¹²³ Les coûts non facturables des prélèvements sans scellés représenteraient de 20 000 €/ an à Montpellier à 200 000 €/ an à Jean Verdier.

On sait par ailleurs que la trésorerie des établissements de santé est fragilisée par l'absence ou les retards de paiement de prestations par le ministère de la justice. Il convient de préciser qu'une petite partie de ces retards sont imputables à un défaut de facturation des hôpitaux.

Enfin, le versement de la première partie des dotations annuelles par le ministère de la justice est souvent tardif. Cela fragilise la trésorerie des établissements de santé, sièges d'IML et d'UMJ.

2. UNE EVOLUTION INDISPENSABLE

Au regard de l'acuité des critiques émises, les inflexions qu'il est suggéré d'apporter à l'économie de la réforme de 2010 ne peuvent être qu'importantes. Elles s'imposent avec d'autant plus de force que, à dispositif inchangé, elles se heurtent déjà à une situation de blocage manifeste et à un attentisme regrettable.

Après avoir formulé les recommandations qu'elle pense utiles à l'évolution du schéma de médecine légale, la mission distinguera, chaque fois que possible, parmi ses propositions, celles qu'elle estime génératrices d'économies, celles qui pourraient engendrer une dépense, et celles qui seraient susceptibles d'être réalisées à coût constant. Elles seront regroupées à l'occasion de la présentation synthétique des recommandations.

Il est préconisé d'adopter une nouvelle stratégie qui permette notamment de repartir sur des bases financières saines et qui soit plus globale et plus pragmatique (2.1).

Celle-ci devrait s'appuyer sur une série de mesures administratives, juridiques, techniques et financières qui visent aussi bien à :

- optimiser la contribution des IML et des UMJ (2.2) ;
- mobiliser plus efficacement la ressource en praticiens (2.3) ;
- améliorer la pratique de la médecine légale et, plus spécialement, celle des catégories d'actes où le plus de difficultés sont rencontrées : levées de corps, examens médicaux de garde à vue et scellés (2.4) ;
- réviser la tarification (2.5) ;
- introduire plus de rigueur dans la gestion de la dépense (2.6) ;
- rechercher, enfin, des ressources nouvelles pour le financement de la médecine légale (2.7).

2.1 Adopter une nouvelle stratégie

La stratégie nouvelle ne doit pas se focaliser sur le seul sujet de la justification ou non du montant global des dotations forfaitaires. Ainsi, certains tendent à circonscrire le débat en rapportant sans cesse le montant de ces dotations au prix des prestations évaluées par référence au tarif du CPP. Une telle approche est aujourd'hui dépassée

La mauvaise appréciation initiale du coût effectif de la réforme perdure au point de faire oublier que la création des structures publiques comportait le financement des infrastructures et de leur entretien ainsi que celui d'un personnel dédié astreint qui plus est à des obligations de permanence du service public. Rémunérant pour la première fois toutes les composantes du prix du service requis, la justice a pu avoir l'impression de payer soudain fort cher ce qu'elle obtenait auparavant à moindre coût. La santé quant à elle peut avoir le sentiment, d'une part, que les dotations sont une sorte de droit acquis et, d'autre part, que les tâches accomplies au forfait ont un coût et ne sauraient être indéfiniment multipliées.

L'analyse à laquelle il a été procédé conduit de fait à considérer plus généralement que la priorité est de procéder à la résorption des impayés avant de poser un cadre d'action différent.

2.1.1 Résorber prioritairement les impayés

Le montant des charges à payer en matière de frais de justice s'élevant à 110 M€ pour 2012 et étant évalué à environ 140 M€ pour 2013, la mission s'est efforcée d'isoler celui correspondant à la médecine légale. Une estimation a été demandée à la DSJ qui, faute d'instrument précis, n'est pas en capacité d'avancer un chiffre.

Au regard des divers éléments recueillis, la mission considère que les charges à payer en frais de justice de médecine légale pourraient être de l'ordre de la moitié de cette somme.

Un arriéré aussi important apparaît inacceptable aussi bien sur le plan des principes que du point de vue de l'efficacité du fonctionnement du service public de la médecine légale.

En effet, au moment même où l'Etat a mis en place des délais de paiement raccourcis pour certains de ses fournisseurs, il accumule des retards, parfois de plusieurs années, pour le règlement des sommes dues à des prestataires du réseau de proximité. Cette situation conduit en outre de plus en plus fréquemment certains acteurs de ce réseau à ne plus vouloir intervenir compte tenu des retards accumulés et de l'absence de lisibilité pour l'apurement des sommes dues.

Il apparaît dès lors urgent et essentiel qu'il soit procédé rapidement à la résorption de l'arriéré et à la mise en place de moyens permettant d'assurer pour l'avenir le règlement régulier des dépenses en cause.

Recommandation n° 1. *Résorber les impayés des juridictions en matière de frais de justice de médecine légale et assurer le paiement rapide des différents prestataires.*

2.1.2 Conforter juridiquement l'organisation de la médecine légale

Si l'initiative prise en 2010 de procéder à une formalisation de l'organisation de la médecine légale a été importante dans son principe, elle a choisi comme support juridique une simple circulaire. Il est souhaitable que la démarche se poursuive désormais avec une formalisation juridique qui soit plus contraignante qu'une circulaire, fût-elle interministérielle¹²⁴.

¹²⁴ La mission IGSJ-IGAS de 2006 le préconisait déjà prioritairement.

Outre que certaines évolutions aujourd'hui nécessaires peuvent impliquer techniquement le recours à la loi ou au décret, il faut souligner, sur un plan général, qu'il n'est pas certain que l'organisation prônée par les circulaires successives ait toujours été suffisamment regardée comme impérative. Les multiples aménagements adoptés localement, s'ils avaient l'avantage de la souplesse, l'ont été d'autant plus aisément qu'ils paraissaient juridiquement possibles. Or, le schéma qui met en place une organisation et recourt à des fonds publics, a vocation à être respecté. Il le sera d'autant mieux qu'il pourra être regardé comme normatif par tous les acteurs. Aussi à court terme, c'est principalement la voie réglementaire du décret qui paraît devoir être retenue pour organiser la médecine légale et ses conditions de mise en œuvre.

Les modalités du recours aux structures publiques du schéma comme au réseau de proximité gagneraient à figurer dans le CPP, même s'il est bien certain sur le fond que la rédaction de ces textes devra laisser la place à la souplesse que requiert la réalité judiciaire marquée par la gravité, l'urgence et le respect des libertés.

Recommandation n° 2. *Poursuivre la réforme de la médecine légale dans la perspective d'une intégration dans le CPP des dispositions qui en régissent l'organisation et le fonctionnement.*

2.1.3 Développer une approche plus globale de la médecine légale

Il convient de revenir sur l'insuffisante attention portée au réseau de proximité, à la spécificité des structures parisiennes et aux difficultés propres aux examens des personnes gardées à vue.

2.1.3.1 Consacrer pour l'avenir plus d'efforts à l'organisation du réseau de proximité

L'intérêt presque exclusif porté jusqu'à présent à l'aménagement des responsabilités des IML et des UMJ appelle maintenant un rééquilibrage de préoccupations tournées vers la résolution des problèmes aigus auxquels le réseau de proximité est confronté.

En effet, si un effort de rationalisation des conditions de réquisition et de fonctionnement des structures publiques s'impose en vue d'une recherche de performance, le réseau de proximité qui, en l'absence probable de généralisation des établissements publics de médecine légale, a vocation à perdurer, doit être mieux connu, reconnu, organisé et valorisé.

Il importe localement, à l'initiative des organes de pilotage de la médecine légale, d'identifier avec les ARS et les organisations professionnelles la ressource médico-légale disponible avant de la mobiliser autour de nouvelles options d'organisation.

Recommandation n° 3. *Rééquilibrer les efforts en faveur de l'organisation et du bon fonctionnement du réseau de proximité.*

Recommandation n° 4. *Identifier, par le biais notamment des ARS, la ressource médico-légale disponible en vue d'une structuration opérationnelle du réseau de proximité.*

2.1.3.2 Intégrer le statut de Paris dans la réflexion

Les structures médico-légales parisiennes sont les plus importantes de France. Elles interagissent avec le fonctionnement médico-légal des ressorts judiciaires voisins. L'exclusion *a priori* de Paris du schéma de 2010 ne pouvait se justifier qu'à l'issue d'une analyse préalable de son organisation particulière tant pour la thanatologie que pour la médecine légale du vivant. Cette étude reste à mener.

Elle paraît aujourd'hui indispensable d'autant que l'IML de Paris est en cours d'évolution et que l'UMJ de l'Hôtel-Dieu est concernée par une réforme au sein de l'AP-HP.

Recommandation n° 5. *Consacrer une étude spécifique à l'ensemble des composantes de la médecine légale à Paris.*

2.1.3.3 Mieux prendre en compte les difficultés rencontrées en matière de garde à vue

Compte tenu des enjeux opérationnels, qu'il s'agisse de l'importance des effectifs de police et de gendarmerie mobilisés mais aussi de la sécurité des personnes et du temps consacré aux enquêtes, la réalisation *in situ* des examens médicaux des gardés à vue devrait être érigée en objectif de principe comme, du reste, la circulaire de 2012 incitait à le faire.

Recommandation n° 6. *Privilégier l'examen médical in situ de la personne gardée à vue et limiter son transport à des situations particulières.*

2.1.4 Introduire plus de pragmatisme dans le choix des moyens mis en œuvre

2.1.4.1 Décliner une médecine légale qui soit plus adaptée à la singularité des besoins et des situations

L'objectif de plus grande professionnalisation doit être mieux explicité. Il n'est pas une tentative de généralisation - au demeurant illusoire - de l'intervention de seuls « spécialistes » de médecine légale. Les conséquences doivent être mieux tirées de la reconnaissance d'une graduation de compétences des praticiens selon la catégorie d'actes pratiqués. Le principe de technicité moindre, parmi les actes de médecine légale, des examens de compatibilité à la garde à vue devrait être reconnu plus clairement pour relativiser, dans la prise en charge de ces examens, le rôle systématiquement privilégié des UMJ quand elles peinent à l'assumer.

De même, en matière de levées de corps, pourrait être reconnue la possibilité pour les personnels formés à la police scientifique, en attente ou en absence de médecin légiste, de réaliser des actes conservatoires mais déterminants comme les prises de températures corporelle et d'environnement. Une telle évolution nécessite, sous le regard croisé du conseil supérieur de la médecine légale (CSML) et du conseil supérieur de la police technique et scientifique (CSPTS), une analyse des pratiques actuelles des services et des évolutions possibles. Autrement dit, dans le cadre de la réforme devraient être objectivement reconnues et sciemment aménagées, faute de mieux, des situations d'exercice substitutif de la thanatologie et plus spécifiquement des levées de corps.

Recommandation n° 7. *Consacrer la possibilité de recourir de façon organisée à un plus large éventail de médecins pour les examens des personnes placées en garde à vue.*

Recommandation n° 8. *Faire examiner, de manière concertée par le conseil supérieur de la médecine légale et le conseil supérieur de la police technique et scientifique, la répartition des actes de médecine légale et de police technique lors de la levée de corps.*

2.1.4.2 Reconsidérer la carte des UMJ

La carte des UMJ doit être adaptée aux besoins des TGI au regard principalement de leur niveau d'activité pénale mais aussi des spécificités locales. Si des choix prioritaires s'avèrent nécessaires, ils devront tenir compte de ces critères.

En outre, au regard des disparités observées entre les structures hospitalières dédiées, il n'est pas nécessairement opportun de continuer à adosser systématiquement une UMJ à un IML alors que l'intérêt de la mutualisation des moyens reste affaire de contexte. Instituer un ajustement entre l'institution d'une UMJ et l'importance du ressort judiciaire semble en revanche plus judicieux.

Recommandation n° 9. *Adapter la carte des UMJ aux besoins en médecine légale des TGI.*

2.1.5 Créer un dispositif institutionnel de pilotage de la médecine légale

L'administration centrale du ministère de la justice devrait disposer d'une vision globale de ses besoins en médecine légale sur l'ensemble du territoire national.

De même, le ministère de la santé devrait être en mesure d'apprécier la demande du ministère de la justice en fonction de la capacité des établissements publics de santé dédiés et placés sous sa tutelle et de l'offre médico-légale présente sur l'ensemble du territoire.

En réalité, aucune autorité ne dispose de ce degré de connaissance, raison pour laquelle toute démarche d'évaluation restera, à dispositif constant, très difficile.

Si l'on souhaite véritablement progresser en ce domaine, il faut se doter d'un dispositif institutionnel de gestion de la médecine légale. Celui-ci pourrait reposer au niveau central sur un comité interministériel de pilotage et au niveau local sur des comités correspondants.

Ces instances nationales et locales auraient en outre à leur disposition un nouvel observatoire dont le champ serait élargi à toute la médecine légale.

2.1.5.1 Au niveau central

Le comité interministériel de pilotage aurait vocation à devenir une instance de réflexion, d'animation, de coordination et de décision en matière de médecine légale.

Il pourrait comprendre parmi ses membres, des représentants des ministères de la justice, de la santé, de l'intérieur et du CSML. Pour garantir la bonne coordination des institutions et services concernés, il serait utilement placé sous l'autorité du Premier ministre.

Afin d'être renseigné au mieux, ce comité pourrait s'appuyer sur un système d'information interministériel de suivi des actes de médecine légale.

La création, à partir de l'expérience de l'oNML, de ce système impliquerait la mise en place d'un dispositif national qui serait alimenté et partagé par tous les acteurs de la médecine légale : juridictions, services et unités d'enquête, IML, UMJ, établissements de santé publics et prestataires du réseau de proximité.

Complément de l'indispensable développement en interne des applications déjà existantes dans chacun des ministères, cet outil interministériel coûterait, selon l'estimation sollicitée auprès de la DGOS, environ 120 000 € pour son développement, 30 000 € annuels pour sa maintenance et deux ETP pour son fonctionnement¹²⁵.

2.1.5.2 Au niveau local

La mission a fait le constat de la perte de repères et par voie de conséquence, de maîtrise de la médecine légale dans toutes ses composantes, par les autorités locales et en particulier les chefs de parquet qui en sont les principaux animateurs. La centralisation d'une partie de la gestion des frais de justice médicaux introduite par la réforme a entraîné une dilution des responsabilités qu'il importe de corriger.

Pour ce faire, il conviendrait de prévoir au niveau de chaque TGI, des instances de pilotage dont feraient partie notamment les chefs de juridiction, les représentants des IML et des UMJ quand ces structures existent, le directeur de l'ARS et les responsables de la police et de la gendarmerie.

Ce comité devrait permettre à chaque procureur de la République de :

- connaître les acteurs de la médecine légale dont il dispose, réseau de proximité compris ;
- connaître leur capacité à intervenir et leur volume d'activité ;
- contribuer à structurer le réseau de proximité ;
- initier des protocoles et les faire évoluer ;
- suivre la dépense de médecine légale, qu'elle soit imputée sur le budget du TGI ou sur l'enveloppe forfaitaire payée au niveau central.

Pour faire la synthèse de ce dispositif, veiller à son harmonisation et maîtriser la dépense, un comité de pilotage pourrait également être instauré au niveau des chefs de cour d'appel regroupant les chefs de juridiction de chaque ressort, les responsables de la police et de la gendarmerie et ceux de l'ARS.

Recommandation n° 10. *Instaurer des dispositifs de pilotage de la médecine légale au niveau national avec la création d'un comité interministériel et au niveau local avec la création de comités associant notamment, autour des chefs de juridiction, les signataires des protocoles et les représentants des ARS, des IML et des UMJ.*

Recommandation n° 11. *Développer un outil commun de suivi de l'ensemble des actes de médecine légale accomplis sur le territoire national.*

¹²⁵ Cf. annexe 19 sur la création d'un système de suivi de la médecine légale.

2.1.6 Se doter d'instruments de mesure et d'accompagnement

2.1.6.1 Aménager la mise en commun des données recueillies par chacun des ministères

Chaque ministère a développé des instruments statistiques que l'on devrait pouvoir faire évoluer afin de satisfaire les besoins du système d'information interministériel dont la création est préconisée.

Le ministère de la justice dispose de « Chorus formulaire » dont les limites ont été décrites. Une réforme doit intervenir. Quelle que soit la solution technique retenue, les services judiciaires doivent pouvoir disposer d'éléments de traçabilité des réquisitions depuis leur prescription jusqu'à leur paiement.

De son côté, le ministère de la santé doit enrichir certains indicateurs de l'oNML.

La police nationale doit procéder à partir de son logiciel de rédaction des procédures, au recensement automatique des autopsies, levées de corps, examen de corps, examens de gardés à vue et examens de victimes. La gendarmerie nationale doit poursuivre les développements internes de son logiciel LRPGN afin de compléter les extractions que cet outil permet déjà.

Il s'avère néanmoins nécessaire que soit au préalable levée l'incertitude dans laquelle se trouvent les acteurs de la sécurité intérieure, à la suite de la décision du ministère de la justice, de mettre en œuvre un pilotage des frais de justice reposant non plus sur les engagements mais sur le paiement des mémoires de frais. Ce changement radical de stratégie a en effet été interprété comme un abandon des développements entrepris ou réalisés depuis 2010 par la police et la gendarmerie pour transmettre à la justice les informations sur l'engagement des dépenses consécutif à la prise de réquisitions.

L'ensemble des données ainsi collectées au niveau des juridictions et des services d'enquête contribuerait à une connaissance plus exhaustive des actes requis. Cette dernière enrichirait le pilotage recommandé par ailleurs et permettrait une responsabilisation de tous les acteurs qui concourent à la mise en œuvre de la médecine légale.

Dans cette perspective, il est indispensable que les manquements constatés lors de la mise en œuvre du schéma ne se reproduisent pas. Des mesures de préparation au changement doivent être envisagées, parmi lesquelles des expérimentations ciblées afin de dégager les solutions pratiques permettant d'obtenir un taux optimal de remontée d'informations dès la mise en œuvre des nouvelles procédures envisagées.

Recommandation n° 12. *Aménager le recueil des données relatives à la médecine légale par chacun des ministères et leur mise en commun.*

2.1.6.2 Des actions d'accompagnement

La méconnaissance relative du schéma et de ses conséquences en termes d'organisation et de dépenses rend indispensable un effort d'information et de formation des personnels. Il en va de l'efficacité de la réforme, qu'il s'agisse du respect des règles posées ou de la maîtrise des enjeux techniques, juridiques ou financiers. Les règles d'organisation et de fonctionnement posées au niveau interministériel doivent être soigneusement déclinées par chaque département ministériel et complétées au niveau local par les spécificités résultant des protocoles.

Des erreurs ont été observées. Ainsi, des engagements de dépense sont signalés pour des réquisitions aux établissements financés au forfait. Des actes inclus dans le périmètre des forfaits versés aux IML et UMJ font l'objet de réquisitions pour paiement à l'acte. Des prestations complémentaires à des actes couverts par les forfaits sont légitimement payées hors forfait mais improprement enregistrées ; elles laissent croire comptablement à des dédoublements de rémunérations.

De telles situations mettent en évidence la nécessité d'une meilleure formation des acteurs pour parfaire les contrôles internes. Ainsi serait notamment évité le paiement sur frais de justice d'un acte rémunéré par ailleurs dans la dotation d'un IML ou d'une UMJ.

Recommandation n° 13. *Veiller à la bonne information des acteurs de la médecine légale sur les dispositions du schéma et de ses déclinaisons locales.*

Recommandation n° 14. *Assurer la formation des personnels de manière à éviter les erreurs d'enregistrement relatives aux prescriptions et aux paiements des actes.*

2.2 Optimiser la contribution des IML et des UMJ

L'organisation de la réponse des IML et UMJ n'est pas fondée sur un nombre prévisionnel d'actes mais sur un effectif théorique et une permanence médicale définie « sur la base du volume d'activité constatée et prévisible¹²⁶ ». Ainsi l'organisation sur laquelle les établissements de santé se sont engagés reflète un besoin de permanence traduit par une présence médicale. C'est cette disponibilité en personnels et en infrastructures dédiées qui est rémunérée et non pas seulement les actes en eux-mêmes.

Cependant, il apparaît légitime de prendre plus en compte l'activité effective des structures en se dotant d'indicateurs permettant d'en faire la meilleure utilisation possible au regard des moyens et des besoins, c'est-à-dire d'optimiser la gestion et la performance.

2.2.1 Développer des indicateurs d'activité et de performance

En élaborant et en rapprochant les ratios d'activité des structures à dotations et organisations comparables, la mission a fait apparaître que certaines coûtaient plus cher que d'autres. Ces écarts objectifs doivent être expliqués et discutés au sein des comités de pilotage locaux en prenant en compte l'offre et les besoins afin de disposer d'une analyse plus fine des organisations locales et de la répartition des coûts.

¹²⁶ Cf. annexe 3 de la circulaire du 27 décembre 2010 précitée.

Ainsi il convient de caractériser plus précisément l'activité des structures dans leur fonctionnement : utilisation effective de la structure, emplois réels et prévus, amplitudes horaires, niveaux de mutualisation entre les IML et les UMJ, analyse des coûts hospitaliers... Il est également nécessaire d'identifier les facteurs susceptibles d'influer sur la demande tels que le niveau global des besoins en examens de victimes et de gardés à vue dans le ressort, la part couverte par la structure ainsi que les facteurs pouvant limiter son utilisation (recours à d'autres prestataires, amplitude horaire inadaptée, problèmes d'accessibilité, manque de moyens ...).

Recommandation n° 15. *Développer des indicateurs d'activité et de performance pour les IML et les UMJ.*

2.2.2 Exploiter ces indicateurs

Une fois les données recueillies et les indicateurs définis et confrontés entre eux, les évolutions possibles pour améliorer le service rendu peuvent se faire dans deux directions :

- privilégier le recours optimal aux UMJ et IML, hors le cas des examens en garde en vue qui nécessitent des organisations différenciées ;
- réévaluer, le cas échéant, les besoins de la permanence au sein des IML et des UMJ, avec transfert d'activité possible vers le réseau de proximité.

Le lien de ces structures avec leur environnement hospitalier devra aussi être pris en compte pour valoriser la qualification des personnels et assurer un accueil de qualité des victimes d'infraction sur l'ensemble du territoire.

Toute réorganisation du dispositif doit s'accompagner d'une étude de faisabilité et d'une étude d'impact¹²⁷ préalables afin de s'assurer qu'on ferait mieux en termes de coût-avantage sans dégrader la qualité des prestations. Elles seraient complétées, si nécessaire, par une expérimentation.

L'analyse affinée des activités et performances telles qu'initiées par les approches mises en œuvre dans le présent rapport devrait permettre d'encadrer l'adaptation annuelle des dotations et, si nécessaire, d'envisager une révision de la carte des UMJ. En effet, une fois fixé le cahier particulier des charges d'une UMJ en fonction de la demande judiciaire locale et des moyens disponibles chez les partenaires, la carte pourrait être modifiée par création ou suppression d'UMJ.

Recommandation n° 16. *Adapter progressivement les dotations des structures des IML et des UMJ en fonction de leur activité et de leurs performances.*

2.3 Mobiliser plus efficacement la ressource professionnelle en médecine légale

L'analyse des données disponibles concernant les effectifs actuels et à venir de médecins ayant une compétence reconnue en médecine légale montre une situation démographique en tension et susceptible de s'aggraver.

¹²⁷ Par impact, on entend notamment les effets attendus sur la demande mais aussi ceux des éventuels transferts d'activité sur l'organisation locale des soins (effet sur le fonctionnement des hôpitaux non dotés d'UMJ et sur la permanence des soins,...).

Si certaines IML et UMJ peinent par endroit à compléter leurs effectifs, il est fréquemment rapporté des difficultés pour trouver des praticiens pouvant assurer des actes médico-légaux au sein du réseau de proximité, le manque criant de médecins généralistes s'ajoutant parfois à la carence en légistes.

Face à ce constat, il est urgent de recenser et de structurer l'ensemble des ressources disponibles en vue de mieux utiliser le vivier existant et de favoriser la formation de nouveaux praticiens. Parallèlement, pour anticiper les éventuelles tensions entre la permanence des soins ambulatoires et les besoins de médecine légale, il convient d'inciter les procureurs de la République à organiser des concertations entre les parties prenantes dans les zones à faible densité en médecins généralistes.

Il faut donc veiller à renforcer l'existant et à susciter de nouveaux recrutements.

2.3.1 Renforcer l'existant

Pour ne pas désorganiser la permanence des soins, il serait souhaitable, particulièrement dans les zones à faible démographie médicale, que les procureurs de la République mettent en place une organisation autonome et pérenne selon les modalités évoquées dans le guide du médecin intervenant en garde à vue¹²⁸.

Engagées par le procureur de la République avec la totalité des acteurs locaux (ARS¹²⁹, centres hospitaliers, associations de médecins, conseil départemental de l'Ordre des médecins, chef de service de l'IML-UMJ, direction départementale de la sécurité publique, groupement de gendarmerie départementale), des concertations utiles pourraient être élargies à la prise en charge des victimes et des levées de corps, avec l'objectif d'établir des listes de médecins volontaires permettant d'assurer la permanence des examens médico-légaux dans le réseau de proximité.

Recommandation n° 17. *Inciter les procureurs de la République à organiser, en lien avec les parties prenantes et dans le respect des exigences de la permanence des soins ambulatoires, une permanence de médecine légale dans le réseau de proximité.*

2.3.2 Susciter de nouveaux recrutements

Les difficultés rencontrées pour trouver des médecins libéraux susceptibles d'accomplir certains actes de médecine légale dans le réseau de proximité appellent à mener des actions pour drainer d'autres profils de médecins suffisamment disponibles et prêts à se former pour s'impliquer dans ce type d'activité. Il pourrait s'agir de médecins retraités, de médecins militaires, de médecins pompiers ...

Recommandation n° 18. *Etudier la possibilité de recenser, sensibiliser et former d'autres profils de médecins susceptibles d'intervenir dans le réseau de proximité : médecins retraités, médecins militaires, médecins pompiers ...*

¹²⁸ Cf. note bas de page n°58 ;

¹²⁹ Si l'ARS peut aider à identifier des médecins mobilisables comme dans le Nord-Pas-de-Calais, elle ne peut pas gérer l'organisation des réquisitions judiciaires pour l'examen des gardes à vue qui relève de la seule compétence de la juridiction.

Une autre piste est de susciter ou de renforcer l'implication des médecins libéraux, qui connaissent peu l'activité de médecine légale ou qui s'en sont éloignés après l'avoir pratiquée faute de pouvoir donner sens à leur engagement. Privés de la pratique des autopsies après la réforme, des médecins légistes libéraux ont cessé de faire des levées de corps, mus par le sentiment de n'être que des prestataires accessoires dans la chaîne médico-légale. Au-delà de la question particulière des autopsies, il faut prendre en considération le besoin des médecins de proximité d'inscrire leurs actions dans une continuité valorisante sur le plan intellectuel. L'objectif est de dynamiser et de fidéliser ces praticiens en les identifiant dans un réseau de correspondants en médecine légale du TGI.

Recommandation n° 19. *Etudier les modalités de mise en place d'un réseau de médecins libéraux portant l'appellation d'attachés de médecine judiciaire et identifiés par inscription sur une liste établie par le procureur de la République.*

Parallèlement à la mise en place d'équipes médicales dédiées, la réforme de 2010 prévoyait le financement sur les crédits de l'assurance maladie des postes de psychologues pour l'accueil et l'orientation médico-sociale des victimes dans chaque UMJ. Cette mesure ayant été seulement partiellement suivie d'effet, les ARS doivent s'assurer de sa mise en œuvre générale.

Recommandation n° 20. *Renforcer l'implication des agences régionales de santé dans le recrutement des psychologues prévus par la réforme.*

Cette dynamique d'incitation et de formation à l'activité de médecine légale faisait partie du cahier des charges des centres-pivots. A l'usage, il semble que ceux-ci s'en soient diversement acquittés. Pour assurer la pérennité d'une médecine légale de qualité dans le réseau de proximité, il est nécessaire que les IML-UMJ s'impliquent tant dans les sessions de formation médicales continues organisées dans leur périmètre d'intervention que dans la formation plus spécifique de correspondants dans les centres hospitaliers du ressort. A cet égard, il faut renforcer les efforts des IML-UMJ pour former des médecins légistes capacitaires qui deviendront des correspondants médico-légaux en activité libérale ou au sein de centres hospitaliers.

Recommandation n° 21. *Renforcer le rayonnement pédagogique et fonctionnel des IML et UMJ pour développer le réseau de praticiens disponibles.*

Dans tous les cas de figure abordés ci-dessus, se pose la question de la formation des médecins recrutés et de l'adéquation de leur compétence avec les demandes qui leur sont adressées. En tout état de cause, il faut s'assurer qu'à côté des formations universitaires généralistes (DESC, capacité), des formations plus courtes et plus ciblées (diplôme universitaire...) puissent aussi être proposées aux médecins qui interviennent dans le réseau de proximité.

Le dispositif de formation universitaire à la médecine légale décrit plus haut doit être adapté aux besoins locaux en médecine légale et à leur évolution prévisible. Il est donc essentiel qu'un lien soit établi entre l'autorité judiciaire, les praticiens publics et privés de la médecine légale et l'université, afin de définir la nature des formations souhaitables et le nombre de diplômés utile.

Recommandation n° 22. Renforcer, en relation avec l'université, le potentiel de formation en médecine légale en développant l'accueil des étudiants dans les IML et les UMJ.

2.4 Améliorer la pratique de la médecine légale

2.4.1 La particularité de l'examen de la personne gardée à vue

Avec la réforme, l'examen de la personne gardée à vue s'est trouvé associé dans sa gestion aux actes de thanatologie et aux examens de victimes. C'était sans doute oublier qu'en dépit de son apparente simplicité, cet examen répondait à des critères spécifiques et suscitait des difficultés propres.

Afin de résoudre certaines d'entre elles, liées notamment au manque de médecins disponibles, des interlocuteurs de la mission ont pu envisager de confier cet acte à des personnels infirmiers. Avec la plupart des professionnels rencontrés la mission considère que l'examen de la personne placée en garde à vue est un acte médical à part entière qui ne saurait, sans risque, être délégué. Le médecin est en effet le seul à pouvoir diagnostiquer un état d'incompatibilité et qui plus est, à pouvoir prescrire à l'occasion les soins éventuellement nécessaires.

Cet acte est aussi un acte de médecine légale. Le praticien doit donc être familier du contexte procédural et être en mesure d'apprécier avec discernement l'état de la personne¹³⁰. Mais l'acte en lui-même, généralement de courte durée et dénué d'investigations poussées, ne nécessite pas non plus une formation spécifique approfondie.

A cet égard, des médecins urgentistes libéraux rencontrés par les membres de la mission estiment que leur expérience de l'urgence et du quotidien leur donne une compétence au moins égale en la matière à celle des médecins légistes ou du moins de ceux qui le sont de manière exclusive.

De l'ensemble de ces arguments, la mission retient que les examens de personnes placées en garde à vue peuvent être réalisés par un large éventail de médecins sans qu'il soit nécessaire qu'ils aient une qualification médicale du niveau de ceux qui pratiquent les autopsies ni même les examens de victimes.

Cf recommandation n° 6.

2.4.2 La levée de corps

En dépit des difficultés que magistrats et enquêteurs éprouvent à trouver des médecins légistes pour la pratique des levées de corps, la mission considère qu'il n'est pas souhaitable de généraliser la tendance qui se dessine à l'éviter ou à la substituer par un examen de corps, voire par une autopsie. La levée de corps réalisée par un médecin légiste constitue en effet une aide précieuse pour l'orientation des procédures. Elle permet d'éviter des autopsies inutiles comme des inhumations hâtives.

¹³⁰ Cf. guide du médecin intervenant en garde à vue publié par le ministère de la justice.

Pour être de qualité, l'acte doit être réalisé par un médecin légiste doté de bonnes connaissances thanatologiques et les praticiens des IML ou des UMJ, qui sont à ce titre parfaitement qualifiés, doivent être désignés en priorité.

On pourrait toutefois concevoir qu'un médecin moins qualifié en médecine légale puisse pratiquer les levées de corps, surtout s'il peut bénéficier à distance, au moyen d'outils de communication, de l'avis de praticiens plus chevronnés.

De même, il conviendrait d'analyser dans quelles conditions, quand les circonstances ne permettent pas de trouver un médecin légiste en temps utile, un opérateur de police technique pourrait réaliser certains actes thanatologiques conservatoires limités, comme la prise de température. Une réflexion gagnerait à être menée avec le CSML et le CSPTS sur ce type de mesure. (Cf recommandation n° 7)

Recommandation n° 23.	<i>Conforter le recours à la levée de corps.</i>
------------------------------	--

2.4.3 Les prélèvements et les scellés

La mission a relevé l'abondance de prélèvements dépourvus pendant une durée incertaine du statut juridique de pièce à conviction, faute d'avoir été scellés. Elle a perçu que des prélèvements peuvent avoir une fonction sanitaire, à la diligence du service hospitalier. Elle relève également que les contraintes de l'enquête peuvent empêcher la constitution immédiate de scellés. Elle considère cependant qu'une bonne gestion des prélèvements réalisés sur réquisition impose que ceux-ci prennent rapidement la forme de scellés. Il en va de la prospérité des procédures pour la bonne administration de la preuve et de la sécurité juridique de l'ensemble des acteurs. Un travail concerté ayant pour objectif premier la pertinence et la sécurité de la preuve s'impose.

La réduction du volume des prélèvements implique donc un dialogue entre magistrats, enquêteurs, médecins et autres personnels de santé pour clarifier la nature des prélèvements utiles en fonction des infractions et des spécificités de l'affaire et améliorer la précision rédactionnelle des réquisitions qui s'y rapportent.

Les établissements responsables de leur conservation n'ont pas intérêt à ce que soient multipliés les prélèvements qui constituent une lourde charge, une source de dépenses, une cause de difficultés techniques et un risque d'erreur. La concertation précoce avec l'autorité requérante doit donc viser à proscrire l'existence de prélèvements non scellés.

Cette mesure a en outre une incidence financière puisque seules la conservation et la destruction des scellés légalement constitués sont susceptibles d'être facturées aux juridictions.

Recommandation n° 24.	<i>Rationaliser la pratique des prélèvements par concertation entre prescripteurs et praticiens.</i>
------------------------------	--

Recommandation n° 25.	<i>Proscrire tout prélèvement non scellé.</i>
------------------------------	---

Si la présence des OPJ aux opérations d'autopsie doit garantir la constitution rapide de scellés, la médecine du vivant pose plus de difficultés par le nombre des actes requis et l'indisponibilité relative des enquêteurs. Dans ces conditions, prenant acte du fait que le prélèvement est réalisé sous l'autorité directe du praticien requis, que celui-ci en maîtrise le conditionnement et que l'établissement aura à en assurer la conservation, il paraîtrait opportun de conférer au médecin requis la compétence juridique attachée à la confection du scellé, à son éventuelle ouverture pour exploitation et à sa reconstitution. Cette réforme législative déjà souhaitée mériterait réalisation.

Recommandation n° 26. *Habiller les médecins légistes à placer sous scellés les prélèvements relevant de la médecine légale du vivant.*

La mission a pu constater la charge matérielle non négligeable que constituent l'enregistrement des réquisitions, leur exécution, le classement des prélèvements et le suivi des éventuels examens ou analyses. Ce travail réalisé avec rigueur ne peut qu'être facilité par la participation de tous les acteurs à la bonne gestion des prélèvements et scellés. Il est donc indispensable que chaque service fournisse à l'établissement de santé qui en a la responsabilité tous les éléments d'identification dont il dispose *ab initio* ou ultérieurement : numéro de procédure du service enquêteur, nom des mis en cause, numéro d'enregistrement de l'établissement requis, numéro d'enregistrement par le parquet, nom et fonction du requérant.

L'effort réalisé dans ce domaine évitera ensuite erreurs et retards.

Recommandation n° 27. *Contribuer à ce que les pièces à conviction soient répertoriées avec le plus de précision possible.*

La gestion des pièces à conviction est une problématique qui dépasse très nettement le niveau matériel où certains l'enferment. En effet, la sécurité d'une procédure pénale implique qu'une pièce à conviction soit opportunément constituée, conditionnée avec soin, exploitée avec sagacité et conservée le temps strictement nécessaire à sa pertinence en procédure.

Apparemment simple, l'apurement des pièces à conviction implique de la part des juridictions une maîtrise réelle de l'identification de chaque affaire et des règles de conservation des scellés inhérentes à l'état de la procédure. Il convient que, munie de toutes les précisions souhaitables aidant à cette identification, l'autorité judiciaire soit saisie par le directeur de l'hôpital, gardien des scellés, à un rythme convenu, de demandes de décisions sur la direction à donner aux pièces à conviction gardées dans les établissements de santé.

A court terme, une démarche similaire doit être entreprise afin d'apurer le stock des prélèvements non scellés.

Les responsables du pilotage local de la médecine légale devraient aussi examiner les conditions techniques et financières des destructions ordonnées.

Recommandation n° 28. *Mettre en place au niveau des établissements de santé et en lien avec les juridictions des plans d'apurement des stocks de prélèvements et des scellés.*

2.4.4 Les réquisitions

La question de la standardisation des réquisitions judiciaires n'est pas nouvelle. Ainsi, le guide de bonnes pratiques de l'intervention du médecin en garde à vue établi en juillet 2009 avait permis de recenser les mentions indispensables aux réquisitions de l'examen de la personne placée en garde à vue et proposé en conséquence des modèles de trames.

Des difficultés ayant trait à la rédaction des réquisitions ont été signalées à la mission. En dehors de cas tenant à des libellés maladroits ou prêtant à confusion, il est surtout reproché le défaut de mentions propres à identifier la procédure tels que le numéro du procès-verbal et, quand la procédure a été enregistrée, celui du parquet.

Le site de la DACG propose quelques trames de réquisitions à l'usage des magistrats et des OPJ, en particulier celles issues du guide précité et plusieurs autres plus spécifiques¹³¹. Pour autant, on n'y trouve pas celle de l'examen somatique de la victime qui est sans doute la plus courante. Quant à la réquisition relative à l'examen médical de la personne placée en garde à vue, rédigée avant la réforme, elle pourrait être normalisée dans sa formulation et clarifiée¹³². A l'évidence, un toilettage de ces réquisitions s'impose pour que soit mis à la disposition des magistrats et des OPJ, à peu de frais, une mise à jour de trames communes claires et précises. Les impératifs de traçabilité des actes de médecine légale imposent une telle harmonisation de manière à pouvoir utiliser une nomenclature de réquisitions facilitant le comptage et l'extraction des données.

Recommandation n° 29. *Mettre à la disposition des officiers de police judiciaire des trames communes de réquisitions judiciaires permettant d'identifier avec précision la procédure et les actes prescrits.*

2.5 Réviser la tarification

La tarification des actes de médecine légale ou de leurs annexes peut constituer un levier d'action pour limiter les coûts et mobiliser les médecins.

Lorsque la masse des prestations est importante, le recours à la tarification vise notamment à en réduire le coût global. En l'état, l'examen de compatibilité en garde à vue fait l'objet d'un tarif unique. Dans certains cas, le nombre de personnes pouvant être examinées successivement en un même lieu pourrait conduire à moduler la rémunération à l'acte à partir du deuxième examen concomitant. A l'instar de la visite du médecin à domicile, suivie d'une consultation d'un second patient dans le même lieu, le tarif de l'examen en garde à vue pourrait ainsi être différent. Cette mesure limiterait le surcoût constitué par l'accumulation d'examens pratiqués à la suite les uns des autres par un même médecin, voire le recours exclusif à un praticien tel que parfois constaté.

A l'inverse, pour tenir compte de la rareté des médecins disponibles, de la distance à parcourir et du temps ainsi passé, la rémunération actuelle de l'examen de garde à vue pourrait être assortie, dans certains cas, d'une indemnité forfaitaire de déplacement. Cette disposition serait notamment de nature à répondre aux difficultés de la gendarmerie nationale.

¹³¹ Réquisitions aux fins d'examen psychiatrique en matière d'infraction à caractère sexuel, réquisitions aux fins d'examen psychiatrique-retentissement psychologique, réquisitions aux fins d'autopsie- recherche des causes de la mort, réquisitions aux fins d'examens toxicologiques.

¹³² Par exemple, il est fait référence au médecin de permanence, sans plus de précision. Ailleurs il est demandé de dire, en cas de troubles mentaux patents, si la personne relève d'une hospitalisation d'office.

D'une façon générale, la modification de la tarification ne saurait se dispenser d'une réflexion concertée avec l'ensemble des acteurs de la médecine légale.

Recommandation n° 30. *Moduler à charge constante le tarif des examens de compatibilité des personnes gardées à vue pour tenir compte de la nature des contraintes imposées (nombre, distance, jour et heure).*

Dans la ligne de sa préconisation tendant à assurer le plus souvent possible une levée de corps, la mission considère que le tarif appliqué à celle-ci pourrait être relevé et lui aussi assorti, le cas échéant, d'un complément de rémunération tenant compte du moment, de la distance parcourue par le praticien et du temps passé pour la réalisation de l'acte. Cette modulation à la hausse serait largement compensée par les économies en ETP de policiers ou de gendarmes et en frais de transport de corps en vue d'autopsie ou d'examen de corps en IML.

Recommandation n° 31. *Réévaluer à la hausse et moduler le tarif de la levée de corps.*

Les frais de justice consécutifs aux transports aller-retour des corps aux IML pour examen de corps ou autopsie sont importants. Même lorsque certaines cours d'appel ont pu conclure des marchés avec des prestataires spécialisés, elles ont constaté la faible intensité de la concurrence. La mission a relevé quant à elle la diversité des tarifs du transport lui-même comme des fournitures, telles que les housses mortuaires.

Devant cette situation, il paraît opportun d'entreprendre une discussion avec les professionnels concernés de manière à harmoniser les prix pratiqués. A défaut de bonne fin d'une telle démarche, le recours à la tarification serait à envisager.

Recommandation n° 32. *Envisager la tarification des prestations de transport de corps vers et au départ des IML.*

Certains examens spécifiques, relativement courants, sont aujourd'hui diversement facturés et rémunérés. Il en est ainsi des examens d'âge osseux¹³³ et des examens anatomopathologiques complémentaires. Il serait opportun qu'après consultation du CSML, la rémunération de ces examens soit stabilisée par une tarification dans le CPP.

Recommandation n° 33. *Envisager la tarification des examens anatomopathologiques et d'âge osseux des mineurs présumés*

2.6 Introduire plus de rigueur dans la gestion de la dépense

La réforme du circuit de la dépense des frais de justice va être mise en place progressivement en commençant par plusieurs sites pilotes à partir d'avril 2014, l'objectif étant une généralisation au cours du premier semestre 2015. Entre ces deux dates, il est prévu de valider le dispositif de déploiement grâce aux observations recueillies auprès des acteurs concernés.

¹³³ Ces examens osseux sont souvent requis pour confirmer ou infirmer la minorité d'une personne mise en cause.

Il est possible d'améliorer le contenu de la réforme prévue dans le cadre de ce calendrier. La mission suggère que puisse être envisagée l'introduction d'une fonction permettant d'identifier avec précision le volume et la nature des actes de la médecine légale de proximité. Cette identification, qui n'est en effet pas possible aujourd'hui, contribuerait à l'amélioration de la gestion des crédits. Cette démarche, intégrée à la réforme en cours des applications informatiques de l'Etat, n'entraînerait pas de dépenses particulières.

Recommandation n° 34. *Veiller à ce que la réforme en cours du circuit de la dépense des frais de justice permette d'identifier avec précision le volume et la nature des actes de la médecine légale de proximité.*

Dans le secteur hospitalier, les difficultés rencontrées depuis plusieurs années en matière de financement des soins ont conduit à une recherche permanente de conciliation entre la qualité des pratiques, les contraintes du service public et le niveau de la ressource. Il est donc important qu'à l'instar de ce qui est fait dans le secteur du soin, les dotations attribuées aux établissements de santé à des fins médico-légales soient gérées avec le souci de l'efficacité et de la performance.

A court terme, il est nécessaire de pouvoir tracer l'utilisation de la dotation et de suivre son affectation détaillée. A cet effet, les directions des établissements siége doivent se doter d'un outil comptable comparable à celui mis en œuvre dans les autres services.

Recommandation n° 35. *Demander aux directions financières des hôpitaux la mise en place de comptes d'emploi des ressources relatifs aux dotations perçues par les IML et les UMJ.*

Il convient par ailleurs de procéder à des analyses économiques sur la base des données concernant l'offre médico-légale et la demande judiciaire sur le territoire des structures dédiées, ce afin de compléter la connaissance de leur fonctionnement et d'améliorer leur efficacité. Le ministère de la santé pourra utilement encourager une analyse de la pertinence d'une modélisation de la gestion de ces structures.

Recommandation n° 36. *Développer au niveau central de l'administration de la santé une modélisation de gestion économique propre aux services de médecine légale.*

Au regard des conséquences financières des réquisitions qui ne respectent pas les règles posées par le schéma, l'exigence de rigueur s'impose aussi aux prescripteurs. Il est en effet primordial que cessent les doubles paiements qui conduisent à régler au réseau de proximité ce qui devrait être assumé dans le forfait.

Recommandation n° 37. *Assurer le respect de l'interdiction de toute facturation et, par suite, tout paiement sur frais de justice d'actes inclus dans le périmètre des dotations des IML et UMJ.*

Le règlement des sommes dues sur frais de justice aux prestataires du réseau de proximité peut s'effectuer avec des délais très différents selon que le versement est opéré au niveau du TGI, des pôles chorus ou de l'administration centrale, les mémoires supérieurs à 2000 € étant en particulier traités plus rapidement que ceux dont le montant est inférieur.

Il apparaît à la mission qu'il serait souhaitable de procéder à une unification de ces délais, quel que soit le circuit de paiement, afin de supprimer l'inégalité de traitement des prestataires qui pénalise aujourd'hui davantage les intervenants individuels que les structures plus importantes.

Recommandation n° 38. *Veiller à ce que la diversité des circuits de paiement n'entraîne pas des inégalités dans les délais de règlement des sommes dues aux prestataires.*

2.7 Rechercher des ressources nouvelles pour le financement de la médecine légale

Consciente de la charge que représentent les frais de justice et, en leur sein, ceux de la médecine légale, la mission s'est interrogée sur les financements qui pourraient y être attachés.

Elle s'est notamment demandé si une contribution des personnes mises en cause aux frais de la procédure qui les concerne pouvait être requise. C'est la loi du 4 janvier 1993 qui a posé le principe du non recouvrement des frais de justice en matière pénale. En effet, on récapitulait antérieurement les frais de justice engagés dans les procédures pénales et certaines condamnations emportaient ainsi l'obligation de rembourser ces dépenses avancées par l'Etat. Le bilan négatif des tentatives de recouvrement a conduit à l'abolition de cette mesure.

S'agissant plus particulièrement du financement de l'examen médical des personnes gardées à vue, la mission a débattu l'idée d'imputer à ces dernières le coût de cet examen, au moins lorsqu'il est sollicité par elles. Outre l'inégalité ainsi créée, la mission a retenu les difficultés engendrées par les divers systèmes de couverture médicale et rejeté cette perspective.

Empruntant une autre voie, la mission a relevé qu'existe à ce jour dans la législation un droit fixe de procédure, prévu par l'article 1018A du code général des impôts, variable selon les catégories d'infractions et au paiement duquel sont astreintes les personnes condamnées¹³⁴.

Par ailleurs, il a déjà été institué que le montant de ce droit fixe était augmenté pour prendre en compte les frais d'analyse toxicologique nécessaires pour la recherche de certaines infractions commises sous l'emprise de stupéfiants. Cette augmentation de 210 € est prévue par l'article A38-6 du CPP.

La mission a recherché les conditions objectives de recouvrement des droits fixes de procédure. Il ressort des informations recueillies que ces droits sont difficilement distingués dans la comptabilité publique, qu'ils sont assimilés ou ajoutés aux amendes pénales et que les diligences attachées à leur recouvrement sont en l'état liées à l'importance du montant global à recouvrer.

La mission préconise d'augmenter le droit fixe de procédure et de mieux l'identifier pour améliorer son recouvrement. Une telle démarche augmenterait les ressources de l'Etat et contribuerait à l'exemplarité des sanctions pénales.

Recommandation n° 39. *Rehausser le montant du droit fixe de procédure.*

¹³⁴ Il peut ainsi aller de 22 € en matière contraventionnelle à 375 € en matière criminelle.

Par ailleurs, l'extension du droit fixe augmenté aux condamnés pour atteintes volontaires ou involontaires à la vie ou à l'intégrité physique des personnes pourrait être utilement envisagée. Elle correspondrait notamment aux dépenses de la médecine légale des IML, des UMJ et du réseau de proximité qui, pour une très large part, concernent les victimes d'infractions.

Si l'on considère les condamnations prononcées en ces matières soit, en 2011, 2429 pour les crimes, 121 263 pour les délits et 11 221 pour les contraventions de 5^{ème} classe et en appliquant un montant augmenté de 500 € en matière criminelle, de 210 € en matière délictuelle et de 50 € en matière contraventionnelle, on pourrait évaluer les recettes attendues à plus de 10M€ (en tenant compte des difficultés de recouvrement).

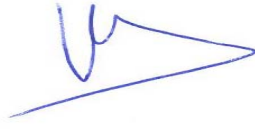
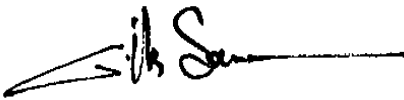
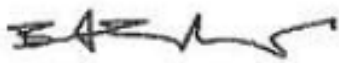
Recommandation n° 40. Créer des droits fixes de procédures augmentés attachés aux condamnations pour les atteintes volontaires et involontaires à la vie et à l'intégrité physique des personnes.

Conclusion

Le schéma d'organisation de la médecine légale mis en place en 2010 a rapidement montré des insuffisances liées aussi bien aux conditions mêmes de sa conception qu'à son contenu. L'absence d'étude d'impact, d'expérimentation et de système de suivi et d'évaluation expliquent très largement les difficultés rencontrées dans un contexte de précipitation où les enseignements des études réalisées précédemment en la matière n'étaient que trop peu pris en compte. En outre, le caractère approximatif des estimations financières liées à la réforme et les difficultés rencontrées sur le terrain ont conduit à la nécessité d'une réflexion d'ensemble qui a été confiée à la mission.

Dans ce contexte les recommandations retenues s'appuient sur une analyse aussi précise que possible de la situation actuelle dans ses aspects positifs et dans ses carences. Elles se veulent pragmatiques mais complètes quant aux sujets évoqués avec pour double préoccupation le souci d'une amélioration de la qualité du service public de médecine légale et d'une gestion plus efficace des finances publiques en la matière.

La mission insiste à cet égard sur l'importance de ses propositions en matière de gouvernance qui sont de nature à permettre la meilleure application des autres éléments de réforme qui seront finalement retenus.

		
Patrick BEAU inspecteur général adjoint des services judiciaires	Alain BODON inspecteur général des finances	Dr Julien EMMANUELLI inspecteur général des affaires sociales
		
Béatrice DEL VOLGO inspectrice des services judiciaires	Gilles SANSON inspecteur général de l'administration	Colonel Paul BARTHET
		
Carole SIMONNOT inspectrice des greffes	Claude BARD inspecteur général de la police nationale	

Liste des recommandations

Recommandation n° 1. Résorber les impayés des juridictions en matière de frais de justice de médecine légale et assurer le paiement rapide des différents prestataires..... 85

Recommandation n° 2. Poursuivre la réforme de la médecine légale dans la perspective d'une intégration dans le CPP des dispositions qui en régissent l'organisation et le fonctionnement. 86

Recommandation n° 3. Rééquilibrer les efforts en faveur de l'organisation et du bon fonctionnement du réseau de proximité. 86

Recommandation n° 4. Identifier, par le biais notamment des ARS, la ressource médico-légale disponible en vue d'une structuration opérationnelle du réseau de proximité. 86

Recommandation n° 5. Consacrer une étude spécifique à l'ensemble des composantes de la médecine légale à Paris. 87

Recommandation n° 6. Privilégier l'examen médical in situ de la personne gardée à vue et limiter son transport à des situations particulières..... 87

Recommandation n° 7. Consacrer la possibilité de recourir de façon organisée à un plus large éventail de médecins pour les examens des personnes placées en garde à vue. 87

Recommandation n° 8. Faire examiner, de manière concertée par le conseil supérieur de la médecine légale et le conseil supérieur de la police technique et scientifique, la répartition des actes de médecine légale et de police technique lors de la levée de corps. 88

Recommandation n° 9. Adapter la carte des UMJ aux besoins en médecine légale des TGI. 88

Recommandation n° 10. Instaurer des dispositifs de pilotage de la médecine légale au niveau national avec la création d'un comité interministériel et au niveau local avec la création de comités associant notamment, autour des chefs de juridiction, les signataires des protocoles et les représentants des ARS, des IML et des UMJ..... 89

Recommandation n° 11. Développer un outil commun de suivi de l'ensemble des actes de médecine légale accomplis sur le territoire national..... 89

Recommandation n° 12. Aménager le recueil des données relatives à la médecine légale par chacun des ministères et leur mise en commun. 90

- Recommandation n° 13.** Veiller à la bonne information des acteurs de la médecine légale sur les dispositions du schéma et de ses déclinaisons locales. 91
- Recommandation n° 14.** Assurer la formation des personnels de manière à éviter les erreurs d'enregistrement relatives aux prescriptions et aux paiements des actes. 91
- Recommandation n° 15.** Développer des indicateurs d'activité et de performance pour les IML et les UMJ. 92
- Recommandation n° 16.** Adapter progressivement les dotations des structures des IML et des UMJ en fonction de leur activité et de leurs performances..... 92
- Recommandation n° 17.** Inciter les procureurs de la République à organiser, en lien avec les parties prenantes et dans le respect des exigences de la permanence des soins ambulatoires, une permanence de médecine légale dans le réseau de proximité. 93
- Recommandation n° 18.** Etudier la possibilité de recenser, sensibiliser et former d'autres profils de médecins susceptibles d'intervenir dans le réseau de proximité : médecins retraités, médecins militaires, médecins pompiers 93
- Recommandation n° 19.** Etudier les modalités de mise en place d'un réseau de médecins libéraux portant l'appellation d'attachés de médecine judiciaire et identifiés par inscription sur une liste établie par le procureur de la République. 94
- Recommandation n° 20.** Renforcer l'implication des agences régionales de santé dans le recrutement des psychologues prévus par la réforme. 94
- Recommandation n° 21.** Renforcer le rayonnement pédagogique et fonctionnel des IML et UMJ pour développer le réseau de praticiens disponibles..... 94
- Recommandation n° 22.** Renforcer, en relation avec l'université, le potentiel de formation en médecine légale en développant l'accueil des étudiants dans les IML et les UMJ. 95
- Recommandation n° 23.** Conforter le recours à la levée de corps..... 96
- Recommandation n° 24.** Rationaliser la pratique des prélèvements par concertation entre prescripteurs et praticiens..... 96
- Recommandation n° 25.** Proscrire tout prélèvement non scellé. 96
- Recommandation n° 26.** Habilitier les médecins légistes à placer sous scellés les prélèvements relevant de la médecine légale du vivant..... 97
- Recommandation n° 27.** Contribuer à ce que les pièces à conviction soient répertoriées avec le plus de précision possible. 97
- Recommandation n° 28.** Mettre en place au niveau des établissements de santé et en lien avec les juridictions des plans d'apurement des stocks de prélèvements et des scellés. 97

- Recommandation n° 29.** Mettre à la disposition des officiers de police judiciaire des trames communes de réquisitions judiciaires permettant d'identifier avec précision la procédure et les actes prescrits..... 98
- Recommandation n° 30.** Moduler à charge constante le tarif des examens de compatibilité des personnes gardées à vue pour tenir compte de la nature des contraintes imposées (nombre, distance, jour et heure). 99
- Recommandation n° 31.** Réévaluer à la hausse et moduler le tarif de la levée de corps. 99
- Recommandation n° 32.** Envisager la tarification des prestations de transport de corps vers et au départ des IML. 99
- Recommandation n° 33.** Envisager la tarification des examens anatomopathologiques et d'âge osseux des mineurs présumés..... 99
- Recommandation n° 34.** Veiller à ce que la réforme en cours du circuit de la dépense des frais de justice permette d'identifier avec précision le volume et la nature des actes de la médecine légale de proximité..... 100
- Recommandation n° 35.** Demander aux directions financières des hôpitaux la mise en place de comptes d'emploi des ressources relatifs aux dotations perçues par les IML et les UMJ. 100
- Recommandation n° 36.** Développer au niveau central de l'administration de la santé une modélisation de gestion économique propre aux services de médecine légale. 100
- Recommandation n° 37.** Assurer le respect de l'interdiction de toute facturation et, par suite, tout paiement sur frais de justice d'actes inclus dans le périmètre des dotations des IML et UMJ. 100
- Recommandation n° 38.** Veiller à ce que la diversité des circuits de paiement n'entraîne pas des inégalités dans les délais de règlement des sommes dues aux prestataires. 101
- Recommandation n° 39.** Rehausser le montant du droit fixe de procédure. 101
- Recommandation n° 40.** Créer des droits fixes de procédures augmentés attachés aux condamnations pour les atteintes volontaires et involontaires à la vie et à l'intégrité physique des personnes. 102

Les recommandations n° 3, 4, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 24, 32, 33, 37, 39 et 40 sont susceptibles de dégager des économies.

Outre la recommandation n° 1 relative à la résorption des impayés dont l'importance du montant a été relevée, les recommandations n° 11, 12, 28 et 31 sont susceptibles d'entraîner des dépenses.

Liste des annexes

(La numérotation des pages renvoie à la partie consacrée aux annexes)

<i>Annexe 1. Lettre de mission.....</i>	<i>5</i>
<i>Annexe 2. Liste des personnes rencontrées ou contactées</i>	<i>10</i>
<i>Annexe 3. Préconisations du rapport IGSJ-IGAS de 2006.....</i>	<i>19</i>
<i>Annexe 4. Population couverte par chaque IML.....</i>	<i>20</i>
<i>Annexe 5. TGI dotés d'une UMJ avec population couverte et classement.....</i>	<i>23</i>
<i>Annexe 6. Nombre d'autopsies/1000 hab. aux niveaux national et international.....</i>	<i>25</i>
<i>Annexe 7. Exemple de mobilisation des ARS dans la structuration du réseau de proximité</i>	<i>26</i>
<i>Annexe 8. Convention entre le ministère de la justice et le ministère des affaires sociales et de la santé</i>	<i>27</i>
<i>Annexe 9. Sujétions et coûts de la médecine légale pour la gendarmerie nationale... 32</i>	
<i>Annexe 10. Circuit des frais de justice.....</i>	<i>34</i>
<i>Annexe 11. Vue d'ensemble du projet de réforme du circuit des frais de justice</i>	<i>35</i>
<i>Annexe 12. Chiffres clé de l'oNML.....</i>	<i>36</i>
<i>Annexe 13. Conditions juridiques de la garde à vue</i>	<i>47</i>
<i>Annexe 14. Réquisitions judiciaires médico-légales.....</i>	<i>49</i>
<i>Annexe 15. Médecine légale en droit comparé.....</i>	<i>54</i>
<i>Annexe 16. Référentiel des prestations médico-légales</i>	<i>69</i>
<i>Annexe 17. Etat des protocoles par la DGOS.....</i>	<i>103</i>
<i>Annexe 18. RIM du 4 avril 2012 – Organisation et coût du schéma directeur 2012 .</i>	<i>106</i>
<i>Annexe 19. Système d'information interministériel de suivi de la médecine légale...</i>	<i>109</i>



**Inspection générale
des services judiciaires
56-13**

**Inspection générale
des finances
2013-M-045-02**

**Inspection générale des
affaires sociales
RM2013-186P**

**Inspection générale de
l'administration
13-074/13-033/02**

**Inspection générale de la
police nationale
13 – 357-I**

**Inspection générale de la
gendarmerie nationale
3305
GEND/IGGN/GCM**

Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale

ANNEXES

Décembre 2013

Liste des annexes

Annexe 1.	<i>Lettre de mission</i>	<i>5</i>
Annexe 2.	<i>Liste des personnes rencontrées ou contactées</i>	<i>10</i>
Annexe 3.	<i>Préconisations du rapport IGSJ-IGAS de 2006.....</i>	<i>19</i>
Annexe 4.	<i>Population couverte par chaque IML</i>	<i>20</i>
Annexe 5.	<i>TGI dotés d'une UMJ avec population couverte et classement.....</i>	<i>23</i>
Annexe 6.	<i>Nombre d'autopsies/1000 hab. aux niveaux national et international.....</i>	<i>25</i>
Annexe 7.	<i>Exemple de mobilisation des ARS dans la structuration du réseau de proximité</i>	<i>26</i>
Annexe 8.	<i>Convention entre le ministère de la justice et le ministère des affaires sociales et de la santé</i>	<i>27</i>
Annexe 9.	<i>Sujétions et coûts de la médecine légale pour la gendarmerie nationale...</i>	<i>32</i>
Annexe 10.	<i>Circuit des frais de justice.....</i>	<i>34</i>
Annexe 11.	<i>Vue d'ensemble du projet de réforme du circuit des frais de justice</i>	<i>35</i>
Annexe 12.	<i>Chiffres clé de l'oNML.....</i>	<i>36</i>
Annexe 13.	<i>Conditions juridiques de la garde à vue</i>	<i>47</i>
Annexe 14.	<i>Réquisitions judiciaires médico-légales.....</i>	<i>49</i>
Annexe 15.	<i>Médecine légale en droit comparé</i>	<i>54</i>
Annexe 16.	<i>Référentiel des prestations médico-légales</i>	<i>69</i>
Annexe 17.	<i>Etat des protocoles par la DGOS.....</i>	<i>103</i>
Annexe 18.	<i>RIM du 4 avril 2012 – Organisation et coût du schéma directeur 2012 .</i>	<i>106</i>
Annexe 19.	<i>Système d'information interministériel de suivi de la médecine légale...</i>	<i>109</i>

Annexe 1. Lettre de mission



Paris, le

18 FEV. 2013

La garde des sceaux, ministre de la justice
 La ministre des affaires sociales et de la santé
 Le ministre de l'intérieur
 Le ministre délégué
 auprès du ministre de l'économie,
 des finances et du commerce extérieur,
 chargé du budget

A

Madame la chef du service
 de l'inspection générale des finances
 Monsieur l'inspecteur général
 des services judiciaires
 Monsieur le chef de l'inspection générale
 des affaires sociales
 Monsieur le chef du service
 de l'inspection générale de l'administration
 Madame la directrice, chef de l'inspection générale
 de la police nationale
 Monsieur le chef de l'inspection générale
 de la gendarmerie nationale

OBJET : Mission interministérielle d'évaluation du nouveau schéma d'organisation de la médecine légale.

N/REF : CRIM-BPJ N° 06-1910-H5 Tome 12.

OBJET : Mission interministérielle d'évaluation du nouveau schéma d'organisation de la médecine légale

La réforme de la médecine légale vise à structurer une médecine légale de qualité, pratiquée par des médecins dûment formés au sein de structures hospitalières et d'organisations adaptées aux besoins judiciaires et financées de manière pérenne.

La médecine légale est exercée dans le cadre des procédures judiciaires, et est financée par les crédits du ministère de la justice.

Le nouveau schéma directeur de la médecine légale, instauré par la circulaire JUSD1033099C du 27 décembre 2010, a ainsi prévu trois niveaux d'organisation :

- un premier niveau composé d'instituts médico-légaux (IML) chargés de la thanatologie ainsi que de l'animation et de la formation des médecins légistes ;
- un deuxième niveau composé des unités médico-judiciaires (UMJ) consacrées à la médecine légale du vivant ;
- un troisième niveau dit « réseau de proximité », qui comprend les établissements de santé dépourvus de structures de médecine légale, les médecins libéraux ainsi que les associations de médecins, et complète le maillage territorial.

Ce nouveau schéma directeur comprenait en conséquence 30 IML et 48 UMJ implantées dans les établissements publics de santé.

La circulaire JUSD1033099C du 27 décembre 2010 dispose que les structures hospitalières désignées bénéficient d'un paiement annuel et forfaitaire¹, directement adressé par le ministère de la justice² (soit un total de 56 M€ pour 2011), sur les crédits de frais de justice. Cette dotation se substitue au paiement des actes de médecine légale – autopsies, examens de victimes et examens de compatibilité avec une mesure de garde à vue – accomplis par les médecins des structures hospitalières, et prend en compte le nombre d'équivalents temps plein (ETP) médicaux et non médicaux nécessaires pour l'organisation définie dans la circulaire ainsi que les frais de fonctionnement de la structure (20% du budget du personnel³). Elle ne prend, en revanche, pas en compte les examens complémentaires (anatomopathologiques, toxicologiques, urinaires...), les actes d'imagerie médicale, les levées de corps, les examens externes de corps, la garde et la destruction des scellés ou encore la conservation des corps à la chambre mortuaire, qui continuent de faire l'objet d'un paiement à l'acte versé à l'établissement public de santé, également sur frais de justice. L'assurance maladie assume le coût de la prise en charge psychologique des victimes, à raison d'un ETP de psychologue par structure hospitalière dédiée.

La circulaire précitée prévoit enfin que l'ensemble des actes médico-légaux ainsi que les prestations accomplies majoritairement par le réseau de proximité ou par les unités médico-judiciaires privées⁴ continuent de faire l'objet d'un paiement à l'acte : lorsque ces actes ou prestations sont réalisés au sein d'un établissement public de santé, la totalité des frais de justice est versée à ce dernier. La dotation annuelle forfaitaire exclut par conséquent la prise en charge du troisième niveau dit « réseau de proximité » financé hors dotation sur les crédits des frais de justice du programme « justice judiciaire ».

¹ Seule la structure de l'Hôtel-Dieu à Paris continue de faire l'objet d'un paiement à l'acte par les frais de justice du fait de son volume d'activité singulièrement important en comparaison des autres structures hospitalières.

² Les structures hospitalières dédiées à la médecine légale sont financées sur les crédits de l'Etat issus du programme d'intervention n° 165 « Justice judiciaire » du ministère de la justice.

³ 30% pour la structure de la Réunion.

⁴ L'UMJ privée d'Argenteuil et l'unité mobile de psychiatrie légale privée pour les examens de GAV, mise en place au 1^{er} septembre 2012 à la demande du TGI de Paris.

Comme prévu par la circulaire, il a été procédé à une première évaluation conjointe de la mise en œuvre de la réforme dès le dernier trimestre 2011 par les ministères de la justice, de l'intérieur et de la santé.

Ces travaux d'évaluation ont abouti à des propositions d'importantes évolutions du schéma directeur initial : celles-ci ont notamment pris en compte le souhait de voir pérennisés et étendus les dispositifs permettant de procéder aux examens de compatibilité des gardés à vue dans les locaux des unités de gendarmerie et des services de police, ainsi que les difficultés rencontrées notamment en matière de démographie médicale ambulatoire.

La circulaire interministérielle JUSD1221959C du 25 avril 2012 instaure, en conséquence, un nouveau schéma directeur qui comporte 47 structures⁵, dont :

- 24⁶ ont un institut médico-légal avec du personnel médical supplémentaire comme dans le schéma initial ;
- 21 structures sont dotées d'une équipe mobile⁷ permettant, notamment, l'examen des personnes gardées à vue dans les locaux de police et de gendarmerie pendant l'amplitude horaire prévue par le schéma ;
- dans 7 structures, les effectifs médicaux de l'UMJ et l'IML sont mutualisés⁸.

Cette circulaire du 25 avril prévoit en outre que des prestations médico-légales supplémentaires telles que les examens liés à la route (examens cliniques et prélèvements biologiques), les levées de corps ou les examens externes de corps puissent être confiées aux IML et/ou UMJ, dans le cadre du financement forfaitaire. Le nouveau schéma directeur maintient le « réseau de proximité », dont la prise en charge est toujours assumée par les frais de justice, hors financement forfaitaire.

Les protocoles locaux de mise en œuvre de cette circulaire devaient être établis ou révisés avant le 30 septembre 2012.

Les travaux d'évaluation ont toutefois révélé, outre la nécessité de réviser le schéma directeur, la persistance de dysfonctionnements, préjudiciables à la qualité de la médecine légale et à l'équilibre des comptes publics de l'État et de l'assurance maladie. En particulier, la première année de mise en œuvre a montré un recours important au « réseau de proximité » non compris dans la dotation forfaitaire et dont le coût supplémentaire s'élèverait à 10 M€ en 2011. La comparaison du coût des actes compris dans le périmètre de la médecine légale, avant et après la mise en œuvre de la réforme, ferait également apparaître un surcoût total de 29 M€ en 2011, supporté, avant la réforme, par l'assurance maladie, et depuis la réforme, par les frais de justice. Or, la lettre-plafond 2011-2013 du ministre de la justice précisait que la mise en œuvre de la réforme devait engendrer des économies de 30 M€ sur l'ensemble des frais de justice dus au titre des honoraires médicaux, grâce à la mutualisation des structures et une limitation du recours au réseau de proximité.

Ces travaux ont aussi permis de mettre en exergue l'insuffisance du suivi statistique et financier de la réforme, faute d'un outil commun et exhaustif⁹ permettant de mesurer à la fois

⁵ L'UMJ de La Rochelle a été supprimée.

⁶ Il doit être noté qu'un IML est créé à Nîmes.

⁷ L'équipe mobile est constituée d'un seul médecin.

⁸ Les actes de thanatologie et de médecine légale du vivant sont assurés par un seul médecin.

l'activité des structures hospitalières dédiés (IML et UMJ) et celle du réseau de proximité (établissements publics de santé ou médecine libérale). Ce constat commun a conduit, sur proposition du ministère du budget, les ministères de la justice, de la santé et de l'intérieur à soumettre le principe d'une inspection conjointe de la réforme au cabinet du Premier ministre, qui l'a validé lors d'une réunion interministérielle le 4 avril 2012.

Le ministère du budget a souhaité en particulier que l'inspection générale des finances soit associée : cette proposition a été approuvée par les trois ministères et validée par le cabinet du Premier ministre.

Nous vous prions en conséquence de bien vouloir procéder à une mission d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale par les acteurs de santé, les juridictions et les services et unités d'enquête.

Vous vous attacherez tout particulièrement à évaluer la pertinence des principes directeurs de la réforme ainsi que l'adéquation des structures implantées dans les établissements de santé (UMJ et/ou IML) au regard de l'activité des ressorts judiciaires, s'agissant notamment des examens des personnes gardées à vue.

Vous veillerez également à dresser un bilan des protocoles signés dans les ressorts sièges d'une structure hospitalière dédiée, en vérifiant leur adéquation avec les principes directeurs de la réforme et les conditions de leur mise en œuvre.

Vous vous attacherez aussi à dresser un bilan financier de la réforme : dans cette perspective, devront faire l'objet d'une analyse l'application et la pertinence des tarifs des actes de médecine légale fixés par le code de procédure pénale, particulièrement l'examen d'une personne gardée à vue, les sommes impayées aux établissements de santé dues au titre des frais de justice, les surcoûts liés aux paiements sur frais de justice d'examens compris dans la dotation forfaitaire mais qui ont été réalisés par le réseau de proximité ou des structures privées et, enfin, d'éventuels frais indûment facturés sur frais de justice (frais kilométriques, non respect des tarifs fixés par le code de procédure pénale,)

En outre, vous mesurerez les effets de la réforme pour le fonctionnement des services de police et unités de gendarmerie, et apprécierez ses conséquences pour la prise en charge des victimes et de leurs proches.

Vous vous attacherez enfin à formuler toutes propositions utiles à la création, pour le long terme et au niveau national, d'un cadre commun de réquisitions pour l'ensemble des actes médico-légaux - y compris les actes complémentaires - réalisés par les médecins de l'IML, de l'UMJ ou du réseau de proximité, ainsi que d'outils de pilotage et de suivi de la réforme, communs aux acteurs locaux et aux administrations centrales, permettant un recensement fiable des actes médico-légaux requis. Vous préciserez le coût d'un tel dispositif et les économies potentielles qu'il est susceptible de générer, en particulier en ce qui concerne les dépenses de frais de justice, et veillerez à la bonne articulation de celui-ci avec les chantiers actuellement en cours sur la réforme et la fiabilisation plus générales des circuits de dépense des frais de justice.

⁹ Seul, l'observatoire National de Médecine Légale (ONML), plateforme internet sécurisée mise en place par le ministère de la santé, recense l'activité de médecine légale thanatologique et du vivant des établissements de santé ainsi que les effectifs médicaux et non médicaux y afférant

Pour cette mission, vous aurez recours en tant que de besoin à la direction des affaires criminelles et des grâces, à la direction des services judiciaires, à la direction générale de l'offre de soins, à la direction générale de la police nationale, à la direction générale de la gendarmerie nationale et à la direction du budget.

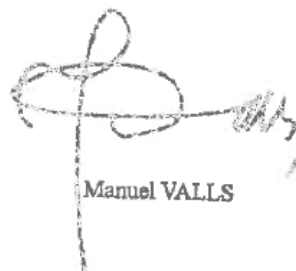
Vous voudrez bien nous remettre un premier rapport pour le 31 janvier 2013, puis un rapport définitif pour le 30 avril 2013 au plus tard.



Christiane TAUBIRA



Marisol TOURAINE



Manuel VALLS



Jérôme CAHUZAC

Annexe 2. Liste des personnes rencontrées ou contactées

SERVICES CENTRAUX

MINISTERE DE LA JUSTICE

René SEVE, contrôleur budgétaire et comptable ministériel

SECRETARIAT GENERAL DU MINISTERE DE LA JUSTICE

Mathieu HERONDART, secrétaire général adjoint.

DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES

Marie-Suzanne LE QUEAU, directrice des affaires criminelles et des grâces,

François CAPIN-DULHOSTE, sous-directeur de la justice pénale générale,

Sébastien GALLOIS, chef du bureau de la police nationale,

Anne-lyse JARTHON, adjointe au chef du bureau de la police judiciaire.

DIRECTION DES SERVICES JUDICIAIRES

Philippe DECOUAI, sous-directeur de l'organisation et du fonctionnement des juridictions,

Antoine AYMOND, chef du bureau du budget, de la comptabilité et des moyens (OFJ3),

Sabrina FORTAS, adjointe au chef de bureau,

Francine ALBERT, chef du bureau des frais de justice et de l'optimisation de la dépense (OFJ4),

Karine VERMES, adjointe au chef de bureau,

Paule NICOLAI, chef de projet chorus formulaire,

Georges FAIVRE, chef du pôle des frais de justice,

Christophe GUICHON, pôle des frais de justice,

Aintzané KARNAOUKH, chef de la section régie, LMDJ,

Samira BICHWILLER, section régie, LMDJ.

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU COMMERCE EXTERIEUR

DIRECTION DU BUDGET

Alexandre TISSERANT, chef de bureau,

Diana FILIPOVA, adjointe au chef de bureau,

Marion PUJAU-BOSQ, adjointe au chef de bureau,

Hélène GEORGES, rédactrice,

Michaël URSULET, rédacteur.

AGENCE POUR L'INFORMATIQUE FINANCIERE DE L'ETAT

Fabrice CHALEARO

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS

Natacha LEMAIRE, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins,

Christine BRONNEC, sous-directrice adjointe de la régulation de l'offre de soins,

Perrine RAME-MATTHIEU, chef du bureau premier recours,

Nathalie GREGUT, adjointe chef du bureau premier recours,

Marie-Odile MOREAU, chargé de mission médecine légale,

Stéphane ARCHAMBAULT, responsable du pôle système information,

Aurélien BOUCHET, bureau de la modélisation.

MINISTERE DE L'INTERIEUR

DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE

Patrick HEFNER, contrôleur général, chef du pôle judiciaire, prévention et partenariats au cabinet du directeur général de la police nationale,

Jérôme BONNET, commissaire divisionnaire, adjoint au chef du pôle judiciaire, prévention et partenariats au cabinet du directeur général de la police nationale,

Stéphanie GAUTIER, commandant de police, cabinet politique pénale et police judiciaire, pôle judiciaire, prévention et partenariat au cabinet du directeur général de la police nationale.

DIRECTION CENTRALE DE LA SECURITE PUBLIQUE

Martine NAUTE, contrôleur général, directrice centrale adjointe, chef d'état-major,

Gilles MOUSSIEGT, commissaire divisionnaire, adjoint au sous-directeur des missions de sécurité.

DIRECTION CENTRALE DE LA POLICE AUX FRONTIERES

Frédéric PERRIN, directeur central,

Eric CLEMENT, capitaine de police, sous-direction de l'immigration irrégulière et des services territoriaux.

DIRECTION CENTRALE DE LA POLICE JUDICIAIRE

Christian LOTHION, directeur central,

Roland GAUZE, contrôleur général, sous-directeur des ressources, de l'évaluation et de la stratégie,

Eric ARELLA, contrôleur général, sous-directeur de la police technique et scientifique.

DIRECTION GENERALE DE LA GENDARMERIE NATIONALE

Général de division Michel PATTIN, sous-directeur de la police judiciaire,

Lieutenant-colonel Jean-Baptiste FELICITE, bureau de la police judiciaire,

Chef d'escadron Cyril PIAT, bureau de la police judiciaire.

POLE JUDICIAIRE DE LA GENDARMERIE NATIONALE

Médecin chef des services Yves SCHULIAR, directeur enseignement recherche.

MINISTERE DES DROITS DES FEMMES

Etienne GRASS, directeur du cabinet,

Jérôme TEILLARD, directeur adjoint du cabinet,

Gilles BON-MAURY, conseiller.

SERVICES LOCAUX

Région Pays de la Loire

COUR D'APPEL D'ANGERS

Catherine PIGNON, procureure générale,

Brigitte ANGIBAUD, avocat général,

Christian GRASSET, directeur délégué à l'administration régionale judiciaire,

Claire GONZALEZ, responsable de la gestion budgétaire.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE D'ANGERS

Yves GAMBERT, procureur de la République du tribunal de grande instance d'Angers

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE LAVAL

Raphaël SANESI, procureur de la République,
 Fanny BELLON, greffier en chef,
 Marie-Paule MORIN, régisseur.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Professeur Clothilde ROUGE-MAILLARD, Chef de service Médecine légale,
 François CAILLAT, Directeur général adjoint,
 Christine BIZOT, Directrice adjointe DRH,
 Christophe MENUET, Directeur des finances,
 Bernard LENFANT, Directeur des affaires juridiques et des relations aux usagers,
 Guillaume SOULARD, Responsable budgétaire et financier.

POLICE NATIONALE

Francis WETTA, commissaire divisionnaire, directeur départemental de la sécurité publique du Maine-et-Loire,
 Lucien ARLERI, commissaire divisionnaire, directeur du service régional de police judiciaire d'Angers.

GENDARMERIE NATIONALE**GROUPEMENT DE GENDARMERIE DEPARTEMENTALE DE MAINE-ET-LOIRE**

Lieutenant-colonel Frédéric MONIN, commandant de groupement,
 Chef d'escadron (TA) Xavier CHATILLON, officier adjoint police judiciaire.

Région Nord-Pas-de-Calais**COUR D'APPEL DE DOUAI**

Olivier de BAYNAST, procureur général,
 Jacques BOUZIGUES, Avocat général,
 Christophe KAPPELLA, avocat général,
 Philippe DUPRIEZ, directeur délégué à l'administration inter-régionale judiciaire,
 Mickaël TRIGUAUT, responsable de la gestion budgétaire et des marchés publics,
 Audrey NAGLE, adjointe du responsable de la gestion budgétaire.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE D'ARRAS

Hugues WEREMME, procureur de la République,
 Eric PUJOL, directeur de greffe.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE BETHUNE

Philippe PEYROUX, procureur de la République,
 Maria-Céleste SILVA, directrice de greffe,
 Isabelle DELASSUS, régisseur.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE BOULOGNE SUR MER

Jean-Philippe JOUBERT, procureur de la République,
 Isabelle DHEDIN, régisseur suppléant.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CAMBRAI

Jérôme MARILLY, procureur de la République,
 Isabelle CHEVALIER, directrice de greffe.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE DUNKERQUE

Rudy DUFAYEL, greffier en chef,
Emmanuelle MEVAERE, adjointe administrative.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE DOUAI

Eric VAILLANT, procureur de la République,
Brigitte LEMOINE, directrice de greffe,
Catherine EYSEN, régisseur.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE LILLE

Frédéric FEVRE, procureur de la République,
Marie-Pierre GHANEM, régisseur.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE SAINT-OMER

Sébastien PIEVE, procureur de la République,
Vincent BOUZRAR, directeur de greffe par intérim.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE VALENCIENNES

Marie-Madeleine ALLIOT, procureure de la République,
Françoise LEPAGE, directrice de greffe,
Bernadette BLARY, greffier.

PREFECTURE DE LA REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

Christian CHOCQUET, préfet délégué à la défense et à la sécurité de la zone nord
Elisabeth FOUILLOUX, chef de cabinet du préfet délégué à la défense et à la sécurité de la zone nord.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE

Professeur Valéry HEDOUIN, chef de Pôle adjoint, responsable de la clinique de médecine légale et de médecine en milieu pénitentiaire,
Docteur Anne BECART, spécialiste d'odontologie légale dans le service de médecine légale,
Christian CAPLIER, directeur délégué Pôle Psychiatrie, médecine légale, médecine en milieu pénitentiaire,
Vincent DUPONT, directeur du département des ressources financières.

AGENCE REGIONALE DE SANTE DU NORD PAS DE CALAIS

Docteur Jean-Pierre GUL, médecin inspecteur de santé publique.

POLICE NATIONALE

Nicolas JOLIBOIS, contrôleur général, directeur départemental adjoint de la direction départementale de la sécurité publique du Nord,
Gilles PLUTOT, commandant à l'emploi fonctionnel, adjoint au chef d'état-major de la direction départementale du Pas-de-Calais,
Patricio MARTIN, commissaire divisionnaire, directeur de la direction zonale et départementale de la police aux frontières du Nord,
Philippe BASSONVILLE, commissaire divisionnaire, chef de la division criminelle de la direction interrégionale de police judiciaire de Lille,
Pascal VANDAMBOSSE, capitaine de police, adjoint au chef d'état-major de la direction interrégionale de police judiciaire de Lille.

GENDARMERIE NATIONALE**REGION DE GENDARMERIE NORD-PAS-DE-CALAIS**

Chef d'escadron Yann WANSON, chef du bureau police judiciaire.

SECTION DE RECHERCHES DE LILLE-VILLENEUVE D'ASCQ

Lieutenant-colonel Éric MATYN, commandant de section de recherches.

GROUPEMENT DE GENDARMERIE DEPARTEMENTALE DU NORD

Colonel Jude VINOT, commandant de groupement.

GROUPEMENT DE GENDARMERIE DEPARTEMENTALE DU PAS-DE- CALAIS

Major Dominique VAN DEN BERGHE, chef de la cellule identification criminelle.

Région Rhône-Alpe**COUR D'APPEL DE LYON**

Jacques BEAUME, procureur général,

Christian ROUSSEL, avocat général,

Jean-Michel ETCHEVERRY, conseiller chargé du secrétariat général de la première présidence,

Michel CRAMET, directeur délégué à l'administration inter-régionale judiciaire,

Hervé DESVIGNES, responsable de la gestion budgétaire,

Sylvie CHAPUIS, responsable de la gestion budgétaire,

Marie FANET, responsable du pôle chœur.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE LYON

Marc CIMAMONTI, procureur de la République,

Véronique DENIZOT, première vice procureure,

David AUMÔNIER, vice procureur chargé du secrétariat général,

Philippe AUTHIER, directeur de greffe,

Maryse STURNY, greffière en chef,

Chantal FLAMAND, greffière.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE SAINT ETIENNE

Jean-Daniel REGNAULD, procureur de la République,

Alain LACOMBE, directeur de greffe,

Solange BLACHON, régisseur.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE VILLEFRANCHE SUR SAONE

Olivier ETIENNE, procureur de la République.

HOSPICES CIVILES DE LYON

Professeur Daniel MALICIER, directeur de l'IML,

Madeleine CHANTEUR, directrice du centre hospitalier Herriot,

Patrice FARCI, Directeur des affaires médicales,

Alain COLLOMBET, secrétaire générale,

Isabelle BRIL, affaires juridiques.

POLICE NATIONALE

Albert DOUTRE, inspecteur général, directeur départemental de la sécurité publique du Rhône,

Jean-Marc REBOUILLAT, commissaire divisionnaire, chef de la sûreté départementale de la direction départementale du Rhône,

Jean-Michel BREVET, commissaire de police, directeur adjoint à la direction zonale de la police aux frontières de la zone sud-est,

Laurence LE MOIGNE, commissaire divisionnaire, chef de l'état-major de la direction interrégionale de la police judiciaire de Lyon,

Benjamin POTDEVIN commissaire de police, chef de la brigade criminelle et de répression du banditisme de la direction interrégionale de police judiciaire de Lyon.

GENDARMERIE NATIONALE**GROUPEMENT DE GENDARMERIE DEPARTEMENTALE DU RHÔNE**

Colonel Xavier GUIMARD, commandant de groupement.

Région Languedoc-Roussillon**COUR D'APPEL DE MONTPELLIER**

Bernard LEGRAS, procureur général,

Joël GARRIGUE, secrétaire général du parquet général,

Gérard TIREAU, directeur délégué à l'administration régionale judiciaire,

Cécile FAVIER, adjointe du directeur délégué à l'administration régionale judiciaire, responsable de la gestion informatique.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE BEZIERS

Patrick MATHE, procureur de la République,

Anne BELMONTE, directrice de greffe.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CARCASSONNE

Antoine LEROY, procureur de la République,

Julien MARTY, greffier.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE MONTPELLIER

Hervé POINOT, procureur de la République adjoint,

Nicole MARTIN, greffier en chef,

Christine RAMON, régisseur.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE NARBONNE

David CHARMATZ, procureur de la République.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE PERPIGNAN

Achille KIRIAKIDES, procureur de la République,

Michel HERAIL, directeur de greffe,

Jean-Michel FRAUCIEL, adjoint administratif.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE RODEZ

Yves DELPERIE, procureur de la République,

Michel PERET, Régisseur.

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

Professeur Eric BACCINO coordonnateur du département de médecine légale du CHRU,
 Grégory MYKOLOW, cadre de santé,
 Stéphanie DAVY, cadre responsable de la thanatologie,
 Anne-Marie MAZUIR, cadre administrative,
 Jean-Luc MARCHAND, directeur délégué auprès du Pôle Urgences et chargé de la médecine légale,
 Monsieur VERT, directeur administration financier.

POLICE NATIONALE

Benoît DESMARTIN, commissaire de police, chef de la sûreté départementale du département de l'Hérault.

GENDARMERIE NATIONALE**GROUPEMENT DE GENDARMERIE DEPARTEMENTALE DE L'HERAULT**

Lieutenant-colonel Pascal GOUNELLE, commandant de groupement en second.

Région Ile de France**COUR D'APPEL DE PARIS**

Jacques DEGRANDI, premier président,
 François FALLETTI, procureur général,
 Eric RUSSO, substitut général chargé du secrétariat général,
 Claire HOREAU, adjointe de la directrice déléguée à l'administration régionale judiciaire.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE PARIS

François MOLINS, procureur de la République,
 Denis FAURIAT, vice procureur chargé du secrétaire général du parquet,
 Pascal LE LUONG, vice président chargé du secrétariat général de la présidence,
 Abdel AKIM-MAHI, vice procureur, chef de la section P12,
 Odile GUILLOTEAU, adjointe de la directrice de greffe,
 Evelyne LEBAS, greffière.

CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU

Docteur Caroline REY-SALMON, coordonnatrice de l'Unité médico-judiciaire,
 Patrick HOUSSEL, directeur du groupe hospitalier,
 Anne-Claude GRITTON, directrice des services financiers.

INSTITUT MEDICO-LEGAL

Bertrand LUDES, directeur de l'IML,
 Marc TACCOEN, médecin inspecteur.

PREFECTURE de POLICE

Bernard BOUCAULT, préfet de police,
 Nicolas LERNER, directeur-adjoint du cabinet du préfet de police,
 Alain THIRION, directeur des transports et de la protection du public de la préfecture de police,
 Nicole ISNARD, sous-directrice de l'environnement de la direction des transports et de la protection du public de la préfecture de police,

Amalia GIAKOUMAKIS, chargé de mission à la direction des transports et de la protection du public de la préfecture de police,

Serge QUILICHINI, commissaire divisionnaire, chef du 3ème district de la direction territoriale de sécurité de proximité de Paris,

Christophe FOISSEY, commissaire de police, chef du service de l'accueil et de l'investigation de proximité du commissariat du 17ème arrondissement de la direction territoriale de sécurité de proximité de Paris,

Muriel RAULT, commissaire de police, adjoint au sous-directeur régional de la circulation et de la sécurité routières de la direction de l'ordre public et de la circulation,

Monique BOUDET, commissaire de police, adjoint au chef de l'état-major de la direction régionale de la police judiciaire.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE BOBIGNY

Rémy HEITZ, président,

Sylvie MOISSON, procureure de la République,

Jean-Pierre MENABE, premier vice président, référent frais de justice,

Anne KOSTOMAROFF, procureure adjoint,

Mathieu DEBATISSE, vice procureur, chargé du secrétaire général du parquet,

Françoise LESTRADE, directrice de greffe,

Angéline MARLOT, adjointe de la directrice de greffe,

Estelle EMILE, greffière en chef,

Maryse VANSTEEGER, régisseur,

Christine BOSCHETTI, adjointe administrative affectée aux frais de justice.

CENTRE HOSPITALIER JEAN-VERDIER DE BONDY

Professeur Patrick CHARIOT, chef de service de l'unité médico-judiciaire,

Dominique de WILDE, directrice du groupe hospitalier Paris Seine st Denis,

Timothée MANTZ, directeur des finances et du contrôle de gestion du groupe hospitalier Paris Seine St Denis,

Daniel CHICHE, directeur de l'hôpital Jean Verdier.

POLICE NATIONALE

Valérie MARTINEAU, commissaire divisionnaire, directeur territorial adjoint de la sécurité de proximité de la Seine-Saint-Denis.

Région Ile de France et Centre

COUR D'APPEL DE VERSAILLES

Alain NUEE, premier président,

Philippe INGALL-MONTAGNIER, procureur général,

Laureline PEYREFITTE, substitue générale,

Thierry MILOUA, directeur délégué à l'administration régionale judiciaire,

Céline D'HUY, auditrice de justice.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE VERSAILLES

Vincent LESCLOUS, procureur de la République,

Emmanuelle BOCHENEK, vice-procureur chargé du secrétariat général,

Myriam GEORGES, directrice de greffe.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE NANTERRE

Robert GELLI, procureur de la République.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE PONTOISE

Yves JANNIER, procureur de la République,
Philippe PASQUIER, greffier en chef,
Cécile SERE, greffière.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CHARTRES

Patrice Ollivier-MAUREL, procureur de la République,
Gilles MASIA, directeur de greffe.

CENTRE HOSPITALIER RAYMOND POINCARE DEGARCHES

Didier CAZEJUST, directeur de l'hôpital,
Florence BAGUET, directrice adjointe des affaires financières, de l'investissement et de la recherche,
Professeur Geoffroy LORIN DE LA GRANDE MAISON, chef de l'IML,
Docteur Nacer BOUROKBA, responsable de l'UMJ-centre médico judiciaire,
Nathalie GUEVARA, cadre de santé, IML-UMJ.

Dom-Tom**AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA REUNION**

Docteur Christine GILBERT

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA MARTINIQUE

Docteur Françoise GALABRU

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE LA GUYANE

Soizick CAZAUX, directrice de la direction de la régulation de l'offre de santé et médicosociale

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POINTE A PITRE

Patrice LECOMTE, directeur adjoint,
Docteur Karine SENAMAUD-DABADIE, Responsable du Service de Médecine Légale.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE FORT-DE-FRANCE

Docteur Anne RANCUREL responsable de l'UMJ,
Sabrina GROSSI, DAF du Centre hospitalier.

PERSONNES QUALIFIEES

Docteur Walter VORHAUER, secrétaire générale du Conseil National de l'Ordre des Médecins,
Professeur Patrice MANGIN du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale,
Olivier JARDE, professeur de médecine légale à l'IML d'Amiens.

Fédération SOS MEDECINS France

Dominique RINGARD, président,
Serge SMADJA, médecin,
Patrick GUERIN, médecin.

Annexe 3. Préconisations du rapport IGSJ-IGAS de 2006

- Donner un cadre législatif et réglementaire à la médecine légale
- Placer le service public hospitalier au cœur du dispositif
- Associer étroitement les médecins libéraux et les structures non hospitalières
- Favoriser une meilleure identification et une approche globale de la médecine légale
- Créer une organisation territoriale sur deux niveaux et en réseaux
- Clarifier les dénominations (service de médecine légale et unité médico-judiciaire)
- Intégrer les réseaux dans les schémas régionaux
- Associer étroitement les autorités judiciaires à la constitution et au fonctionnement du réseau
- Conforter la formation des médecins en médecine-légale
- Cantonner rigoureusement l'accomplissement de constats médico-légaux sans réquisition préalable
- Proscrire la participation des médecins des UCSA à la médecine légale en milieu pénitentiaire
- Prendre des mesures rapides et drastiques concernant le suivi et la destruction des scellés
- Faire assurer la prise en charge des soins en garde à vue
- Assurer un financement juste, transparent et pérenne en réaffirmant le principe d'un financement de la médecine légale sur frais de justice en contrepartie d'un « service rendu évaluable »
- Prévoir un co-financement par le budget de la santé ou de l'assurance maladie des examens d'infractions
- Réexaminer les tarifs dus au titre des frais de justice avec comme priorité la revalorisation du tarif des autopsies
- Rationaliser et simplifier les procédures de paiement avec un versement aux E.P.S. sous forme de dotation globale, de la totalité des honoraires et indemnités dus au titre des actes effectués au sein du réseau et une centralisation du paiement des prestations effectuées par les médecins et autres professionnels extérieurs au réseau
- Assurer l'homogénéité des pratiques au niveau national et améliorer le suivi de l'activité
- Restaurer le Conseil supérieur de médecine légale
- Harmoniser les politiques pénales et homogénéiser les pratiques médicales
- Améliorer les contrôles sanitaires
- Créer les instruments permettant d'assurer un suivi et une évaluation de l'activité
- Développer une démarche qualité dans le domaine de la thanatologie.

Annexe 4. Population couverte par chaque IML

IML	TGI rattachés	Total population	Population par IML	Total TGI
Amiens	Amiens	183 283	1 524 665	7
	Laon	215 809		
	St Quentin	148 782		
	Soissons	175 279		
	Beauvais	347 367		
	Senlis	273 996		
	Compiègne	180 149		
Angers	Angers	780 082	1 646 279	3
	Laval	305 147		
	Le Mans	561 050		
AP-HP Poincaré	Versailles	1 407 560	4 563 699	4
	Chartres	425 502		
	Nanterre	1 561 745		
	Pontoise	1 168 892		
Besançon	Besançon	357 960	1 168 208	5
	Belfort	142 461		
	Lons-Le-Saunier	261 277		
	Montbelliard	167 316		
	Vesoul	239 194		
Bordeaux	Bordeaux	1 225 478	2 499 812	7
	Bayonne	273 728		
	Bergerac	160 540		
	Dax	207 273		
	Libourne	209 183		
	Mont de Marsan	172 068		
	Périgueux	251 542		
Brest	Brest	515 480	1 290 647	3
	Lorient	396 733		
	Quimper	378 434		
Caen	Caen	533 398	1 470 880	6
	Alençon	141 064		
	Argentan	151 146		
	Cherbourg	191 759		
	Coutances	306 003		
	Lisieux	147 510		
Cayenne	Cayenne	224 469	224 469	1
Clermont-Ferrand	Clermont-Ferrand	629 416	1 341 041	6
	Aurillac	148 380		
	Cusset	141 321		
	Moulins	90 005		
	Montluçon	111 720		
	Nevers	220 199		
Dijon	Dijon	524 144	1 264 078	4
	Chalon-sur-Saône	341 358		
	Chaumont	185 214		
	Macon	213 362		
Evry	Evry	1 208 004	2 413 573	6
	Auxerre	179 412		
	Fontainebleau	182 107		

	Melun	489 764		
	Montargis	190 321		
	Sens	163 965		
Grenoble	Grenoble	737 670	2 493 291	8
	Albertville	155 335		
	Annecy	255 771		
	Bonneville	178 805		
	Chambery	255 672		
	Gap	135 836		
	Thonon-les-Bains	291 218		
	Valence	482 984		
La Réunion	St Denis	488 907	816 364	2
	St Pierre	327 457		
Lille	Lille	1 203 666	4 033 197	10
	Arras	309 213		
	Avesnes-sur-Helpe	234 257		
	Bethune	605 080		
	Boulogne-sur-mer	386 122		
	Cambrai	160 372		
	Douai	248 168		
	Dunkerque	376 439		
	Saint-Omer	160 842		
	Valenciennes	349 038		
Limoges	Limoges	374 849	974 053	4
	Brive	243 352		
	Châteauroux	232 268		
	Guéret	123 584		
Lyon	Lyon	1 516 061	2 756 892	5
	Bourg-en-Bresse	588 853		
	Bourgoin-Jallieu	198 338		
	Vienne	261 030		
	Villefranche-sur-Saône	192 610		
Marseille	Marseille	1 047 122	2 491 532	4
	Aix-en-Provence	723 663		
	Digne	159 450		
	Toulon	561 297		
Montpellier	Montpellier	738 349	2 108 892	6
	Béziers	293 625		
	Carcassonne	202 771		
	Narbonne	151 209		
	Perpignan	445 890		
	Rodez	277 048		
Nancy	Nancy	567 398	2 079 273	7
	Bar-le-Duc	107 193		
	Briey	163 621		
	Epinal	380 192		
	Metz	515 170		
	Thionville	258 889		
	Verdun	86 810		
Nantes	Nantes	921 266	2 212 218	5
	La Roche-sur-Yon	398 016		
	Les Sables d'Olonne	228 395		
	Saint-Nazaire	345 092		
	Vannes	319 449		

Nice	Nice	519 558	1 525 106	3
	Draguignan	446 006		
	Grasse	559 542		
Nîmes	Nîmes	518 600	1 829 203	7
	Alès	183 283		
	Avignon	318 660		
	Carpentras	221 405		
	Mende	77 163		
	Privas	313 578		
	Tarascon	196 514		
Pointe-à-Pitre	Pointe-à-Pitre	298 515	797 958	3
	Basse-Terre	103 039		
	Fort-de-France	396 404		
Poitiers	Poitiers	426 066	1 760 575	5
	Angoulême	351 563		
	La Rochelle	345 776		
	Niort	366 339		
	Saintes	270 831		
Reims	Reims	309 709	1 152 739	4
	Châlons-en-Champagne	256 436		
	Charleville-Mezières	283 296		
	Troyes	303 298		
Rennes	Rennes	824 220	1 564 968	3
	Saint-Brieuc	474 141		
	Saint-Malo	266 607		
Rouen	Rouen	647 230	1 832 942	4
	Dieppe	211 891		
	Evreux	582 822		
	Le Havre	390 999		
Saint-Etienne	Saint-Etienne	589 762	969 237	3
	Le Puy-en-Velay	223 122		
	Roanne	156 353		
Strasbourg	Strasbourg	796 897	2 113 892	5
	Colmar	367 200		
	Mulhouse	466 815		
	Sarreguemines	270 839		
	Saverne	212 141		
Toulouse	Toulouse	1 230 820	3 291 984	10
	Agen	329 697		
	Auch	187 181		
	Albi	182 624		
	Cahors	173 562		
	Castres	191 394		
	Foix	151 117		
	Montauban	239 291		
	Pau	376 628		
	Tarbes	229 670		
Tours	Tours	588 420	1 825 820	4
	Blois	463 189		
	Bourges	311 022		
	Orléans	463 189		
Total		58 037 487	58 037 487	154

Annexe 5. TGI dotés d'une UMJ avec population couverte et classement

TGI	UMJ de rattachement	Groupe	Classement	Population	Population nationale
BOBIGNY	UMJ JEAN VERDIER (BONDY)	1	2	1 515 983	
LYON	LYON	1	3	1 516 061	
MARSEILLE	MARSEILLE	1	4	1 047 122	
NANTERRE	UMJ de GARCHES	1	5	1 561 745	
CRETEIL	UMJ de CRETEIL	1	6	1 318 537	
LILLE	UMJ LILLE CHRU	1	7	1 203 666	
BORDEAUX	BORDEAUX	1	8	1 225 478	
VERSAILLES	CH André Mignot VERSAILLES	1	9	1 407 560	
EVRY	Centre Hospitalier Sud-Francilien de Corbeil-Essonnes	1	10	1 208 004	
PONTOISE	PONTOISE - GONESSE	1	11	1 168 892	
TOULOUSE	CHU TOULOUSE	1	12	1 230 820	
MONTPELLIER	MONTPELLIER	2	13	738 349	
MEAUX	CHG Lagny s/Marne	2	14	641 543	
NANTES	NANTES	2	15	921 266	
NICE	NICE	2	16	519 558	
STRASBOURG	CHU Strasbourg	2	17	796 897	
ROUEN	CHU HOPITAUX DE ROUEN	2	21	638 815	
NIMES	CHU Nîmes	2	22	518 600	
GRENOBLE	GRENOBLE	2	23	737 670	
RENNES	CHU Rennes	2	24	824 220	
PERPIGNAN	PERPIGNAN	2	25	445 890	
AMIENS	AMIENS	2	26	569 775	
ANGERS	ANGERS	2	28	780 082	
NANCY	CHU NANCY	2	29	567 398	
SAINT ETIENNE	CHU St Etienne	2	32	589 762	
METZ	METZ	2	33	515 170	
BOULOGNE SUR MER	BOULOGNE-SUR-MER	2	35	386 122	
SAINT DENIS DE LA REUNION	CHR SD	2	36	488 907	
MELUN	UMJ FONTAINEBLEAU	2	37	489 764	
DIJON	DIJON	2	38	524 144	
CLERMONT-FERRAND	CHU CF	2	39	629 416	
CAEN	CAEN	2	40	533 398	
TOURS	TOURS	2	41	588 420	
MULHOUSE	CH de MULHOUSE	3	46	466 815	
VALENCIENNES	CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES	3	47	349 038	
CAYENNE	CH Cayenne	3	48	224 469	
BREST	BREST	3	50	515 480	
ORLEANS	ORLEANS	3	51	463 189	
POITIERS	POITIERS	3	54	426 066	
PAU	CH Pau	3	57	376 628	
POINTE-A-PITRE	UMJ POINTE-A-PITRE - LES ABYMES	3	58	298 515	
LIMOGES	LIMOGES	3	61	374 849	
REIMS	CHU Reims	3	62	309 709	
FORT-DE-FRANCE	FORT-DE-FRANCE	3	64	396 404	

BESANCON	BESANCON	3	70	357 960	
SENLIS	UMJ de Creil - groupe hospitalier public du Sud de l'Oise	3	73	273 996	
FONTAINEBLEAU	FONTAINEBLEAU	4	118	182 107	
BASSE TERRE	CHU Pointe à Pitre	4	119	103 039	
TOTAL				32 967 298	64 304 500

Annexe 6. Nombre d'autopsies/1000 hab. aux niveaux national et international

IML	Autopsies	Population par IML	Nb autopsies pour 1000 hab.
ROYAUME UNI	94814	63 181 775	1,50
WASHINGTON DC			1,25
BRESIL	87814	201 000 000	0,44
SUISSE ROMANDE	400	1 800 000	0,22
PAYS-BAS	410	16 733 000	0,02

IML	Autopsies	Population par IML	Nb autopsies pour 1000 hab.
FRANCE	9312	65 281 000	0,14
Cayenne	87	224 469	0,39
Bordeaux	737	2 499 812	0,29
Marseille	682	2 491 532	0,27
Lyon	744	2 756 892	0,27
Saint Etienne	186	969 237	0,19
Pointe à Pitre	150	797 958	0,19
Angers	279	1 646 279	0,17
Nice	257	1 525 106	0,17
Montpellier	337	2 108 892	0,16
Evry	344	2 413 573	0,14
Besançon	144	1 168 208	0,12
Rennes	191	1 564 968	0,12
Lille	491	4 033 197	0,12
Nancy	252	2 079 273	0,12
Limoges	111	974 053	0,11
Garches (Poincaré)	518	4 563 699	0,11
Nîmes *	200	1 829 203	0,11
Clermont-Ferrand	141	1 341 041	0,11
Grenoble	253	2 493 291	0,10
Poitiers	174	1 760 575	0,10
Amiens	145	1 524 665	0,10
La Réunion	73	816 364	0,09
Tours	163	1 825 820	0,09
Reims	99	1 152 739	0,09
Brest	101	1 290 647	0,08
Toulouse	255	3 291 984	0,08
Dijon	97	1 264 078	0,08
Caen	112	1 470 880	0,08
Rouen	132	1 832 942	0,07
Strasbourg	149	2 113 892	0,07
Nantes	147	2 212 218	0,07

Annexe 7. Exemple de mobilisation des ARS dans la structuration du réseau de proximité

L'ARS Nord-Pas-de-Calais anime depuis 2012 des travaux en lien avec la cour d'appel de Douai, l'union régionale des professionnels de santé (URPS) et l'ordre des médecins dans le but de disposer d'une liste de correspondants mobilisables à la demande par les TGI.

Une première étape a consisté en un échange fin 2012 entre l'ensemble des parties prenantes (justice, police, gendarmerie et médecins) au sein de l'ARS permettant d'établir un diagnostic partagé sur les besoins et des difficultés rencontrées pour y pourvoir.

Dans un second temps, un questionnaire élaboré en lien avec l'ordre des médecins et l'URPS a été adressé aux 6 000 médecins exerçant sur la région Nord-Pas-de-Calais dans les buts de les sensibiliser aux problématiques des examens de garde à vue et de les mobiliser à cet effet.

En juillet 2013, 50 personnes s'étaient portées volontaires pour intervenir sur des créneaux horaires spécifiques (nuit, notamment), l'enjeu étant ensuite de définir un cadre suffisamment attractif sur le plan de la rémunération : agir sur le volume des actes en regroupant les examens de GAV dans le temps et dans l'espace à défaut de pouvoir le faire sur les tarifs.

Pour les levées de corps, il a également été procédé à un recensement de tous les capacitaires de la région en s'appuyant sur les listes de spécialistes fournies par l'Ordre régional des médecins. L'ARS devrait disposer fin 2013 d'une liste de médecins susceptibles de contribuer à la permanence de médecine légale.

Note IGAS.

Annexe 8. Convention entre le ministère de la justice et le ministère des affaires sociales et de la santé



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

MINISTÈRE DES AFFAIRES
SOCIALES ET DE LA SANTÉ

CONVENTION

Entre :

Le ministère de la justice, représenté par le directeur des services judiciaires,

Et :

D'une part

Le ministère des affaires sociales et de la santé, représenté par le directeur général de l'offre de soins,

D'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

Préambule :

La mise en place de la réforme de la médecine légale, prévue par la circulaire interministérielle n° JUSD10331099C du 27 décembre 2010, s'est accompagnée d'un volet financier prévoyant le versement par le ministère de la justice d'un forfait annuel aux établissements publics hospitaliers concernés par la réforme et correspondant aux organisations retenues (personnels et frais de fonctionnement) conformément aux circulaires du 27 décembre 2010 et du 25 avril 2012.

La présente convention financière a pour objet d'arrêter les montants et les modalités de versement des forfaits pour chaque établissement au titre de l'exercice 2013.

Article 1^{er} : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention vise à préciser, au regard du nouveau schéma directeur de médecine légale prévu par la circulaire du 27 décembre 2010 modifiée, les modalités de financement des structures concernées au titre de l'année 2013, dans l'attente des conclusions de la mission diligentée au deuxième trimestre 2013 et réalisée par les inspections générales de la justice, de

l'intérieur, de la santé et du budget, qui permettront de disposer des éléments d'activité nécessaires à l'évaluation du dispositif.

Article 2. : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention, qui prend effet à partir de sa signature par les deux ministères concernés, sera en vigueur jusqu'au 31 décembre 2013.

Article 3. : PIECES CONSTITUANT LA CONVENTION

La présente convention et son annexe détaillant les versements par établissement du schéma directeur.

Article 4. : FINANCEMENT DES STRUCTURES

4-1. - Dispositions générales

L'exercice de la médecine légale est pris en charge et financé par le ministère de la justice, conformément, aux organisations retenues (personnels et frais de fonctionnement) arrêtées par les circulaires du 27 décembre 2010 et du 25 avril 2012, qu'il s'agisse, pour la thanatologie, des autopsies, des examens externes de corps, des levées de corps ou pour la médecine légale du vivant, des examens de victimes, de gardés à vue ou des examens médicaux liés à la route.

Conformément aux circulaires du 27 décembre 2010 et du 25 avril 2012, l'organisation territoriale du schéma directeur de la médecine légale pour 2013 repose actuellement sur 46 structures hospitalières. La structure de la Rochelle qui devait être supprimée au cours de l'année 2012 a vu son activité prorogée en 2013. Elle fait l'objet d'un traitement financier spécifique pour le présent exercice.

Ainsi les actes réalisés en 2013 par la structure de la Rochelle qui devait être supprimée au cours de l'année 2012 feront l'objet d'un paiement sur la base des tarifs fixés par le code de procédure pénale.

Seules 46 structures font l'objet d'un paiement forfaitaire annuel, la structure de l'Hôtel-Dieu de Paris en médecine légale du vivant continuant de faire l'objet d'un paiement à l'acte, en raison de son volume d'activité particulièrement élevé.

Les 46 structures hospitalières faisant l'objet d'un paiement forfaitaire annuel sont financées à partir des crédits de l'Etat inscrits au programme d'intervention n° 166 « Justice judiciaire » du ministère de la justice.

Le financement des structures s'effectue au moyen d'une dotation budgétaire allouée directement par le programme 166 à chaque établissement public de santé concerné, selon le schéma de répartition joint en annexe, mis à jour et arrêté chaque année d'un commun accord entre la direction des services judiciaires et la direction générale de l'offre de soins.

L'ordonnateur de la dépense est le directeur des services judiciaires.

Le comptable assignataire chargé du paiement est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) près le ministère de la justice.

Une notification de ce versement est adressée à l'établissement concerné, copie étant délivrée à l'ARS du ressort territorial de cet établissement.

4-2. - Modalités de règlement

Au titre de 2013, une proratisation des montants forfaitaires est effectuée, dans l'attente d'un cadrage des dotations par le groupe de travail constitué à cette fin.

A l'exception des cas prévus au 4-3, chaque structure recevra un premier acompte dont le montant correspondra à 50% du montant du forfait total arrêté au titre du schéma 2012 tel que validé par la DGOS et la DSJ après analyse de la mise en œuvre du schéma au 26 novembre 2012.

Ce montant sera versé à la signature de la convention.

4-3. - Cas particuliers

Pour les établissements mentionnés ci-après, le montant versé au titre de la présente convention est fixé selon des modalités particulières, pour les montants et les motifs figurant en regard.

Etablissement	Montant du 1 ^{er} semestre théorique	Montant à verser	Observation
CHRU de Brest	598 978,4€	598 978,4€	Le montant versé correspond à la moitié du coût réel de la structure en 2012 après ajustement des ETPT non mis en place. Mais cet établissement doit également faire l'objet d'un ajustement de sa dotation due au titre de l'exercice 2012 après correction des données bilanciellées acceptées par la Direction des services judiciaires. L'ajustement de la dotation 2012, évalué à 533 796,69€, est traité dans une convention spécifique avant le 31 12 2013.
CH La Rochelle		24 161,5 €	Le montant versé correspond aux actes réalisés par la structure pour les 5 premiers mois de 2013 et rémunérés sur la base des tarifs fixés par le code de procédure pénale

Article 5 : L'ACTUALISATION DES CREDITS

Les enveloppes budgétaires des établissements seront revues en fin d'année, pour un versement du solde au 1^{er} décembre 2013, en fonction des situations en effectifs renseignées régulièrement et rigoureusement dans l'application « oNML » (observatoire national de la médecine légale) mise à la disposition des établissements du schéma directeur par la direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé et du schéma arrêté par la circulaire du 25 avril 2012. Tout déficit de recrutement dans les structures donnera lieu à une réfaction prorata temporis des enveloppes budgétaires allouées aux établissements publics de santé.

Un contrôle sera effectué par le ministère de la santé (DGOS) et le ministère de la justice (DACG et DSJ), formalisé sur un état cosigné des deux directions, sur le fondement duquel seront déterminés les montants des versements complémentaires 2013 arrêtés par le Directeur des services judiciaires.

En cas de désaccord sur les résultats de ce contrôle, les établissements de santé devront faire rapidement connaître la justification des écarts.

Article 6 : SUIVI DE L'ACTIVITE

L'évaluation du dispositif sera assurée au moyen du suivi mis en place par les ministères concernés, afin de déterminer la volumétrie des actes réalisés par chaque structure à partir du décompte des différents types de réquisitions prises et exécutées en matière de médecine légale (thanatologie, examen de victimes, examens de gardés à vue).

Article 7 : AVENANT

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définie d'un commun accord entre les parties, fera l'objet d'un avenant.

Article 8 : DISPOSITIONS FINALES

La présente convention est établie en trois exemplaires originaux.

25 OCT. 2013

Fait le 2013

Le directeur des services judiciaires

Jean-François BEYNEL

Le directeur général de l'offre de soins

**Le Directeur Général
de l'Offre de Soins**

Jean DEBEAUPUIS

*Le contrôleur budgétaire et comptable
ministériel*

Le Contrôleur budgétaire et comptable ministériel

René SEVE

ANNEXE

Versements premier acompte sur la base de l'état DGOS/DSJ médecine légale fin 2012
ETP PM et PNM comparaison et valorisation réel/autorisé
(source oNML : 23/11/2012)

Nom ES	Acompte à verser (1er semestre)	
C.H.U. d'Amiens	1 486 039,80	743 019,90
C.H.U. d'Angers	1 531 472,25	765 736,13
AP-HP : Hôpital Jean Verdier	1 859 469,36	929 734,68
AP-HP : GH Raymond Poincaré-Bercy	2 301 516,67	1 150 758,33
C.H.U. de Besançon	955 433,16	477 716,58
C.H.U. Hôpitaux de Bordeaux	1 645 390,69	822 695,34
C.H. de Boulogne-sur-Mer	982 954,26	491 477,13
CHRU de Brest Carhaix	664 160,11	598 978,40
C.H.U. de Caen	961 773,19	490 886,60
C.H.U. de Clermont-Ferrand	987 615,00	493 807,50
C.H. de Creil Laennec	517 326,04	258 663,02
C.H.I. Créteil	2 553 679,32	1 276 839,66
C.H.U. de Dijon	913 584,12	456 792,06
C.H. Sud Francilien - Evry	1 494 110,60	747 055,30
C.H. de Fontainebleau	505 585,60	252 792,80
C.H.U. de Grenoble	1 308 779,52	654 389,76
C.H. Lagny-Marne-la-Vallée	993 154,20	496 577,10
C.H.R.U. de Lille	1 412 619,06	706 309,53
C.H.U. de Limoges	662 606,76	331 303,38
Hospices Civils de Lyon	936 350,70	468 175,35
APHM Marseille	2 444 600,96	1 222 300,48
C.H.R. Metz-Thionville	601 068,50	300 534,25
C.H.U. de Montpellier	1 642 054,41	821 027,21
C.H. de Mulhouse	933 491,40	466 745,70
C.H.U. de Nancy	966 792,36	483 396,18
C.H.U. de Nantes	1 073 121,36	536 560,68
C.H.U. de Nice	797 712,39	398 856,20
C.H.U. de Nîmes	1 063 444,48	531 722,24
C.H.R. Orléans	854 017,62	427 008,81
C.H. de Pau	602 814,56	301 407,28
C.H. de Perpignan	924 492,52	462 246,26
C.H.U. de Poitiers	931 356,97	465 678,48
Centre Hospitalier René Dubos - Pontoise	946 753,18	473 376,59
C.H.U. de Reims	1 057 201,56	528 600,78
C.H.U. de Rennes	1 376 952,00	688 476,00
C.H.U. de Rouen	1 039 327,92	519 663,96
C.H.U. de Saint-Etienne	1 052 271,36	526 135,68
C.H.U. de Strasbourg	873 913,63	436 956,82
C.H.U. de Toulouse	1 134 241,56	567 120,78
C.H.R.U. Tours	1 110 038,34	555 019,17
C.H. de Valenciennes	912 225,60	456 112,80
C.H. de Versailles	1 365 672,60	682 836,30
C.H. A. Rosemon - Cayenne	1 030 132,84	515 066,42
C.H.U. de Fort-de-France	692 058,91	346 029,46
C.H.U. Felix-Guyon St Denis	1 176 168,14	588 084,07
C.H.U. de Pointe-à-Pitre Aynès	1 363 335,77	681 667,88
Total	52 638 881,34	26 586 339,02
Cas particulier du CHU de La ROCHELLE		241615
Total général		26 610 500,52

Annexe 9. Sujétions et coûts de la médecine légale pour la gendarmerie nationale

Le coût pour la gendarmerie nationale tient compte du temps passé par les militaires dans l'accomplissement des missions découlant de la médecine légale, tant pour la thanatologie que pour la médecine légale du vivant. Cette annexe détaille les éléments développés pour la gendarmerie nationale dans le paragraphe 1.3.4.2 du rapport.

1. LES LEVEES DE CORPS

La gendarmerie a participé à 7 859 levées de corps en 2012 au niveau national.

Une levée de corps nécessite l'immobilisation sur place d'une patrouille de deux militaires pendant une durée moyenne de 3 heures¹. Dans 2/3 des cas, cette patrouille est renforcée par un technicien en identification criminelle (TIC). A ce temps de présence sur le terrain, il convient d'ajouter un temps de déplacement moyen aller retour de 2 heures pour chaque opération.

Le volume horaire consacré aux levées de corps s'évalue à un peu plus de 104 500 heures gendarmes.

2. LES AUTOPSIES

4 569 autopsies ont été réalisées dans le cadre des missions effectuées par la gendarmerie nationale en 2012.

Deux militaires assistent en général à une autopsie. La durée d'une autopsie médico-légale est très variable, elle peut aller de 2 heures à plus de 10 heures², mais les enquêteurs en évaluent la durée habituelle à 3 heures. La durée moyenne de trajet aller-retour entre le chef-lieu d'un groupement de gendarmerie départementale et son IML de référence s'établit à 2 heures 15, avec des écarts entre 1 heure et 5 heures de trajet.

Le volume horaire consacré aux autopsies s'évalue à plus de 47 900 heures gendarmes.

3. LES EXAMENS MEDICAUX DE COMPATIBILITE D'UNE MESURE DE GARDE A VUE

Les militaires de la gendarmerie nationale ont pris 85 843 mesures de garde à vue judiciaires pour l'année 2012. A ce chiffre s'ajoute un nombre de 6 339 mesures de garde à vue pour des délits routiers (soit 7%) portant à 92 182 le nombre total de GAV réalisées par la gendarmerie.

Les réponses des groupements de gendarmerie départementale aux questionnaires qui leur ont été adressés montrent que 36 % des mesures de garde à vue donnent généralement lieu à un examen médical. L'application de ce ratio permet de déterminer à 33 185 le volume des GAV ayant donné lieu à un premier examen médical.

La distinction entre les GAV de moins de 24 heures et celles de plus de 24 heures permet d'appliquer un correctif de 10 % d'examen supplémentaires en cas de second examen durant la prolongation, portant à un peu plus de 36 500 le nombre des examens médicaux de gardés à vue pour 2012

¹ Avec des cas pouvant aller jusqu'à 5heures.

² Cf. Revue Française d'Histotechnologie, 2004, 17 n° 1, pages 33 à 40.

3.1 Les examens réalisés en UMJ

D'après les éléments communiqués par la DGGN³, le nombre total de GAV ayant donné lieu à une escorte vers une UMJ aux fins d'examen médical de compatibilité est évalué à 10 816 pour l'année 2012. Ces escortes s'effectuent généralement à 2 militaires pour une durée moyenne de 2 heures. Plus de 43 200 heures gendarmes sont susceptibles d'avoir été consacrées à cette mission.

3.2 Les examens réalisés au sein des services d'urgence du réseau de proximité

En l'absence d'UMJ, les enquêteurs se tournent vers le réseau de proximité dans lequel près de 25 687 examens de compatibilité sont susceptibles d'avoir été réalisés en 2012.

De nombreuses difficultés sont signalées pour trouver des médecins dans le réseau de proximité, et ce même pendant les heures ouvrables. Liée à une désertification médicale des zones rurales, ces difficultés obligent les militaires à se déplacer dans les services des urgences dans 60 %⁴ des cas, soit pour plus de 15 400 d'entre-eux.

Tout déplacement d'une personne en garde à vue entraîne un risque d'évasion ou d'agression. Les escortes s'effectuent généralement à 2 militaires, renforcés dans la moitié des cas d'un troisième élément pour garantir la sécurité des personnels d'accompagnement mais aussi celle des personnels médicaux. La difficulté d'isolement du reste des consultants est aggravée lorsque les escortes sont soumises à d'importants délais d'attente du fait des charges pesant sur les personnels hospitaliers urgentistes. Ces délais pouvant aller jusqu'à 4 heures sont habituellement évalués à 1 heure 30. S'y ajoute un temps de transport aller-retour de 2 heures aller-et-retour qui s'impute sur le temps de la garde à vue.

Ces éléments permettent d'estimer la prise en compte de ces examens médicaux à plus de 134 700 heures gendarmes.

4. BILAN GENERAL

La gendarmerie nationale consacre pour la médecine légale une activité horaire évaluée à 330 300 heures gendarmes. La valorisation de cette activité est détaillée dans le tableau suivant.

Missions	Heures gendarme	ETP
Levées de corps	104 500	58
Autopsies	47 900	27
GAV – Examens de compatibilité en UMJ	43 200	24
GAV – Examens de compatibilités urgences proximité	134 700	76
Total	330 300	185
Coût CAS pension compris ⁵		13,94M€

³ Entretien avec le bureau de la police judiciaire du 5 septembre 2013.

⁴ Sondage téléphonique effectué sur ¼ des 55 GGD non dotés d'une UMJ.

⁵ Cette valorisation ne prend pas en compte les coûts induits par l'utilisation, l'usure et le remplacement des véhicules utilisés pour réaliser ces missions.

Annexe 10. Circuit des frais de justice

CIRCUIT DES FRAIS DE JUSTICE EN APPLICATION DES ARTICLES R 92 et R 93 du CODE DE PROCEDURE PENALE

La mise en place de **Chorus formulaire « frais de justice »** a pour objectif le suivi des dépenses engagées en matière de frais de justice. Ce logiciel permet un suivi des frais de justice à des fins statistiques. Théoriquement, tous les services enquêteurs d'une part, les TGI d'autre part utilisent ce logiciel pour l'enregistrement des prescriptions.

Le Logiciel des Mémoires de Justice (**LMDJ**), utilisé par le service centralisateur de la juridiction, permet une traçabilité des mémoires, un meilleur suivi de la dépense et en fin de gestion une évaluation plus exhaustive des charges à payer.

Il existe une interface entre le logiciel de la régie **REGINA** et le logiciel **LMDJ**.

Actuellement il n'y a pas de lien entre la saisie de la prescription dans **chorus formulaire** et la saisie du mémoire dans **LMDJ**, les deux étant gérés dans des outils distincts.

Frais intégrés dans le forfait (Réforme de 2010)	Frais payés à l'acte (sur les frais de justice des TGI et CA)
- Etablissement de la réquisition - Transmission de la réquisition à l'UMJ ou à l'IML désigné qui renseigne l'oNML Les actes réalisés dans le cadre du schéma et payés sur les dotations ne font l'objet d'aucun recensement au sein du ministère de la justice.	Application du circuit des frais de justice, tel que mis en place avant la réforme - Etablissement de la réquisition, - Transmission de la réquisition au prestataire désigné, - Enregistrement informatique de la prescription dans Chorus formulaire, par les services prescripteurs de la juridiction, ou/et - Transmission par les services de police au Ministère de la Justice du nombre d'actes établis, - Transmission mensuelle par les services de gendarmerie au Ministère de la Justice des données issues du logiciel de rédaction de procédure (LRPGN) relatives au nombre d'actes réalisés au titre des frais de justice. - Intégration de ces données statistiques dans Chorus par l'administration centrale du ministère de la justice ;

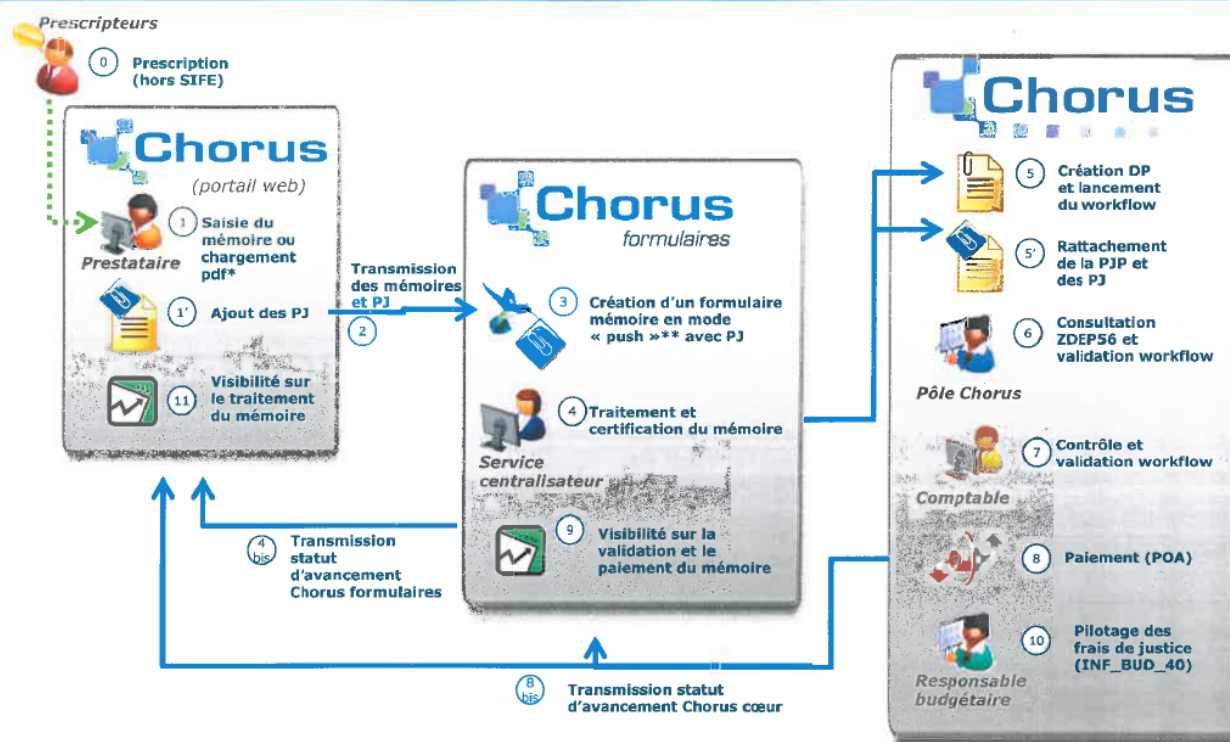
	- Après réalisation de la mission, transmission de la réquisition et du mémoire de frais au service centralisateur du TGI ayant ordonné la mesure, - Enregistrement de ces données par le service centralisateur dans LMDJ et suivi des mémoires, <table border="1"> <tr> <td>Certification par le greffier pour les dépenses de toute nature visé à l'article R 224-1 et R224-2 du CPP et ceux < à 460€.</td><td> Taxation par le magistrat pour les mémoires = ou > à 460€ - Transmission au parquet aux fins de réquisition, - Transmission du mémoire assorti des réquisitions au magistrat taxateur. </td></tr> </table> - Paiement par la régie de la juridiction, si mémoire < à 2000€, - Paiement assuré par le pôle chorus (BOP) en mandatement direct si mémoire > à 2000€, - Mémoires adressés au pôle chorus, sous bordereau spécifique (< à 2000€ ou > à 2000€) par compte général chorus (pour enregistrement dans chorus cœur), - Préparation par le service administratif régional (SAR) du mandat de reconstitution de l'avance dont dispose la régie pour les mémoires < à 2000€, - Transmission à la Direction régionale des finances publiques du siège de la cour d'appel du mandat de reconstitution de l'avance de la régie avec les pièces de dépenses (mémoires < 2000€) et des mandats avec les pièces de la dépense (mémoires > 2000€).	Certification par le greffier pour les dépenses de toute nature visé à l'article R 224-1 et R224-2 du CPP et ceux < à 460€.	Taxation par le magistrat pour les mémoires = ou > à 460€ - Transmission au parquet aux fins de réquisition, - Transmission du mémoire assorti des réquisitions au magistrat taxateur.
Certification par le greffier pour les dépenses de toute nature visé à l'article R 224-1 et R224-2 du CPP et ceux < à 460€.	Taxation par le magistrat pour les mémoires = ou > à 460€ - Transmission au parquet aux fins de réquisition, - Transmission du mémoire assorti des réquisitions au magistrat taxateur.		

Note IGSJ.

Annexe 11. Vue d'ensemble du projet de réforme du circuit des frais de justice

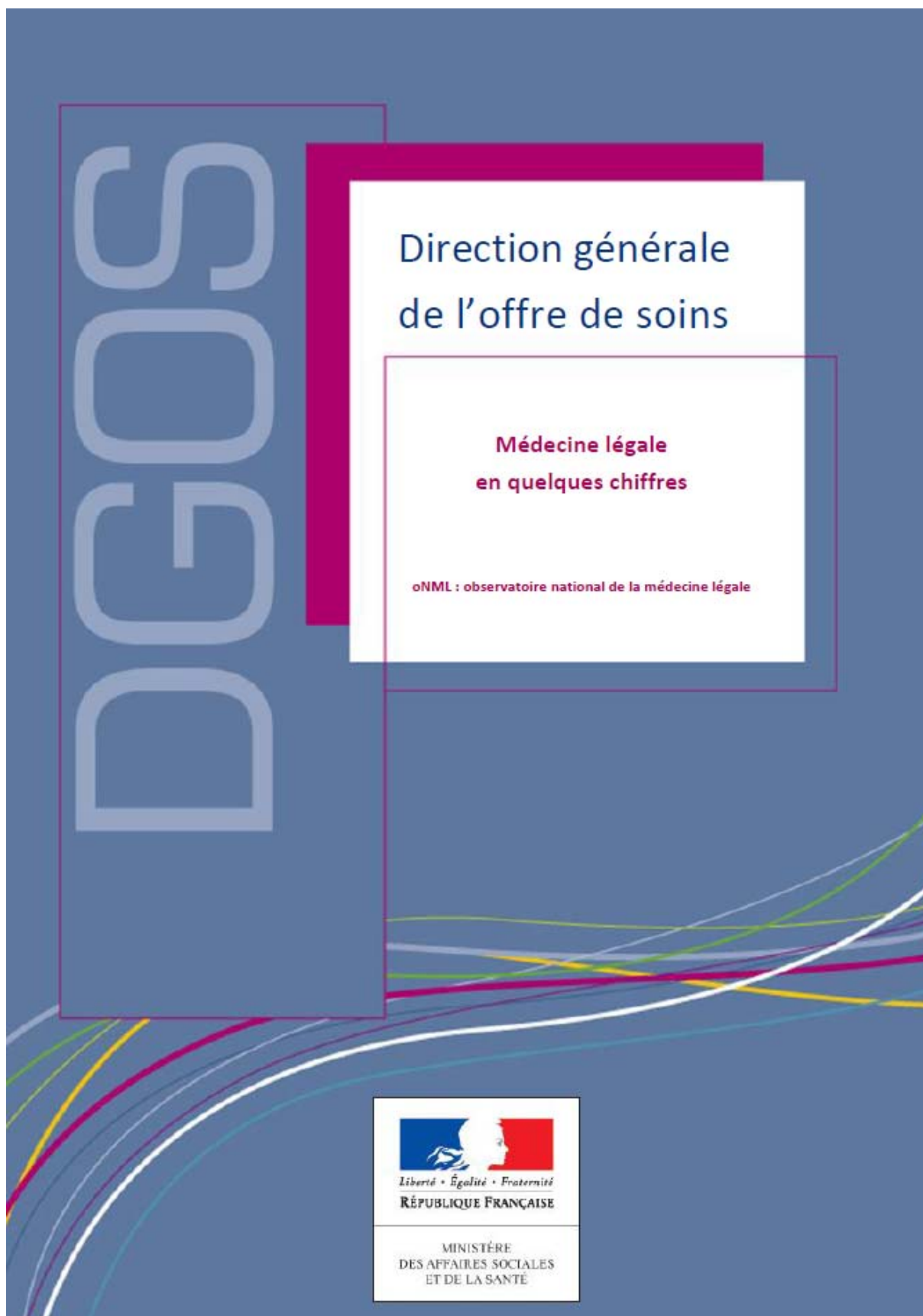
Solution cible

Vue d'ensemble du circuit



*Remarque : dans le cas où le portail web ne serait pas disponible dès le démarrage en avril 2014, une solution de numérisation pourra être mise en place. Cette solution est décrite en annexe.

**Le formulaire mémoire pourra également être directement saisi par le service centralisateur

Annexe 12. Chiffres clé de l'oNML

Sommaire

1 - Structures :.....	3
2 - Activité :	5
Activité 2012 détaillée par structure	8
Activité 2011 détaillée par structure	9
Activité 2012 de thanatologie des IML.....	10
Activité 2011 de thanatologie des IML.....	11
Annuaire :	12

Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

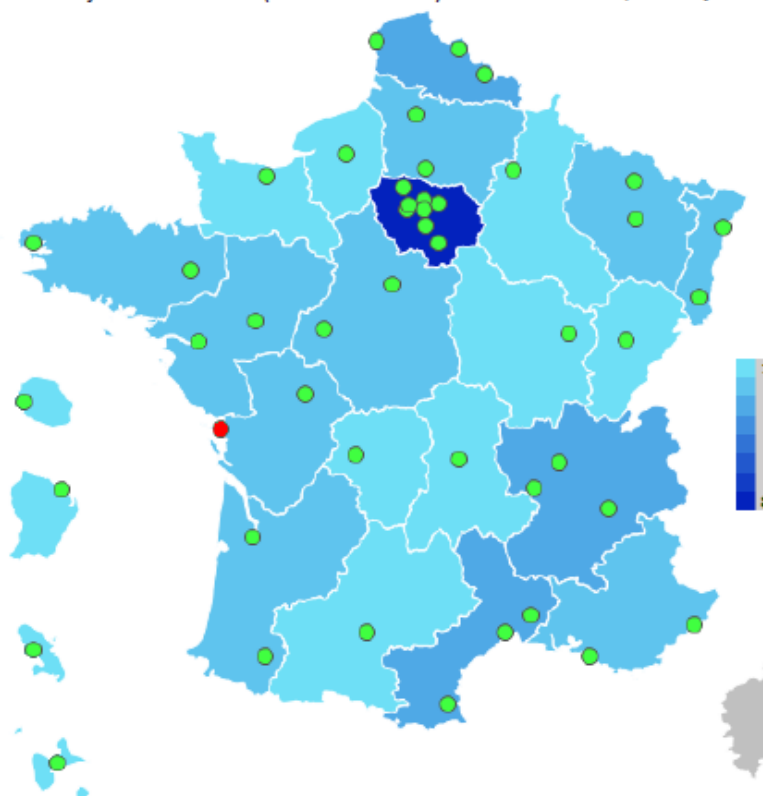


1 - Structures :

47* Unités Médico Judiciaires (UMJ)

47 UMJ financées par forfait du Ministère de la Justice

1 UMJ majeurs et mineurs (Hôtel Dieu Paris) financée à l'acte (frais de justice)



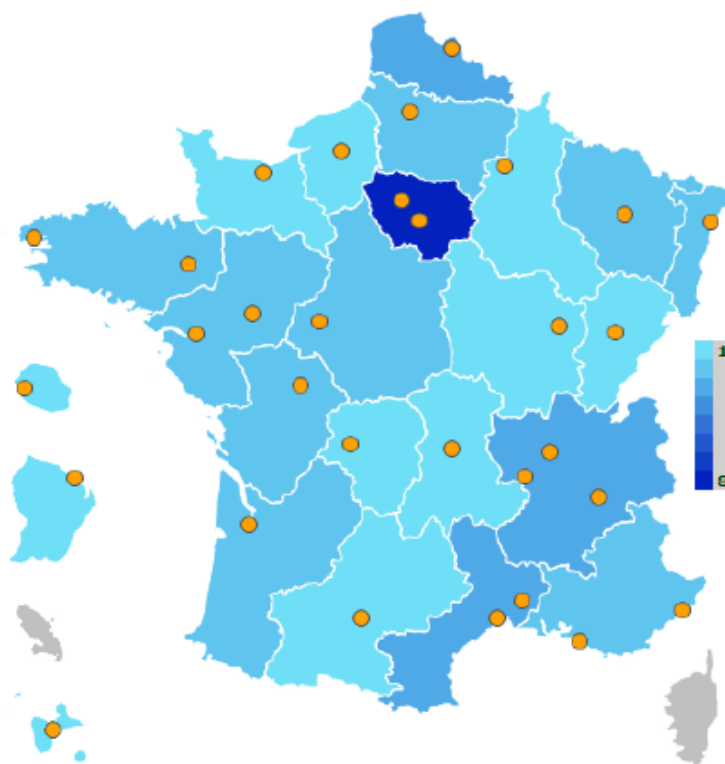
* Fermeture de l'UMJ de La Rochelle prévue au 30 avril 2013

UMJ
Amiens
Angers
Besançon
Bondy
Boulogne-sur-Mer
Brest
Caen
Clermont-Ferrand
Corbeil-Essonnes
Creil
Créteil
Dijon
Fontainebleau
Garches
Grenoble
La Rochelle
Lagny-sur-Marne
Lille
Limoges
Marseille
Metz
Montpellier
Mulhouse
Nancy
Nantes
Nice
Nîmes
Orléans
Pau
Perpignan
Poitiers
Pontoise
Reims
Rennes
Rouen
Saint-Étienne
Strasbourg
Talence
Toulouse
Tours
Valenciennes
Versailles
Cayenne
Fort-de-France
Lyon
Pointe-à-Pitre
Saint-Denis de la Réunion

Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

31 Instituts Médico Légaux (IML)

IML de Paris et IRCGN (Ministère de l'Intérieur) financés à l'acte (frais de justice).



IML
Amiens
Angers
Besançon
Brest
Caen
Clermont-Ferrand
Corbeil-Essonnes
Dijon
Garches
Grenoble
Lille
Limoges
Marseille
Montpellier
Nancy
Nantes
Nice
Nîmes
Poitiers
Reims
Rennes
Rouen
Saint-Étienne
Strasbourg
Talence
Toulouse
Tours
Cayenne
Lyon
Pointe-à-Pitre
Saint-Denis

Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

4

2 - Activité :

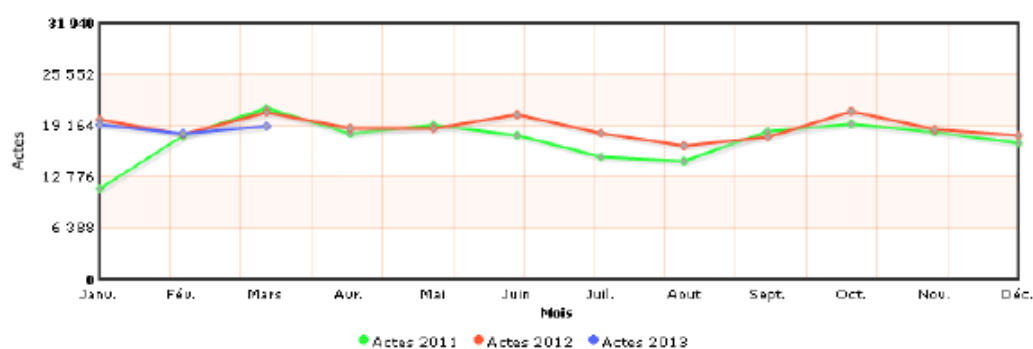
La saisie des données d'activité dans l'oNML a débuté le 15 janvier 2011.

Les tableaux et les graphiques présentés dans ce document, peuvent être déclinés par structure sur la plateforme oNML.

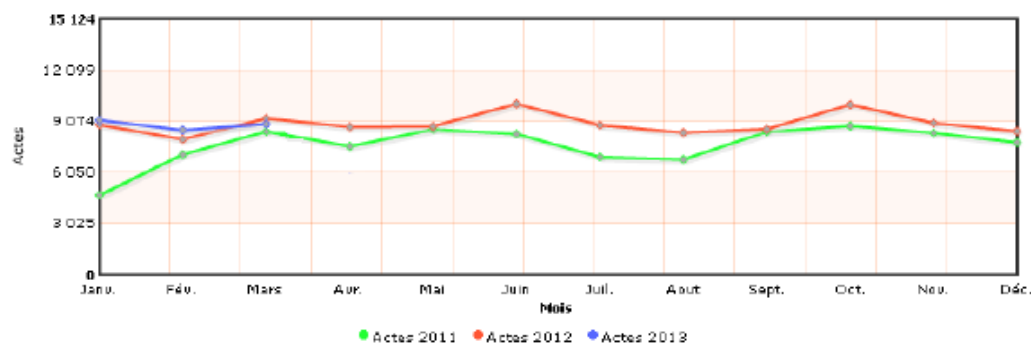
Actes	2011	2012
Autopsie :	7 208	7 639
Examen âge osseux isolé (hors GAV) :		1 290
Examen de corps isolé :	2 740	3 966
Examen psychiatrique de gardé à vue :	292	306
Examen psychiatrique de victime :	2 474	2 597
Examen somatique de gardé à vue :	98 815	97 899
Examen somatique de victime :	91 964	107 037
Levée de corps :	5 116	4 638
Examen médical lié à la route :		1 774

(source oNML : déclaratif établissements)

Évolution de l'activité globale des 47 structures dédiées

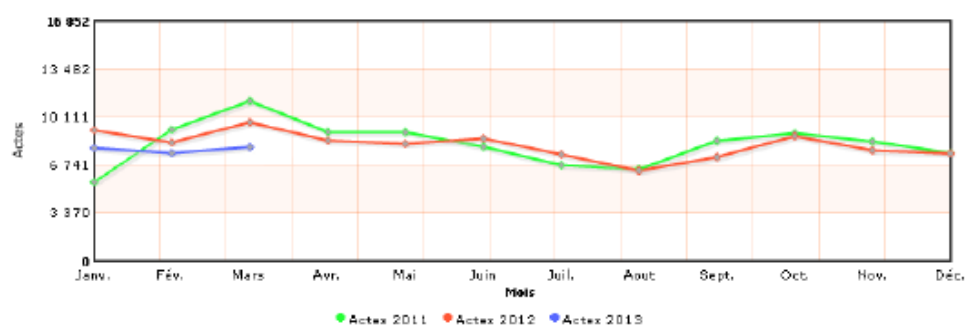


Évolution des examens somatiques des victimes par les 47 structures dédiées

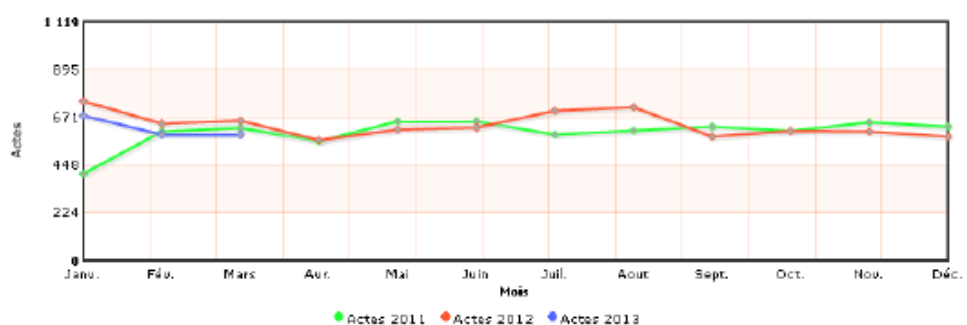


Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

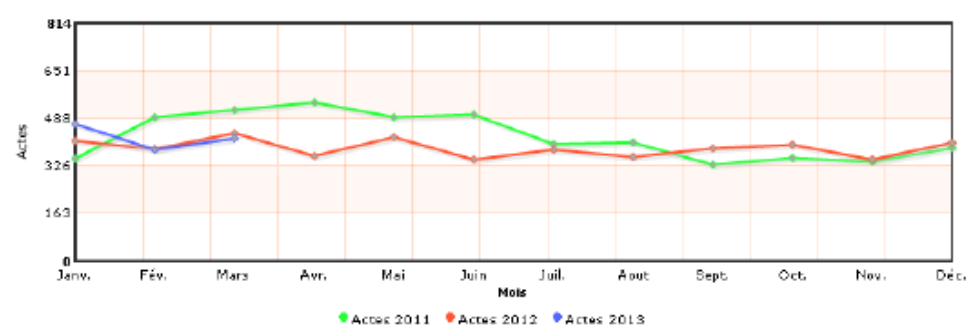
Évolution des examens somatiques des gardés à vue par les 47 structures dédiées



Évolution des autopsies réalisées par les 31 IML hospitaliers

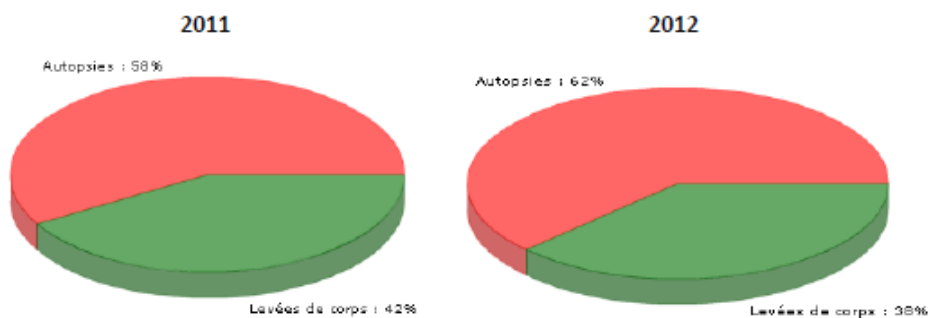


Évolution des levées de corps par les 47 structures dédiées

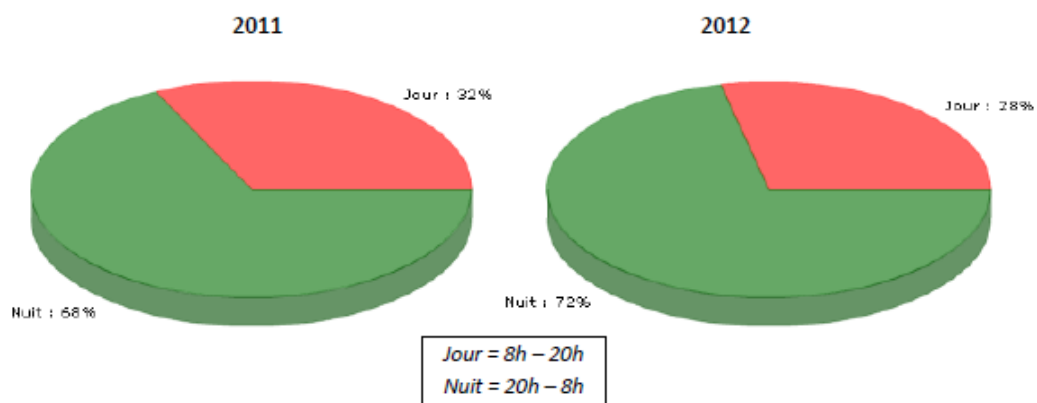


Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

Répartition Autopsies / Levées de corps



Examens somatiques des Gardés à vue : répartition jour / nuit



Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

7

Activité 2012 détaillée par structure

N° o6	Nom établissement	Examens somatique de victimes	Examens psy. de victimes	Examens somatique	Examens psy. GAV	Autopsies de corps	Levées de corps	Examen corps isolé	Examen âge osseux
00636	APHM	3 762	-	9 690	4	682	363	315	67
03423	AP-HP : GH R. Poincaré-Berck	4 393	-	10 086	-	517	336	59	77
03427	AP-HP : Hôpital Jean Verdier	12 007	782	19 246	33	-	1	-	329
00288	C.H. A. Rosemon	1 815	-	928	-	87	19	-	1
00467	C.H. de Boulogne-sur-Mer	2 580	11	2 327	3	7	139	140	1
00080	C.H. de Fontainebleau	1 239	1	474	1	-	146	3	-
00267	C.H. de La Rochelle-Ré-Aunis	440	1	685	-	-	-	-	-
00219	C.H. de Mulhouse	672	2	1 245	1	-	113	1	-
00545	C.H. de Pau	301	34	375	2	-	30	30	1
00356	C.H. de Perpignan	609	-	630	5	-	51	46	2
00437	C.H. de Valenciennes	881	-	960	-	-	7	105	-
00068	C.H. de Versailles	3 373	130	4 386	-	-	392	8	9
00285	C.H. Félix Guyon	1 672	15	1 415	15	73	88	148	2
00058	C.H. Sud Francilien	5 045	2	1 267	1	344	54	256	5
00067	C.H.I. Crétell	8 857	53	12 802	57	-	262	3	238
00063	C.H. Marne-la-Vallée	3 155	10	4 146	3	-	177	2	1
01169	C.H.R. Metz-Thionville	2 559	-	19	-	16	6	80	-
00030	C.H.R. Orléans	1 406	160	1 116	22	-	2	11	-
00600	C.H.R.U. de Lille	4 467	-	-	-	491	241	276	194
00031	C.H.R.U. de Tours	1 220	2	1 539	83	163	23	90	53
00657	C.H.U. d'Amiens	1 832	18	1 258	6	130	152	92	-
00678	C.H.U. d'Angers	2 183	2	1 434	4	279	151	64	3
00632	C.H.U. de Besançon	922	10	958	3	144	40	6	-
00649	C.H.U. de Caen	1 324	7	1 935	3	112	35	217	-
01212	C.H.U. de Clermont-Ferrand	1 709	53	1 067	2	141	37	68	-
00098	C.H.U. de Dijon	283	77	951	9	97	69	88	2
00776	C.H.U. de Fort-de-France	1 533	-	53	-	-	27	102	-
00734	C.H.U. de Grenoble	1 696	1	1 690	3	253	26	11	57
00651	C.H.U. de Limoges	299	-	8	-	110	50	55	20
01009	C.H.U. de Montpellier	1 557	10	2 457	5	337	135	104	3
00655	C.H.U. de Nancy	1 251	5	12	-	252	75	142	4
00656	C.H.U. de Nantes	859	6	3 161	3	147	120	91	55
00824	C.H.U. de Nice	1 373	-	51	-	257	-	249	-
00956	C.H.U. de Nîmes	1 254	-	1 658	-	68	52	31	-
00765	C.H.U. de Pointe-à-Pitre Abymes	995	1	733	-	150	54	85	1
00727	C.H.U. de Poitiers	777	5	1 118	2	174	34	115	8
00660	C.H.U. de Reims	1 454	40	2	-	99	32	26	-
00650	C.H.U. de Rennes	2 291	19	2 109	10	191	237	20	23
00726	C.H.U. de Rouen	4 173	3	14	1	132	28	242	-
00735	C.H.U. de Saint-Etienne	1 208	3	1 429	1	186	5	93	-
01232	C.H.U. de Strasbourg	1 477	-	55	-	149	194	39	3
00638	C.H.U. de Toulouse	3 706	5	41	2	255	10	343	2
00993	C.H.U. Hôpitaux de Bordeaux	3 231	1 111	36	1	737	27	2	11
00069	Centre Hospitalier René Dubos	4 932	6	1 563	9	-	282	2	115
00692	CHRU de Brest Carhaix	630	-	296	4	101	176	37	-
00491	GHPSO	776	-	437	8	15	84	58	2
01273	Hospices Civils de Lyon	2 859	5	37	-	743	56	11	1

Source : DGOS - oNIML/MOM/SA/ avril 2013

Activité 2011 détaillée par structure

N° o6	Nom établissement	Examens somatique de victimes	Examens psy. de victimes	Examens somatique GAV	Examens psy. GAV	Autopsies	Levées de corps	Examen corps isolé	Examen âge osseux
00636	APHM	3 772	-	10 722	-	662	403	179	-
03423	AP-HP : GH R. Poincaré-Berck	4 007	-	9 679	-	432	246	26	3
03427	AP-HP : Hôpital Jean Verdier	12 075	612	19 701	44	-	97	20	78
00288	C.H. A. Rosemon	1 011	1	1 178	3	62	15	1	-
00467	C.H. de Boulogne-sur-Mer	2 329	-	2 870	3	1	118	53	-
00080	C.H. de Fontainebleau	458	-	239	-	-	51	-	-
00267	C.H. de La Rochelle-Ré-Aunis	287	2	491	4	-	1	-	-
00219	C.H. de Mulhouse	936	3	634	8	-	120	9	-
00545	C.H. de Pau	15	1	8	-	-	5	-	-
00356	C.H. de Perpignan	507	-	443	17	-	79	51	-
00437	C.H. de Valenciennes	791	-	602	-	-	9	98	-
00068	C.H. de Versailles	3 256	122	5 243	3	-	389	2	-
00285	C.H. Félix Guyon	977	12	689	16	87	39	115	-
00058	C.H. Sud Francilien	5 376	2	1 117	3	351	205	140	2
00067	C.H.I. Créteil	7 196	-	11 809	-	-	259	-	67
00063	C.H. Marie-la-Vallée	3 221	10	4 151	10	-	177	37	-
01169	C.H.R. Metz-Thionville	965	-	4	-	85	53	88	-
00030	C.H.R. Orléans	869	107	1 643	43	5	17	14	-
00600	C.H.R.U. de Lille	4 722	-	-	-	403	373	131	89
00031	C.H.R.U. Tours	772	8	1 448	14	172	21	74	11
00657	C.H.U. d'Amiens	1 963	1	1 615	5	131	172	78	-
00678	C.H.U. d'Angers	2 375	6	1 543	5	250	178	31	1
00632	C.H.U. de Besançon	558	17	229	3	152	13	10	-
00649	C.H.U. de Caen	354	1	1 531	-	112	32	192	-
01212	C.H.U. de Clermont-Ferrand	1 579	398	828	4	158	90	27	-
00098	C.H.U. de Dijon	209	152	690	11	55	95	50	-
00776	C.H.U. de Fort-de-France	403	-	28	1	2	2	52	-
00734	C.H.U. de Grenoble	1 475	-	1 399	4	256	47	2	35
00651	C.H.U. de Limoges	191	-	4	-	68	51	30	7
01009	C.H.U. de Montpellier	939	35	2 187	7	340	106	100	-
00655	C.H.U. de Nancy	873	1	7	-	127	102	114	1
00656	C.H.U. de Nantes	886	-	4 307	3	153	38	102	-
00824	C.H.U. de Nice	704	1	760	2	201	54	178	-
00956	C.H.U. de Nîmes	1 223	4	1 044	3	-	-	-	-
00765	C.H.U. de Poitiers-Pitre Aymes	659	2	730	7	185	33	51	-
00727	C.H.U. de Poitiers	290	2	907	3	144	86	42	1
00660	C.H.U. de Reims	1 407	67	3	1	125	58	11	-
00650	C.H.U. de Rennes	1 762	51	1 813	21	144	238	15	-
00726	C.H.U. de Rouen	4 080	4	76	2	136	12	183	-
00735	C.H.U. de Saint-Etienne	1 021	-	490	1	183	30	67	-
01232	C.H.U. de Strasbourg	730	-	18	-	168	123	50	4
00638	C.H.U. de Toulouse	3 375	71	3 775	5	225	100	207	1
00993	C.H.U. Hôpitaux de Bordeaux	3 244	769	92	3	732	24	1	3
00069	Centre Hospitalier René Dubos	4 850	7	1 149	5	-	219	3	39
00692	CHRU de Brest Carhaix	514	4	446	9	85	163	2	-
00491	GHPSO	776	-	459	18	50	90	96	-
01273	Hospices Civils de Lyon	1 982	1	14	1	766	283	8	-

Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

Activité 2012 de thanatologie des IML

N° o6	Nom établissement	Autopsie	Levée de corps	Examen de corps isolé	Total des actes de thanatologie	% autopsies
00636	APHM	682	363	315	1360	50,15%
03423	AP-HP : GH Raymond Poincaré-Berck	517	336	59	912	56,69%
00288	C.H. A. Rosemon	87	19	0	106	82,08%
00285	C.H. Félix Guyon	73	88	148	309	23,62%
00058	C.H. Sud Francilien	344	54	256	654	52,60%
00600	C.H.R.U. de Lille	491	241	276	1008	48,71%
00031	C.H.R.U. Tours	163	23	90	276	59,06%
00657	C.H.U. d'Amiens	130	152	92	374	34,76%
00678	C.H.U. d'Angers	279	151	64	494	56,48%
00632	C.H.U. de Besançon	144	40	6	190	75,79%
00649	C.H.U. de Caen	112	35	217	364	30,77%
01212	C.H.U. de Clermont-Ferrand	141	37	68	246	57,32%
00098	C.H.U. de Dijon	97	69	88	254	38,19%
00734	C.H.U. de Grenoble	253	26	11	290	87,24%
00651	C.H.U. de Limoges	110	50	55	215	51,16%
01009	C.H.U. de Montpellier	337	135	104	576	58,51%
00655	C.H.U. de Nancy	252	75	142	469	53,73%
00656	C.H.U. de Nantes	147	120	91	358	41,06%
00824	C.H.U. de Nice	257	0	249	506	50,79%
00956	C.H.U. de Nîmes	68	52	31	151	45%
00765	C.H.U. de Poitiers	150	54	85	289	51,90%
00727	C.H.U. de Poitiers	174	34	115	323	53,87%
00660	C.H.U. de Reims	99	32	26	157	63,06%
00650	C.H.U. de Rennes	191	237	20	448	42,63%
00726	C.H.U. de Rouen	132	28	242	402	32,84%
00735	C.H.U. de Saint-Etienne	186	5	93	284	65,49%
01232	C.H.U. de Strasbourg	149	194	39	382	39,01%
00638	C.H.U. de Toulouse	255	10	343	608	41,94%
00993	C.H.U. Hôpitaux de Bordeaux	737	27	2	766	96,21%
00692	CHRU de Brest Carhaix	101	176	37	314	32,17%
01273	Hospices Civils de Lyon	743	56	11	810	91,73%
Totaux :		7 601	2 919	3 375	13 895	54,70%

Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

Activité 2011 de thanatologie des IML

N° o6	Nom établissement	Autopsie	Levée de corps	Examen de corps isolé	Total des actes de thanatologie	% autopsies
00636	APHM	662	403	179	1244	53,22%
03423	AP-HP : GH Raymond Poincaré-Berck	432	246	26	704	61,36%
00288	C.H. A. Rosemon	62	15	1	78	79,49%
00285	C.H. Félix Guyon	87	39	115	241	36,10%
00058	C.H. Sud Frandilien	351	205	140	696	50,43%
00600	C.H.R.U. de Lille	403	373	131	907	44,43%
00031	C.H.R.U. Tours	172	21	74	267	64,42%
00657	C.H.U. d'Amiens	131	172	78	381	34,38%
00678	C.H.U. d'Angers	250	178	31	459	54,47%
00632	C.H.U. de Besançon	152	13	10	175	86,86%
00649	C.H.U. de Caen	112	32	192	336	33,33%
01212	C.H.U. de Clermont-Ferrand	158	90	27	275	57,45%
00098	C.H.U. de Dijon	55	95	50	200	27,50%
00734	C.H.U. de Grenoble	256	47	2	305	83,93%
00651	C.H.U. de Limoges	68	51	30	149	45,64%
01009	C.H.U. de Montpellier	340	106	100	546	62,27%
00655	C.H.U. de Nancy	127	102	114	343	37,03%
00656	C.H.U. de Nantes	153	38	102	293	52,22%
00824	C.H.U. de Nice	201	54	178	433	46,42%
00956	C.H.U. de Nîmes	0	0	0	0	0%
00765	C.H.U. de Pointe-à-Pitre Abymes	185	33	51	269	68,77%
00727	C.H.U. de Poitiers	144	86	42	272	52,94%
00660	C.H.U. de Reims	125	58	11	194	64,43%
00650	C.H.U. de Rennes	144	238	15	397	36,27%
00726	C.H.U. de Rouen	136	12	183	331	41,09%
00735	C.H.U. de Saint-Etienne	183	30	67	280	65,36%
01232	C.H.U. de Strasbourg	168	123	50	341	49,27%
00638	C.H.U. de Toulouse	225	100	207	532	42,29%
00993	C.H.U. Hôpitaux de Bordeaux	732	24	1	757	96,70%
00692	CHRU de Brest Carhaix	85	163	2	250	34,00%
01273	Hospices Civils de Lyon	766	283	8	1057	72,47%
Totaux :		7 065	3 430	2 217	12 712	55,58%

Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

Annexe 13. Conditions juridiques de la garde à vue

Tableaux issus de la circulaire du 23 mai 2011 concernant l'application des dispositions relatives à la garde à vue de la loi n° 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue

Tableau de présentation des mesures de garde à vue applicables aux majeurs

	Prolongations		Assistance de l'avocat		Intervention du médecin	Avis aux tiers
	24 h par le PR ou le JI	24+24h ou 48h par le JI ou le JLD	Contenu	Report		
Droit commun Crimes (enregistrement audiovisuel - art 64-1) Délits punis d'une peine d'empr.	Crimes Délits punis d'une peine ≥ 1an	-	Entretien confidentiel de 30 min par 24h Art 63-4 + Consultation des certaines pièces Art 63-4-1 + Assistance aux auditions et confrontations Art 63-4-2	Domaine : pour la consultation des pièces et/ou l'assistance pendant les actes Durée : " initiale de 12h par le PR ou le JI " prolongation de 12 h par le JLD si délit 2 5 ans Décision écrite et motivée Critère : raisons impérieuses Art 63-4-2 al. 4 à 6	Examen médical " de droit à la demande de la personne par 24h " d'office à tout moment par l'OPJ, le PR ou le JI " à défaut, de droit à la demande d'un membre de la famille Art 63-3	Personnes avisées : " une personne proche " ou un parent en ligne directe " ou un de ses frères ou sœurs " ou son tuteur ou curateur + Employeur + Autorités consulaires Art 63-2 al 1
Régime dérogatoire (art 706-73 CPP) Au moins un des 6 objectifs légaux (art 62-2)	Décision écrite et motivée du magistrat Présentation obligatoire, sauf à titre exceptionnel (art 63 II)	Décision écrite et motivée Présentation obligatoire à la 1 ^{ère} prolongation (48 ^h) A titre exceptionnel : sans présentation à la 2 ^{ème} prolongation (72 ^h) Art 706-68	Délai de carence de 2 h, sauf nécessité de l'enquête Art 63-4-2 al 1 et 3 + Droit de poser des questions et de formuler des observations Art 63-4-3 al 2 et 3	Domaine : pour l'entretien confidentiel et/ou la consultation des pièces et/ou l'assistance pendant les actes Durée : " initiale de 24h par le PR ou le JI " + 24 h par le JLD ou le JI (supplémentaire) Décision écrite et motivée Critère : raisons impérieuses Art 706-68 al. 6 et 7	Gav ≤ 48 h : droit commun Gav de 48 à 96 h : " examen d'office à la 1 ^{ère} prolongation (48 ^h) " 2 ^{ème} examen d'office à la demande de la personne Art 706-68 al 4 Gav ≥ 96 h : " examen d'office à chaque prolongation " de droit à la demande de la personne à ce moment Art 706-68-1 al 3	Délai : 3 h à compter de la demande, sauf circonstance insurmontable Art 63-2 al 3 Report si nécessité de l'enquête (décision du PR, indication de la durée du report) Art 63-2 al 2

Annexe 14. Réquisitions judiciaires médico-légales

La réquisition est une procédure par laquelle une autorité judiciaire (magistrat, OPJ) demande à un médecin d'effectuer un acte médico-légal. Les circonstances de la demande peuvent être diverses et bien qu'elles revêtent souvent un caractère d'urgence, des principes fondamentaux et un cadre légal précis les régissent.

1. LES PRINCIPES FONDAMENTAUX

1.1 La liberté de prescription du magistrat

Ce principe régit l'engagement des frais de justice et instaure un mode de gestion dérogatoire de la dépense ; ce principe de l'indépendance de la magistrature emporte la liberté de prescrire les mesures que les magistrats estiment nécessaires à la manifestation de la vérité. L'engagement des frais de justice présente donc la particularité de résulter des prescriptions des magistrats de l'ordre judiciaire et des OPJ qui agissent en vertu d'une indépendance de principe, sans que puisse être opposée une contrainte ou restriction, en particulier d'ordre budgétaire. La prescription de frais de justice constitue donc un acte unilatéral pris par l'autorité judiciaire, dans le cadre financier de crédits qui, pour n'être plus évolutifs mais limitatifs, s'efforcent de s'adapter aux réquisitions qui sont elles-mêmes censées respecter leur enveloppe globale.

1.2 La liberté de choix de l'exécutant

Ce principe s'applique en matière de médecine légale. Les magistrats du parquet et les OPJ désignant un médecin ne sont jamais tenus de le choisir parmi des experts inscrits sur la liste dressée par la cour d'appel. Les textes sont plus contraignants pour les juridictions d'instruction et de jugement qui en vertu de l'article 157 du Code de procédure pénale(CPP), ne peuvent porter leur choix sur un médecin ne figurant pas sur une liste qu'à titre exceptionnel, et après avoir motivé spécialement leur décision. La grande majorité des médecins appelés à effectuer des actes médico-légaux ne sont pas inscrits sur des listes d'experts. Ce constat recouvre toutefois d'importantes variations selon le degré de technicité de l'acte demandé (autopsies ou examens de personnes gardées à vue).

1.3 La désignation du médecin

La désignation d'un médecin aux fins d'examens médico-légaux est régie par le CPP et peut intervenir dans plusieurs cadres juridiques :

- celui des articles 60 (enquête de flagrance), 77-1 (enquête préliminaire) et 74 (enquête pour recherches des causes de la mort) qui permettent au procureur de la République et aux OPJ de requérir des examens techniques et scientifiques pour les besoins de l'enquête ;
- celui des articles 156 ,283 et 434et suivants qui donnent au juge d'instruction, au président de la cour d'assises et aux juridictions de jugement la possibilité d'ordonner des expertises ;
- celui de l'article 712-6 qui confère aux juridictions de l'application des peines de faire procéder à tous examens et expertises utiles.

On doit ajouter à cette liste les réquisitions adressées par les OPJ dans le cadre de la rétention des étrangers au cours des vérifications de situation.

1.4 Les obligations du médecin.

1.4.1 Le déferement à réquisition

La réquisition est impérative et nominative. Le médecin est tenu d'y déferer. Tout refus est constitutif d'un délit comme le prévoit l'article L. 4163-7 du Code de la santé publique. Des exceptions sont envisageables notamment en cas de force majeure, de maladie ou inaptitude physique du médecin, d'incompétence technique avérée dans le domaine concerné par la réquisition et d'incapacité transitoire du médecin liée à l'obligation qu'il a de donner des soins de manière urgente à un malade.

1.4.2 La rédaction d'un rapport

Le médecin requis doit aux termes de son acte technique, rédiger un rapport attestant qu'il a personnellement accompli la mission confiée et peut être amené à prêter serment par écrit, s'il n'est pas inscrit sur les listes établies près de la Cour d'appel. Le rapport est remis à l'autorité requérante, accompagné si la démarche concerne le réseau de proximité du schéma de médecine légale, d'un mémoire d'honoraires dont les tarifs sont fixés par le CPP. dans certains cas comme l'examen de personne gardée à vue, le format du rapport a pu être largement standardisé.

1.4.3 L'obligation du secret professionnel

Le médecin requis est délié de l'obligation du secret professionnel vis à vis de l'autorité requérante dans le cadre précis de la mission qui lui est confiée et ne doit dévoiler aucune information en dehors de ce cadre.

2. LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME AU NIVEAU DU MINISTERE DE L'INTERIEUR

Une note conjointe du directeur général de la police nationale et du directeur général de la gendarmerie nationale en date du 7 janvier 2011, relative à la mise en place de la réforme de la médecine légale, en vertu de la circulaire crim-2010-27/E6-21-12-2010 du 27 décembre 2010 a été diffusée à l'ensemble des services.

Le directeur général de la police nationale enjoignait par cette note les services de police de se conformer au nouveau schéma directeur dont le maillage territorial - régional, départemental ou local - était défini dans la circulaire. Il attirait encore l'attention particulière des destinataires sur certains points susceptibles d'avoir un impact direct sur l'activité des services. Certaines consignes se rapportant aux réquisitions judiciaires étaient déclinées tant dans le domaine de la thanatologie que dans celui de la médecine légale du vivant.

2.1 La thanatologie

Il était ainsi édicté que les réquisitions judiciaires aux fins d'autopsie médico-légale devaient être adressées aux structures désignées en annexe 1 de la circulaire de ministère de la justice mais qu'un mémoire de frais devait être rédigé au nom de l'établissement de santé en ce qui concerne les levées de corps, le gardiennage de scellés et les examens complémentaires, ces actes continuant d'être payés à l'acte, au titre des frais de justice. Il était encore rappelé que les frais de transports de corps du lieu d'autopsie vers le lieu de crémation ou d'inhumation étaient à la charge de la succession du défunt et non imputables sur les frais de justice, ces dépenses,

en l'absence de famille, étant imputables aux services communaux ou départementaux (art. L 213-7 et suivants du code général des collectivités locales).

2.2 La médecine légale du vivant

Qu'il s'agisse d'examens de victimes ou de gardés à vue, les services étaient engagés à se conformer strictement à la liste des structures (unité médico-judiciaire ou réseau de proximité) désignées en annexe 1 de la circulaire. Les services de police devaient ainsi, lorsque le ressort d'un tribunal de grande instance était doté d'une unité médico-judiciaire, adresser toutes les réquisitions à cette unité, ces réquisitions devant être établies au nom du représentant légal de l'établissement de santé, la rédaction du mémoire de frais étant rendue inutile par le paiement forfaitaire de ces actes par le ministère de la justice. Pour les services implantés sur le ressort d'un TGI non doté d'une UMJ, les services devaient requérir des médecins du réseau de proximité, ce qui correspondait à la poursuite des pratiques existantes avec paiement à l'acte. Dans ce cas, il convenait de remettre une réquisition judiciaire et un mémoire de frais au praticien.

2.3 Les dérogations

Des dérogations étaient visées qu'en matière de médecine légale du vivant, et uniquement pour l'examen des gardés à vue. Elles permettent d'avoir recours à des structures ou à des praticiens qui seront payés à l'acte, entraînant l'établissement d'une réquisition et d'un mémoire de frais.

2.3.1 Les dérogations permanentes

Les dérogations permanentes entrent dans le cadre de conventions ou de protocoles locaux établis entre les procureurs de la République, les chefs d'établissements de santé siège d'une structure médico-légale et les chefs de services territoriaux de la police nationale et ne sont admises uniquement qu'aux jours et heures non ouvrables de l'UMJ ou dans des circonstances particulières telles que l'éloignement géographique ou les délais de transport.

2.3.2 Les dérogations ponctuelles

Elles sont prises avec l'accord préalable du procureur de la République et sont applicables dans des circonstances précises telles que les intempéries, l'urgence, la dangerosité de la personne gardée à vue mais également les contraintes opérationnelles des services de police, ou encore un nombre important d'examens de compatibilité requis, en même temps, par un même service.

La mission tant à travers l'analyse des réponses aux questionnaires adressés aux services territoriaux que lors des entretiens effectués à l'occasion de ses déplacements sur site a pu constater que les instructions ministérielles avaient fait l'objet d'une déclinaison sérieuse de la part des responsables locaux.

3. LE CADRE DES REQUISITIONS

3.1 Les circonstances de la réquisition

3.1.1 *L'examen de cadavre*

Deux articles du code de procédure pénale sont concernés: article 60 et 74.

L'article 74 prévoit qu'en cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause est inconnue ou suspecte, l'OPJ qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.

Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut toutefois déléguer un OPJ de son choix.

Plusieurs situations peuvent se présenter :

- si la mort est accidentelle, après établissement de la procédure par l'enquête de police, le certificat de décès peut être signé, les constatations faisant l'objet d'un certificat médical annexe ;
- si la mort est suspecte, l'article 74 est mis en œuvre ; la levée de corps a lieu, le transport du corps est assuré à l'institut médico légal en vue d'une éventuelle autopsie ;
- si la mort est d'origine criminelle, la procédure de flagrance (article 62 du Code de procédure pénale) permet à l'OPJ de délivrer réquisition médico-légale. Dans la pratique les réquisitions d'autopsies sont le plus souvent prises par le magistrat.

3.1.2 *L'examen de victime*

Les réquisitions sont ainsi établies dans les cas de :

- violences volontaires ou involontaires avec l'évaluation de l'incapacité de travail ;
- agressions sexuelles ;
- enfants victimes de sévices ou de privations.

Elles ont pour objet la description de l'état de la victime et des conséquences prévisibles de l'infraction sur sa santé physique ou psychique. C'est dans ce cadre qu'est souvent évaluée la durée de l'incapacité totale de travail (ITT) qui peut concourir à la qualification-même de l'infraction.

3.1.3 *L'examen du gardé à vue*

La garde à vue (article 63 et suivants du code de procédure pénale) est une mesure qui permet à un OPJ de retenir un individu aux fins de faciliter les investigations nécessaires à une enquête.

Toute personne gardée à vue peut être examinée par un médecin, à sa demande ou celle de l'OPJ ayant prononcé la mesure privative de liberté, l'examen étant destiné à attester que l'état de santé est compatible avec la mesure. La personne peut être réexaminée une seconde fois, 24 heures plus tard, en cas de prolongation de la mesure de garde à vue.

La compatibilité de l'état de santé avec la mesure de garde à vue peut être spécifiquement examinée sur le plan psychiatrique.

3.1.4 Les autres types d'examens

Ils sont de plusieurs sortes. Il peut s'agir de déterminer l'âge réel d'un sujet, de déterminer la nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique ou la possibilité d'un transfert en avion en cas d'expulsion ou de reconduite à la frontière.

3.2 La prise des réquisitions

La réquisition peut revêtir deux formes.

3.2.1 La réquisition écrite

La réquisition est le plus souvent écrite sous forme d'injonction et contient divers éléments : l'identité et la fonction du requérant, la domiciliation judiciaire, l'article du Code de procédure pénale en vertu duquel la réquisition est établie, la mission définie en des termes précis, la nécessité de prêter serment ou non, la date et la signature du requérant.

3.2.2 La réquisition verbale

La réquisition peut être verbale. Il est assez classique en effet que l'autorité requérante annonce la réquisition par voie téléphonique et remette l'écrit sur les lieux d'exécution de la mission. Toute réquisition verbale doit être en tout cas confirmée rapidement par écrit.

Annexe 15. Médecine légale en droit comparé



SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

SERVICE DES AFFAIRES
EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES

Bureau du droit comparé

La médecine légale en droit comparé (Allemagne, Brésil, Canada, Espagne, Etats-Unis, Pays-Bas, Royaume-Uni)

Etude réalisée par le bureau de droit comparé du Service des affaires européennes et internationales du
Ministère de la Justice (septembre 2013).

L'organisation de la médecine légale peut connaître des schémas différents selon les pays étudiés.

Un premier groupe de pays (**Brésil, Espagne, Pays-Bas**), a instauré un véritable service public de la médecine légale. Dans ces pays, les instituts légaux sont financés par l'Etat et les actes médicaux légaux ne sont pas facturés mais réalisés par des praticiens fonctionnaires de l'Etat. Ils sont alors seuls habilités à intervenir tant dans le domaine de la thanatologie que dans de cadre d'examen pratiqués sur les victimes ou sur les mis en cause dans le cadre des gardes à vue.

Dans les pays de tradition anglo-saxonne (**Etats-Unis, Royaume-Uni**), thanatologie et médecine légale du vivant ne connaissent pas les mêmes schémas d'organisation. La thanatologie est confiée à des services dédiés (les coroners), alors que la médecine légale du vivant est sous-traitée par les services enquêteurs aux hôpitaux ou à des médecins libéraux. La principale différence entre la thanatologie et la médecine légale du vivant réside alors dans les modalités de prise en charge financière, la seconde étant prise en charge par les assurances santé des victimes.

Le Canada dispose d'une organisation originale empruntant aux caractéristiques de ces deux groupes de pays avec à la fois la présence de centres médicaux et de personnels pris en charge par les ministères de la sécurité publique (intérieur) mais également l'intervention additionnelle de *coroners* en matière de thanatologie. De même, dans le domaine de la médecine légale du vivant, si la réalisation des examens médicaux pratiqués sur les victimes est largement déléguée aux hôpitaux, la prise en charge reste cependant assurée par le secteur public. Des accords entre ministères de la Sécurité publique et ministères de la Santé sont en effet conclus localement et seuls les actes non prescrits par les autorités policières ou judiciaires seront pris en charge par les assurances santé.

REP-104017
13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Téléphone : 01 44 77 80 80
www.justice.gouv.fr

1

En Allemagne où il n'existe ni service public consacré, ni prise en charge des collectivités locales à travers l'intervention d'un coroner, l'ensemble des actes de médecine légale sont facturés à l'acte. Les frais engendrés sont considérés comme des frais de justice qui pourront in fine être mis à la charge de la partie condamnée.

1. L'organisation de la médecine légale

Au Brésil, en Espagne, aux Pays-Bas et dans une moindre mesure au **Canada**, il existe un service public de la médecine légale. Le statut des médecins pratiquant les actes médicaux-légaux est alors celui de fonctionnaires, rémunérés au titre de leur traitement et sans facturation à l'acte. **En Allemagne**, il n'existe pas de structure fédérale en matière de médecine légale et les instituts médicaux légaux sont financés par les ministères de la Santé de chaque länders. La facturation des praticiens s'effectue à l'acte. Les honoraires en matière de thanatologie sont pris en charge par les ministères de la Justice car considérés comme des frais judiciaires. **Au Royaume-Uni**, la médecine légale s'articule autour d'un réseau d'officiers judiciaires : les coroners, pris en charge par les collectivités locales. **Aux Etats-Unis**, il existe pour la thanatologie deux modèles types distincts répartis sur le territoire américain qui se superposent - un modèle « historique », hérité du système anglais, celui du « *Coroner* » et un modèle plus récent, inspiré du système français, celui du « *Chief Medical Examiner* ». Le premier est élu par la population, à l'échelle d'un comté, d'une ville ou d'un Etat alors que le second est nommé par le pouvoir exécutif de ces mêmes collectivités publiques. Il existe aujourd'hui près de 2.000 services de médecine légale autonome aux Etats-Unis. On compte 16 Etats avec un système de *Chief Medical Examiner* centralisé, 14 Etats avec un système de *Coroner* dépendant des comtés, 7 Etats avec un système de *Chief Medical Examiner* décentralisé, qui dépendent des villes ou des comtés, les autres Etats combinent les différents modèles. On peut ainsi avoir un Etat avec un *Chief Medical Examiner* étatique, mais des *coroners* pour certains comtés. Une *National Commission on Forensic Science* a été mise en place récemment. Elle rassemble des représentants des deux modèles (*Coroner* et *Chief Medical Examiner*) et a pour objectif de fixer des référentiels communs et des bonnes pratiques communes. Cette commission a également établi un certain nombre d'indicateurs d'activité à respecter pour assurer la qualité des établissements : ainsi, elle estime qu'un médecin légiste ne doit pas faire plus de 250 autopsies par an¹.

1.1 Les Instituts médicaux légaux

Dans l'ensemble des pays, les instituts médicaux légaux sont pris en charge par l'Etat. Ils relèvent du budget de l'administration générale en **Espagne**, des Etats fédérés au **Brésil**, du ministère de la Santé et des Universités en **Allemagne**, du ministère de la Sécurité publique au **Canada** et aux **Pays-Bas**.

En Allemagne, il n'existe pas de structure au niveau fédéral. Il existe 31 instituts de médecine légale (« *Institute für Rechtsmedizin* ») qui dépendent des facultés de médecine des Universités, ainsi que 2 IML dépendant directement du ministère de la Santé du Land concerné (Brandenburg et Berlin), et 3 Instituts municipaux (Brême, Dortmund, Duisburg). Les 31 IML des Universités sont financés, chacun, par le budget du ministère de la Recherche et des universités de leur Land (ni par le ministère de l'Intérieur, ni par celui de la Justice). Les IML de Brandenburg et de Berlin sont financés par les ministères de la Santé de ces deux

¹ http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/hb_me.pdf

Länder. Les 3 IML municipaux sont financés au niveau local. Le financement des instituts de médecine légale n'est donc jamais assuré au niveau fédéral. La situation est identique pour les infrastructures, les équipements, ou les personnels.

En Espagne, la loi organique du pouvoir judiciaire (loi « LOPJ » n° 6/1985 du 1^{er} juillet 1985) a créé les Instituts de Médecine légale, prévus dans toutes les capitales de province (équivalent espagnol du département français), dans lesquelles siège un Tribunal Supérieur de Justice (juridiction régionale de la communauté autonome concernée). En Espagne, les moyens personnels et matériels (dont le coût de la construction des instituts de médecine légale et les équipements techniques) sont financés par l'Administration Générale de l'Etat. La ligne budgétaire nécessaire est inscrite au budget de l'une des Directions générales du ministère de la Justice (Direction Générale des relations avec l'administration de justice). Dans les cas où les services et fonctions judiciaires ont été transférées aux communautés autonomes, ce sont elles qui en supportent le coût (c'est le cas pour Andalousie, Canaries, Catalogne, Pays Basque, Galice, Communauté de Valence, Madrid et Navarre).

Au Brésil, les Instituts de médecine légale dépendent et sont financés par les Etats fédérés, faute de structure fédérale existant à ce jour au Brésil. Dans la plupart des Etats (17 sur 23) ils dépendent depuis quelques années d'un service spécifique de Police Technique et Scientifique. Dans les autres Etats, comme cela est le cas à Brasilia, ils dépendent de la Police Civile. Il s'agit d'établissements publics dépendant plus particulièrement du Secrétariat de Sécurité Publique de chaque Etat.

Aux Pays-Bas, l'organisation de la médecine légale offre des différences significatives par rapport à l'organisation française. Il existe un quasi-monopole du NFI (*Nederlands Forensisch Instituut*) dont les compétences sont nationales. Cet institut dépend du ministère de la Sécurité et de la justice néerlandais. Il a trois rôles clefs : l'exécution d'examen dans les dossiers pénaux (70% de l'activité), une activité de recherche et de développement (15% de l'activité) et un rôle de centralisation de la connaissance et de l'expertise (15% de l'activité). A ce jour, le NFI comprend 568 personnes dont 5 médecins légistes. Les experts du NFI sont présents sur la scène de crime. Ils donnent des avis indépendants sur le plan médico-légal et sur la façon de conserver les traces et les preuves. Le NFI fournit, en outre, une grande variété de services dans le champ judiciaire, faisant usage des dernières technologies et découvertes scientifiques. Le NFI est en relation avec le ministère public néerlandais, les services de police, les juges et la défense dans certains cas. En dehors du NFI, il existe également des laboratoires privés comme l'Institut médico-légal de Maastricht (TMFI). Il existe en effet actuellement un programme visant à financer des investigations de nature médico-légale en dehors du NFI (*Landelijke Toetsings commissie*). Le NFI est financé exclusivement par des fonds publics (budget du ministère de la Sécurité et de la justice) et l'ensemble du personnel, y compris médecins légistes et experts en médecine légale, sont des fonctionnaires rétribués sur le budget.

Aux Etats-Unis, les services publics de thanatologie emploient près de 7.000 employés pour un montant de près de 700 millions de dollars. A titre d'exemple, le budget de l'institut médico-légal de New York (8,2 millions d'habitants) est de 60 millions de dollars par an. Cependant, l'institut effectue également toutes les analyses génétiques pour la ville de New-York. Le budget de l'institut médico-légal de Washington DC (700.000 habitants) est de 7,4 millions de dollars par an. Rapporté à la population, on note donc un coût de : 5,6 euros par habitant à New-York, 8,1 euros par habitant à Washington DC. Le budget des instituts médicaux-légaux ne dépend pas toujours des mêmes services selon les villes ou les Etats. A

titre d'exemple, à Washington DC, il dépendait du service de la santé, mais il dépend aujourd'hui des services de la sécurité publique, qui regroupe les services de la sécurité civile, de la police et de la justice. Cette évolution a été faite à la demande de l'institut médico-légal qui estimait que les arbitrages budgétaires au sein du département de la santé lui étaient toujours défavorables car les membres du conseil municipal favorisaient systématiquement le financement des services de soin sur la thanatologie. Il n'existe pas de financement fédéral pour les frais de fonctionnement. Cependant, l'administration fédérale a mis en place des systèmes de subventions exceptionnelles afin d'améliorer la qualité de certains services. Il s'agit de soutiens à des projets de modernisation précis qui ne peuvent être utilisés pour assurer le financement des activités quotidiennes des services de médecine légale.

Au Canada, le Québec s'est doté d'un centre de médecine légale autonome qui dispose d'un budget indépendant fourni par le ministère de la Sécurité publique du Québec. Il regroupe deux services, dont l'ensemble des intervenants sont rémunérés par ce même ministère :

- celui des *coroners* : désignés par les autorités de police, ils rendent leurs recommandations au sein d'un rapport à l'issue de leur mission. S'il s'agit clairement d'un acte criminel, le bureau médico-légal de Montréal se déplace.
- celui en charge des analyses médico-légales : l'ensemble des prélèvements effectués par les *coroners* ou les hôpitaux dans le cadre d'une enquête criminelle est confié à ce service.

En Ontario et en Colombie Britannique, les autorités de police provinciales disposent également d'un centre médico-légal implanté au sein du quartier général à Toronto, dont le fonctionnement est similaire à celui du bureau médico-légal de Montréal. Les *coroners* sont pour la plupart médecins et sont rémunérés par le ministère de la Sécurité publique. Sur le reste du territoire, c'est le plus souvent la gendarmerie royale du Canada/GRC (autorité de police fédérale) qui intervient y compris dans le cadre d'ententes de service avec la province pour fournir des services au niveau provincial ou municipal, lorsqu'elle n'est pas en mesure de fournir ces services. La GRC dispose également d'un laboratoire médico-légal intégré à son quartier général à Regina et de bureaux provinciaux où exercent des *coroners* provinciaux et des équipes spécialisées dans le traitement des crimes majeurs (et notamment pour les analyses biologiques). Les *coroners* sont médecins et ils sont rémunérés par le ministère de la Sécurité publique selon la compétence d'intervention (provinciale ou fédérale). Il existe par ailleurs des ententes entre la sécurité publique et les services de santé. En l'absence de bureau provincial dans les régions éloignées, un hôpital peut être mandaté par la GRC pour réaliser des examens sous réserve de satisfaire à un cahier des charges strict. Les prélèvements sont ensuite envoyés au laboratoire médico-légal de Regina pour analyse.

1.2 La profession de Coroner

Au Royaume-Uni, il existe un réseau d'officiers judiciaires, les « *coroners* » spécialisés dans la certification légale du décès et de sa cause qui doivent être obligatoirement saisis dès lors qu'une mort a lieu dans un lieu public, est inexplicable ou est survenue de façon soudaine ou violente ou pour une cause inconnue. Il est également saisi en cas de mort en prison. Les *coroners* décident de l'opportunité d'un examen post-mortem ou de toute autre forme d'enquête sur les causes de la mort. Cette enquête est de nature civile et indépendante d'une éventuelle enquête criminelle menée par la police. Dès lors qu'un décès suspect ou non expliqué est signalé par la police, la prison, un hôpital ou un médecin, le coroner doit en être informé. L'officier d'état-civil doit alors attendre que le coroner ait enquêté sur les circonstances de la mort avant de l'enregistrer. Le *coroner* doit rechercher les causes de la mort, peut se rendre sur les lieux du décès, rédiger un rapport qui pourra ultérieurement être

remis à la police et décider de tous les actes nécessaires pour en déterminer les raisons, principalement des examens médicaux. Les *coroners* sont au nombre de 114 et couvrent l'ensemble du territoire de l'Angleterre et du pays de Galles². Ils ont une compétence territoriale pour toutes les personnes dont le décès suspect est survenu sur leur ressort. Ils sont recrutés par les autorités locales. 85% d'entre eux sont des juristes et 15% des médecins et travaillent à plein temps ou à temps partiel. Ils peuvent être assistés d'adjoints, policiers, retraités de la police ou encore des médecins spécialisés en médecine légale. Depuis le *Coroner and justice Act* de 2009, les coroners sont placés sous la responsabilité du *Chief coroner*. Il s'agit d'un juge nommé par le *Chief Justice* et le *Lord Chancellor*. Il est responsable de l'organisation de la profession et doit édicter des recommandations relatives à son exercice.

Aux Etats-Unis, les Coroners sont élus tous les 2 à 4 ans selon les Etats. Ils n'ont le plus souvent aucune compétence particulière en matière médicale, même si certains exercent parfois des fonctions dans le domaine funéraire. Il s'agit d'une fonction qui est très peu rémunérée, et les candidats aspirent davantage à s'investir dans la vie de la communauté qu'à en faire un complément de rémunération. Sauf dans quelques grandes villes, il ne s'agit pas d'une activité à plein temps. Elle est exercée comme l'est l'activité de pompier volontaire en France dans les zones rurales. Le Coroner gagne autour de 15.000 \$ par an et exerce ses fonctions de manière analogue aux mandats électifs locaux. Il existe donc une grande diversité dans les profils : ce ne sont la plupart du temps pas des médecins, mais plutôt des anciens shérifs. Le système du Coroner représente près de 65% de la médecine légale aux Etats-Unis. La fonction du Coroner reflète la conception de la démocratie américaine : les services publics doivent « venir d'en bas » et non être « décidés d'en haut ».

Au Canada, les *coroners* sont avocats ou médecins assermentés, ils mènent les actes d'investigation pour déterminer les circonstances de la mort d'une personne notamment lorsqu'il y a un doute sur la cause criminelle du décès. Lorsqu'ils sont médecins, ils réalisent eux-mêmes les autopsies.

1.3 Les médecins légistes

En Espagne, les médecins légistes (*médico forense*) font partie de la fonction publique d'Etat. Ils sont donc des fonctionnaires exerçant sous l'autorité du Ministre de la justice. Les candidats au corps des médecins légistes doivent être diplômés en médecine et présenter un concours public afin d'être titularisés par le ministère de la Justice. Les programmes des concours de sélection sont établis par le Centre d'Etudes Judiciaires (Ecole de la Magistrature espagnole). Ils ont compétence exclusive tant en matière de thanatologie que dans le domaine de la médecine du vivant.

Au Brésil, il convient de distinguer entre les médecins légistes qui sont des fonctionnaires de la Police civile de l'Etat (recrutés par concours) et les agents techniques qui n'appartiennent pas au corps de la Police mais sont issus de concours publics organisés par l'Etat fédéré (Département de la Sécurité Publique).

² En Ecosse, il n'existe pas de *coroners*. Toute mort inexpiquée doit être prise en charge par le *Procurator Fiscal* qui décide ensuite d'en informer le *Fatal Accident Inquiry* dirigé par le Sheriff -juge de paix- de la localité.

En Allemagne, les médecins légistes ont la qualité d'experts judiciaires. Aux Pays-Bas, il existe des médecins légistes et des experts en médecine légale. Au Royaume-Uni, les médecins légistes sont les « *pathologists* » ou encore « *forensic pathologist* ».

Aux Etats-Unis, le « *Chief Medical Examiner* » est le modèle de médecine légale « professionnalisée » : la décision de réaliser une autopsie ne revient pas à un élu mais à un professionnel de la médecine qui prendra sa décision sur des considérations exclusivement techniques. L'activité de ces services s'est peu à peu autonomisée de la police, et ce essentiellement dans le but de conserver une indépendance dans leur travail. Cette indépendance est nécessaire car la procédure pénale américaine est accusatoire, la police enquête à charge et il n'existe pas d'expert assermenté aux Etats-Unis : c'est donc dans l'autonomie d'un service par rapport à la partie poursuivante que se situe la crédibilité et l'intégrité d'un service de médecine légale. Le nombre de médecins légistes aux Etats-Unis est considéré comme insuffisant pour couvrir les besoins : ils sont près de 500 pour 310 millions d'habitants, dont 30 à New-York, 15 à Miami et 6 à Washington DC. Peu de médecins choisissent cette voie qui est souvent dévalorisée et moins rémunératrice que l'activité de soin. Les médecins légistes gagnent environs 4 fois moins que leur collègue qui exercent en clinique ou à l'hôpital.

2. La thanatologie

2.1 La « prescription » de l'autopsie

L'autorité compétente pour ordonner l'autopsie varie selon les pays entre services d'enquête (Brésil, Canada), autorités de poursuite (Pays-Bas) juge (Allemagne³, Espagne⁴) ou Coroner (Royaume-Uni).

En Allemagne, à la différence de l'examen externe du corps, qui peut être décidé par le Parquet seul, l'autopsie médico-légale doit en principe être ordonnée par un juge, saisi par le Parquet (Article 87 du Code de Procédure Pénale allemand, StPO). Ce n'est qu'au cas où les délais nécessaires à la saisine du juge (juge d'instance statuant comme « *Ermittlungsrichter* », équivalent du JLD français) compromettraient le succès des investigations, que le Parquet peut ordonner lui-même une autopsie (art. 87 (4) StPO). Les enquêteurs ne peuvent pas décider, de leur propre chef, de faire pratiquer une autopsie.

En Espagne, c'est le juge qui décide de procéder à l'examen médical de la victime, d'office ou à la demande du Parquet ou/et des parties. Le juge n'est pas lié par les demandes formulées. Il dispose, in fine, d'un pouvoir d'appréciation sur l'opportunité de l'acte à réaliser.

Au Brésil, cette compétence appartient de manière principale aux enquêteurs qui disposent de la faculté de solliciter une autopsie et/ou tout examen complémentaire. Cette faculté

³ Il faut distinguer l'autopsie médico-légale judiciaire (« *gerichtsmmedizinische Sektion* »), dont il s'agit ici, de l'autopsie dite clinique (« *klinische Sektion* ») qui constitue un acte médical effectué d'office ou à la demande des familles lorsqu'un patient décède dans un hôpital, dans des conditions qui relèvent de la législation des Länder.

⁴ D'autres médecins qui ne sont pas fonctionnaires peuvent être sollicités pour certains actes à la demande des parties. On les appelle les "experts des parties". En aucun cas, ils ne pourront réaliser d'autopsies qui sont de la compétence exclusive des médecins légistes.

appartient également aux membres de l'Institut de Police Militaire, des commissions d'enquêtes parlementaires, aux juges et aux membres du ministère public (fédéral ou fédéré).

Aux Pays-Bas, une autopsie médico-légale est toujours ordonnée par le ministère public, sans autorisation de la famille du défunt. Celle-ci ne dispose d'aucune action visant à imposer des conditions particulières pour l'accomplissement de cette autopsie. La loi sur les inhumations et la crémation (*Wet op de Lijkbezorging*) décrit en détail les conditions dans lesquelles une autopsie doit être pratiquée et précise que le corps doit être inhumé ou brûlé dans les cinq jours.

Au Royaume-Uni, le *coroner* est seul habilité à saisir le médecin légiste ou tout expert apte à l'éclairer sur les circonstances du décès. Au vu de ces éléments, il rend son verdict qui peut être soit une mort accidentelle, un suicide, un homicide, une mort à la suite d'une maladie professionnelle ou une mort inexpliquée. Théoriquement, si la police estime que les circonstances de la mort sont suspectes, elle pourrait demander elle-même à ce qu'il soit procédé à un examen médico-légal. Cette démarche est peu utilisée car, si elle n'est pas interdite par la loi, elle constitue néanmoins un empiètement sur les compétences du coroner.

Aux Etats-Unis, ce n'est pas l'autorité judiciaire, procureurs ou juges, qui décide, sauf dans quelques rares exceptions. Ce ne sont pas non plus les services de police. Ce sont les institutions médico-légales (*Coroners* et *Chief medical Examiners*) elles-mêmes qui décident ou non de réaliser une autopsie.

Au Canada, c'est le service d'enquête qui saisit directement l'institut médico-légal ou le coroner.

2.2 La prise en charge de l'autopsie

Dans les pays où les médecins légistes sont salariés de l'Etat (**Brésil, Canada, Espagne, Pays-Bas**), les autopsies ne sont pas facturées.

Dans les pays anglo-saxons le financement de la thanatologie relève des collectivités locales. Au **Royaume-Uni**, c'est le Coroner qui prend en charge le coût des autopsies. Ce dernier est rémunéré par les autorités locales et peut recevoir à ce titre des avances. Aux **Etats-Unis**, le tarif est forfaitaire et négocié chaque année par les services de thanatologie avec les autorités locales.

En **Allemagne**, le coût de l'autopsie est inclus dans les frais de justice et sera pris en charge sur le budget du ministère de la Justice.

2.2.1 Qui finance cette investigation medico-légale ?

Aux Pays-Bas, les autopsies sont pratiquées presque exclusivement par le NFI. Cinq légistes se partagent environ 400 autopsies par an, ce qui représente environ 100 autopsies par légiste avec l'assistance, pour chaque autopsie, de deux assistants et d'un photographe. Les autopsies sont généralement effectuées par un seul légiste. Elles sont exclusivement financées sur le budget du ministère de la Sécurité et de la justice pour ce qui concerne le NFI. 60 à 70 millions d'euros sont consacrés chaque année au secteur médico-légal. S'agissant d'autopsies effectuées en dehors du NFI, dans des IML privés, une facturation est établie et adressée au prescripteur, c'est-à-dire le ministère public.

En Allemagne, l'autopsie est une mesure d'expertise confiée à deux médecins experts⁵, dont la rémunération est fixée par la loi du 5 mai 2004⁶. Cette rémunération est comprise dans les frais de justice criminelle, supportés par le budget du ministère de la Justice de chaque Land, et qui seront mis – en cas de condamnation – à la charge de la personne condamnée. Concrètement, le coût de l'autopsie est supporté par l'IML lui-même.

En Espagne, les médecins légistes sont salariés et leur rétribution est composée d'un salaire, d'une prime de fonctions et d'une prime de permanence. Ils ne sont pas rémunérés à l'acte.

Au Brésil, les autopsies sont financées par les gouvernements des Etats fédérés. S'agissant d'un service public, il n'est procédé à aucune facturation auprès de quiconque, ni du service demandeur, ni de la Justice.

Aux Pays-Bas, les experts ayant le statut de fonctionnaires, aucune rétribution n'est exigée à aucun stade de la procédure. Aucune note de frais n'est établie par le NFI.

Au Royaume-Uni, les frais et indemnités des médecins spécialisés en médecine légale (*pathologists ou forensic pathologist*), chargés de l'autopsie, sont payés par le *coroner* qui les a sollicités (*article 24 Coroners Act 1988, fees and allowances payable on holding inquest*). De façon générale, les autorités locales doivent assurer la rémunération des *coroners* et mettent à leur disposition les moyens financiers, matériels et en personnels nécessaires à l'exercice de leur mission. Ainsi, le salaire du *coroner* est fixé en accord avec les autorités locales compétentes et lui est versé annuellement. En vertu du *Coroners Act 1988, article 27A Indemnity*, les *coroners* perçoivent également de l'autorité locale le remboursement des frais qui correspondent à la rémunération des honoraires des médecins légistes (*pathologists*). Les autorités locales peuvent également effectuer des avances au *coroner* avec demande de justification ultérieure des paiements réalisés.

Au Canada, il n'y a pas de coût individualisé, ces actes étant intégrés dans le budget global des instituts médico-légaux et dans la rémunération globale des coroners.

2.2.2 Comment cet examen est-il financé, à l'acte, au forfait ?

En Allemagne, la rémunération des experts a lieu à l'acte, selon le tarif fixé par la loi JVEG. Tous les spécialistes observent que la médecine légale en Allemagne est actuellement en crise, faute d'un financement suffisant des IML par les Universités, et en raison de la rémunération trop faible des médecins légistes telle qu'elle résulte de la loi JVEG.

Au Royaume-Uni, les médecins qui réalisent des autopsies sont payés à l'acte par le coroner.

Aux Etats-Unis, le financement de la thanatologie n'est pas effectué en fonction du nombre exact d'autopsies mais au forfait : chaque année, l'établissement (seul ordonnateur des autopsies) établit un projet de budget qu'il soumet à l'autorité exécutive dont il dépend. Ce projet est étudié, le cas échéant amendé, puis voté par l'Etat, le comté ou la ville. Par la suite, il n'existe pas de financement complémentaire d'une autre structure en fonction de l'ordonnateur de l'autopsie.

⁵ Selon l'article 87 (2) du CPP allemand (StPO), l'autopsie doit toujours être pratiquée par deux médecins, dont l'un au moins doit être expert judiciaire, et l'autre, être dirigeant ou membre d'un institut de médecine légale.

⁶ « *Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz, JVEG*, dans l'annexe 2 de l'article 10.1

2.2.3 Tarifs

• Autopsie sans examens complémentaires

Aux Etats-Unis, le coût moyen d'une autopsie à l'institut médico-légal de New-York est évalué par ce dernier à 4.000 \$, soit 3.080 €. Ce coût inclut aussi bien le personnel, les instruments, que l'immobilier. Le coût moyen d'une autopsie à Washington DC est évalué par ces derniers à 3.000 \$, soit 2.300 €. La différence tient essentiellement au coût de l'immobilier à New-York.

Au Royaume-Uni, le tarif recommandé par *The Coroners Allowances, Fees and Expenses Regulations* 2013 et par la *British Medical Association* s'élève à 96.80 livres (soit 114 euros).

En Allemagne, ce coût, pour une autopsie simple, est estimé par la chambre fédérale des médecins à 750 €. La rémunération de chacun des experts ayant pratiqué l'autopsie est fixée par la loi JVEG à 195 €, ou bien 396 € en cas de circonstances particulièrement difficiles (comme l'état du corps).

Aux Pays-Bas, la tarification (hors TVA de 21%) des instituts médicaux légaux privés sont les suivants, ils sont soumis à l'agrément d'une commission comprenant les services de police, le ministère public et le NFI.

- 3000 euros environ pour une autopsie mais le coût peut varier en fonction de la difficulté ou de la complexité de l'autopsie
- 900 euros à 1500 euros pour un MRI scan d'une heure
- 1000 euros pour un CT scan
- Toxicologie: 1000 euros.

• Autopsie avec examens complémentaires

Au Royaume-Uni, le tarif recommandé par *The Coroners Allowances, Fees and Expenses Regulations* 2013 et par la *British Medical Association* pour une autopsie nécessitant des examens complémentaires, non standard post mortem s'élève à 276.90 livres (soit 329 euros).

En Allemagne, s'agissant de la rémunération des examens complémentaires au titre des frais de justice criminelle, le tarif fixé par la loi JVEG est :

- pour une prise de sang : 9 €
- pour une analyse toxicologique ou bactériologique, de 5 à 51 € par analyse, ou bien 1000 € au maximum s'il s'agit d'une analyse exceptionnellement difficile
- pour un prélèvement ADN, jusqu'à 205 €
- pour un scanner/imagerie médicale : de 13 à 300 €

Au Brésil, le coût total d'une autopsie incluant les examens complémentaires a été évalué en 2007 à 3.000 R\$ environ.

2.2.4 Statistiques

Aux Pays-Bas, les autopsies liées à des suspicions d'actes criminels ou délictueux sont effectuées par le NFI qui pratique environ 400 autopsies contre une dizaine par les laboratoires privés.

Au Brésil, il y a eu en 2011 87.874 autopsies réalisées par les IML brésiliens⁷.

Au Royaume-Uni, 499 326 morts étaient enregistrées en 2012 en Angleterre, 227 721 morts ont fait l'objet d'une enquête par les *coroners*, et 94 814 ont donné lieu à une autopsie, ce qui représente donc 18% des morts enregistrées et 41% des décès portés à la connaissance du *coroner*.

Aux Etats-Unis, il existe peu de statistiques nationales en matière médico-légale, en l'absence de gestion nationale de ces services. Cependant, on peut estimer que sur les 2,5 millions de personnes qui meurent chaque année aux Etats-Unis, près de 500.000 font l'objet d'une enquête de la part d'un Coroner ou des services d'un *Chief Medical examiner*. A titre d'exemple, à New-York, on dénombre : 63.000 morts par an, 20.000 cas de morts considérées comme suspectes, 5.000 cadavres transportés à l'institut médico-légal, 3.500 autopsies. A Washington DC, on dénombre près de 900 autopsies par an, soit environ une autopsie pour 800 habitants.

3. La médecine légale du vivant :

Comme en matière de thanatologie, il n'existe pas de facturation à l'acte dans les pays disposant d'un corps médical spécialisé et « fonctionnarisé » (**Espagne, Brésil, Pays-Bas**).

Dans les pays anglo-saxons (**Etats-Unis, Royaume-Uni**) et en **Allemagne**, la facturation de la médecine légale du vivant est sous traitée et facturée par le secteur privé sauf au **Canada** où l'Etat prend en charge les actes pratiqués soit à travers les structures médico-légales dédiées soit par accords passés avec les hôpitaux.

3.1 Examen médical de la victime

3.1.1 La décision de procéder à un examen médical de victime

En Allemagne, l'examen médical d'une victime peut être demandé par la police au cours de l'enquête, et nécessite toujours l'accord de la personne concernée. Il en va de même de l'examen médical demandé par le Parquet. Si la victime refuse cet examen, seul un juge, saisi par le Parquet, pourra l'ordonner « lorsqu'il est indispensable à la manifestation de la vérité d'établir si son corps présente une trace particulière ou une conséquence d'une infraction » (art. 81 c StPO). Cependant, lorsque le fait de différer l'examen mettrait en danger le succès de l'enquête, le Parquet ou les officiers de police judiciaire agissant sous ses ordres peuvent ordonner la mesure (art. 81c (5) StPO).

En Espagne, c'est le juge qui décide de procéder à l'examen médical de la victime, d'office ou à la demande du Parquet ou/et des parties. Le juge n'est pas lié par les demandes formulées. Il dispose, in fine, d'un pouvoir d'appréciation sur l'opportunité de l'acte à réaliser.

Aux Pays-Bas, les victimes peuvent faire l'objet d'un examen médical à la demande du ministère public, des services de police, du juge ou de la victime elle-même. La plupart du temps, la victime d'une infraction pénale est examinée par un médecin à la demande des services de police.

⁷ source « Diagnóstico da Perícia Criminal 2012, SENASP, Ministério da Justiça.

Au Brésil, les enquêteurs, le Parquet ou le juge peuvent demander un examen médical de la victime à l'exception des demandes d'expertises psychiatriques des mis en cause qui ne peuvent être ordonnées que par le juge saisi de l'affaire.

Au Royaume-Uni, la procédure est de type accusatoire. La police, dans le cadre de l'enquête fera procéder à l'examen médical de la victime et sera responsable de tous les frais engendrés à ce titre jusqu'à la clôture de l'enquête. La victime sera toujours en droit de refuser⁸ cet examen médical. Le médecin qui procède à cet examen doit s'assurer que ce consentement a bien été donné. Le CPS *Crown Prosecution Service*, service des poursuites ou la défense, dans le cadre du procès, peut mandater les services d'un médecin, en tant que *professional witness* ou *expert witness* afin de rédiger un rapport ou de comparaître devant la Cour après l'avoir signifié à l'autre partie et au greffe. Le médecin cité en tant que *professional witness* témoigne uniquement sur les faits objectifs là où l'*expert witness* donne son avis sur les faits. La victime aura toujours le droit de refuser cet examen.

Aux Etats-Unis, en l'absence d'experts auprès des juridictions, ce sont soit la police ou le procureur pour l'action pénale, soit la victime pour l'action civile, qui vont faire appel et rémunérer un médecin qui fera une présentation de la situation médicale et le cas échéant une évaluation du préjudice.

Au Canada, les services de police sont les premiers intervenants auprès des victimes. Ils n'ont pas besoin de recueillir l'avis d'un juge ou d'un procureur même si ce dernier ou le juge pourrait également solliciter un examen médical au cours de la procédure. Les examens sont généralement réalisés par les médecins des centres médicaux légaux. Ils sont très rarement réalisés par un médecin privé en l'absence de moyens à proximité. En l'absence de mandat, ce type d'examen présente de forts risques de contestation sur le plan des règles de preuve.

3.1.2 : La réalisation de l'examen médical d'une victime

En Espagne, ce sont les médecins du ministère de la Justice (article 497.1 de la LODPJ) qui composent les Instituts de Médecine légale qui procèdent aux examens. Ils sont chargés des expertises médicales, qu'elles soient cliniques, thanatologiques ou de laboratoire.

Au Brésil, c'est toujours l'IML qui procède à ces examens, les éventuels examens complémentaires qui ne peuvent être réalisés sur place pour des raisons techniques, sont réalisés sur réquisitions du médecin légiste auprès d'hôpitaux publics de l'Etat.

Aux Pays-Bas, l'examen est en principe effectué par un médecin ayant des connaissances en médecine légale et qui dépend du GGD (*Gemeentelijke geneeskundige Dienst*) qui est une structure municipale gérant les soins sur la circonscription ou bien en hôpital si la victime est hospitalisée à la suite de la commission de l'infraction pénale dont elle a été victime. En principe, le coût de cet examen est supporté par l'assurance sociale à laquelle la victime est affiliée. Le NFI peut intervenir dans des situations sensibles ou bien lorsqu'un second examen apparaît indispensable compte tenu de la complexité du dossier ou bien dans des situations où un mineur est victime. En cas d'intervention du NFI, il n'y a pas de facturation puisque l'examen sera fait par le personnel qualifié du NFI.

⁸ La victime n'a pas la possibilité sauf exception, de se constituer partie civile et n'est pas partie au procès. Elle ne peut de sa propre initiative solliciter une expertise pénale. Il lui reste la possibilité d'intenter un procès au civil pour obtenir des dommages et intérêts en fournissant une expertise qu'elle a initiée, à ses frais.

En Allemagne, sans qu'il s'agisse d'une obligation prévue par la loi, le médecin chargé de l'examen est le plus souvent choisi au sein de l'institut de médecine légale le plus proche.

Au Royaume-Uni, quand la police veut ordonner l'examen médical de la victime, les médecins généralistes (*General Practitioners, GPs*) ou spécialistes (*paediatrics, gynaecology*) interviennent, à titre libéral, auprès de la police en tant que spécialistes des questions de médecine légale, *Forensic Physician*. Ils doivent en principe avoir une formation de médecine légale. En cas de nécessité il est toujours possible de faire appel à tout médecin. Cet examen devra avoir lieu dans une pièce du commissariat réservée aux examens médicaux, hors de toute vidéosurveillance car le médecin doit être seul avec la victime. Cet examen peut avoir lieu si nécessaire dans un hôpital ou toute autre structure adaptée et équipée. Ainsi, en cas de viol ou d'agression sexuelle, la police sera chargée d'escorter la victime jusqu'à un *Sexual Assault Referral Centre (SARC)*, centre qui dispense des soins et des examens médicaux gratuits pour les victimes présumées de ces infractions (ces centres sont cofinancés par la police, le NHS et le secteur bénévole). Lorsque, dans le cadre du procès, le CPS ou la défense font appel à un médecin en tant que *witness*, l'examen médical sera effectué par le médecin choisi à cette fin par le CPS ou la défense.

Aux Etats-Unis, ce sont souvent les hôpitaux qui procèdent aux examens médicaux, en l'absence d'experts et de médecins qui se déplacent habituellement dans les commissariats.

La principale différence avec la France est que le recours au médecin est moins systématique : il n'est pas fréquent en matière de garde à vue, et du fait du système accusatoire, il est souvent à la charge des parties pour les victimes. Il n'existe ainsi le plus souvent pas de service dédié ou de financement organisé par les pouvoirs publics. Il peut parfois exister des services médicaux ad Hoc qui sont financés par les pouvoirs publics, c'est le cas à New-York pour les victimes d'agressions sexuelles. Il existe ainsi des équipes spéciales d'intervention (« *Sexual Assault Response Teams* ») qui fonctionnent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, composées de médecins et de policiers, placés sous le contrôle d'un procureur spécialisé.

Au Canada, en règle générale, les policiers amènent la victime à l'hôpital ou dans un dispensaire mandaté par les services de police. Les médecins ou les infirmiers disposent d'un matériel dans une trousse médico-légale. Elle comporte l'ensemble du matériel nécessaire à l'examen, ainsi qu'un memento d'intervention pour garantir le respect de conditions d'intervention propres à garantir les conditions de conservation des scellés et de leur conservation permettant une mise sous scellé des prélèvements, et une conservation des scellés.

Les échantillons sont ensuite envoyés aux différents laboratoires médico-légaux. L'usage de cette trousse est systématique pour éviter les contestations.

3.1.3 : Le coût de l'examen médical d'une victime

En Espagne, comme au Brésil, il n'existe pas de tarification de ces actes qui relèvent du service public.

En Allemagne, la rémunération du médecin désigné par le Parquet ou par un juge est fixée par la loi JVEG du 5 mai 2005. Il s'agit d'une rémunération à l'heure, selon un tarif qui varie en fonction de la complexité de l'examen. Ainsi, pour un examen médical « classique » de victime de blessures, les honoraires seront du groupe M2, soit : 75 euros de l'heure.

Au Royaume-Uni, un médecin intervenant suite à un appel de la police pour examiner une victime sera rémunéré aux tarifs suivants. Il s'agit d'honoraires médicaux recommandés, chacune des autorités locales de police pouvant négocier avec les médecins ses propres tarifs :

- Entre 08h et 19h : £52.40 (tarif de base) + £21.40 par demi-heure supplémentaire et £34.90 en cas de second examen

- entre 19h et 8h ainsi que les fins de semaines : £78.60 (tarif de base) + £32.10 par demi-heure supplémentaire et £52.40 en cas de second examen

Dans le cas où le médecin intervient sur réquisition pour examiner une victime d'agression sexuelle ou un enfant essayant subi un abus sexuel, il sera rémunéré aux tarifs suivants :

Entre 08h et 19h : £87.30 (tarif de base) + £21.40 par demi-heure supplémentaire et £69.80 si second examen

Entre 19h et 08h ainsi que les weekends et durant les vacances 131.00 £ (tarif de base) + £32.10 par demi-heure supplémentaire

Dans le cadre du procès, le CPS est en charge du paiement des indemnités et dépenses dues à un *witness* qu'il a cité pour obtenir des preuves dans la conduite des poursuites. Dans le cas d'un *professional witness*, les tarifs proposés sont les suivants: indemnité de présence pour 2 heures : £83.50, entre 2 et 4 heures £117.00, au-delà de 4h : £234.00.

Si le médecin intervient comme *expert witness*, les frais ne sont pas fixés et devront être négociés à chaque intervention entre le CPS et le médecin. Le CPS a cependant publié des lignes directrices fixant les tarifs maximums, en fonction de la spécialité du médecin. Les médecins allant au-delà de ces maximums devront justifier leurs demandes. Ces guidances sont disponibles à l'adresse suivante:

<http://www.justice.gov.uk/downloads/legal-aid/funding-code/guidance-on-remuneration-of-expert-witnesses-April-2013.pdf>

Quand le *witness* est cité par la défense, ce sera au *solicitor* d'indemniser le médecin *witness* selon les honoraires convenus entre eux. Ils peuvent se référer aux tarifs utilisés par le CPS. En tout état de cause, la question de l'indemnité doit être réglée avant que le *witness* commence son expertise. Il est recommandé de se baser sur les tarifs fixés par le CPS mais les médecins pourront prendre en compte leurs tarifs privés lors de la négociation des indemnités avec le *solicitor*.

Aux Etats-Unis, il n'existe pas de nomenclature nationale ou de détermination d'un tarif unique. Les tarifs sont négociés localement entre les services de police et les hôpitaux, et le plus souvent entre ces derniers et les assurances santé privée des victimes ou des gardés à vue.

Au Canada, les trousseaux médicaux sont mises à disposition des hôpitaux par le ministère de la Santé et financées les ministères de la Sécurité publique. Les examens faits par le médecin sont couverts selon les provinces, soit par l'assurance sociale de la victime (au Québec notamment et sans avance de frais), soit par le budget de fonctionnement du ministère de la Sécurité publique ou de l'hôpital (avec des ententes de services avec le ministère de la Sécurité publique dans certaines provinces). L'analyse des échantillons entre dans le budget global des instituts médico-légaux.

3.1.4 : La facturation de l'examen médical de la victime

En Allemagne, la rémunération a lieu à l'acte.

Au Royaume-Uni, les *forensic physicians* sont indépendants, libéraux, interviennent ponctuellement auprès des services de police et sont financés à l'acte. Dans les grandes villes, ils peuvent travailler à temps plein pour les services de police.

Aux Etats-Unis, la médecine légale du vivant relève d'un financement majoritairement à l'acte. L'examen médical d'une victime est souvent pris en charge par l'assurance santé de cette dernière : il s'agit donc d'une compagnie privée qui finance l'acte mais il s'agit plus de soins que d'évaluation du préjudice.

3.2 Examen médical des personnes gardées à vue

En Allemagne, la garde à vue au sens français du terme (laps de temps durant lequel un suspect est retenu pour être interrogé par la police) n'existe pas. Il ne s'agit que du temps écoulé entre l'arrestation et la conduite devant un juge, qui doit avoir lieu au plus tard le lendemain de l'arrestation (art. 128 al 1 StPO). Il n'existe pas de droit à examen médical pour la personne arrêtée par la police dans l'attente de sa présentation devant un juge, ni de prescription particulières concernant le médecin pouvant être chargé d'un tel examen, très rarement pratiqué en Allemagne où la garde à vue ne dure généralement que quelques heures. Dans l'hypothèse où un tel examen serait jugé nécessaire, il devrait être ordonné par le Parquet, et rémunéré à l'acte au titre des honoraires du groupe M1 prévu par la loi JVEG pour un examen sur la compatibilité de l'état de santé avec une audition, soit sur une base de 65 euros de l'heure.

En Espagne, la personne gardée à vue a droit à un examen médical à sa demande. A défaut de manifestation de volonté, l'examen médical sera obligatoire et automatique s'il s'agit d'une garde à vue terroriste. Ce sont les médecins du ministère de la Justice (article 497.1 de la LODPJ) qui composent les Instituts de Médecine légale qui procèdent aux examens. Comme pour l'autopsie, il n'y a pas de rémunération à l'acte, les médecins légistes étant salariés de l'Etat.

Au Brésil, les personnes en détention policière (arrêtées en flagrant délit notamment), font l'objet d'un examen médical systématique après leur garde-à-voir et en tout état de cause avant d'être libérées ou transférées vers un établissement pénitentiaire. Ces examens sont réalisés par le médecin de l'IML, dans l'IML, sauf s'il est nécessaire de procéder à des examens ne pouvant pour des raisons techniques être réalisés sur place.

Aux Pays-Bas, si l'examen médical d'une personne gardée à vue ne revêt pas un caractère obligatoire, cet acte est accompli très souvent en pratique. Cet examen peut être effectué en interne par un médecin rattaché au commissariat de police. Les services de police se retournent vers l'assurance sociale du gardé à vue afin d'obtenir un remboursement mais dans certaines situations, ce sont les services de police qui devront assumer les frais (transport du gardé à vue en ambulance, frais liés à une prise de sang à la suite d'un refus de l'intéressé de se plier à un contrôle d'alcoolémie). Le NFI peut également intervenir pour donner une seconde opinion plutôt que pour procéder à un premier examen.

Au Royaume-Uni, le *Pace Codes of Practice Code C*, article 9b prévoit que le *custody officer* en charge du déroulement de la garde à vue, veille à ce que le détenu reçoive des soins médicaux appropriés le plus rapidement possible, dès lors que la personne semble souffrir d'une maladie physique, est blessée, semble atteinte d'un trouble mental, semble nécessiter

une intervention clinique. A ce titre, une série de questions doivent être posées par la police en début de garde à vue, parmi lesquelles : êtes-vous malade ou blessé? Avez-vous vu un docteur ou êtes-vous allé à l'hôpital pour cette maladie ou cette blessure? Suivez-vous un traitement médical? Quel est-il? Pourquoi faire? Souffrez-vous d'une maladie mentale ou de problèmes de dépression? Le *custody officer*, officier de police responsable de la garde à vue déterminera à partir de ces réponses si un professionnel de la santé, un *forensic physician* doit être appelé. De plus, le *Pace Codes of Practice Code C, article 9.8* prévoit qu'une personne gardée à vue peut elle-même demander un examen médical. Un professionnel de la santé doit être appelé dès que possible afin d'évaluer les besoins médicaux du gardé à vue. Il peut également être examiné par un médecin de son choix, à ses frais. L'examen médical a lieu dans les commissariats de police. Ceux-ci doivent être équipés de salle d'examen médical dédiée uniquement à cette fin, sans aucun élément de vidéosurveillance. La *Faculty of Forensic and Legal Medicine* a, à ce titre, produit des recommandations sur ces *forensic physician room*⁹. Un *healthcare professional* (personne qualifiée en matière médicale) réalisera l'examen médical. Cela peut donc être un *Forensic physician*, assisté éventuellement d'une infirmière (*Forensic Nurse*) ou d'un ambulancier (*paramedic*) qui peut également accomplir des actes médicaux mineurs. Les *Forensic Physicians* qui s'occupent de l'examen médical des gardés à vue relèvent de la médecine libérale et doivent produire une évaluation impartiale et indépendante. S'agissant de leur rémunération, ils peuvent être sous contrat avec les autorités locales de police (mais restent indépendants), soit être payés au service rendu. Un *Forensic Physicians* intervenant suite à un appel de la police pour examiner une personne gardée à vue, sera rémunéré aux mêmes tarifs que pour l'examen d'une victime.¹⁰

Aux Etats-Unis, la procédure de *Custody* n'est pas similaire à notre garde à vue : elle est plus courte, et il n'existe pas d'examen médical systématique mais seulement s'il est constaté un problème médical ou si le gardé à vue demande expressément à voir un médecin. Dans ce cas, le gardé à vue est amené à l'hôpital et les soins sont pris en charge par l'assurance santé du gardé à vue. A défaut d'assurance, ce sont les services de police qui vont rémunérer l'hôpital. Il existe alors une négociation au cas par cas sur le paiement entre la police et l'hôpital. Ce type de négociation tarifaire au cas par cas n'est pas isolé aux Etats-Unis : c'est une pratique courante entre les assurances santé et les hôpitaux. Il n'existe donc pas de tarif unique, et les montants ne sont pas publics.

Au Canada, la loi n'impose pas d'examen médical au stade de la garde à vue. Il est de la responsabilité de l'institution qui (service de police ou services correctionnels) de prendre toutes les mesures nécessaires pour s'assurer de la santé de la personne gardée à vue ou détenue. L'examen médical a lieu soit à l'hôpital, soit en détention et il peut être fait appel à n'importe quel médecin. Les examens sont pris en charge au titre de l'assurance santé du bénéficiaire. Son coût est celui d'une consultation normale. Par ailleurs, le juge comme le procureur ou l'avocat pourraient solliciter une expertise à tout moment. Le médecin ou le service hospitalier mandaté sera alors payé par le ministère de la Sécurité publique.

⁹ <https://fflm.ac.uk/upload/documents/1193757602.pdf>

¹⁰ Entre 08h et 19h : £52.40 (tarif de base) + £21.40 par demi-heure supplémentaire et £34.90 en cas de second examen et entre 19h et 8h ainsi que les fins de semaines : £78.60 (tarif de base) + £32.10 par demi-heure supplémentaire et £52.40 en cas de second examen

Annexe 16.	Référentiel des prestations médico-légales
-------------------	--

**REFERENTIEL
DES
PRESTATIONS
MEDICO-LEGALES**

Principaux textes relatifs à la médecine légale:

- Recommandation R (99)3 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe aux Etats-Membres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale, adoptée le 2 février 1999 ;
- Code de procédure pénale ;
- Code de la santé publique ;
- Décret n°79-235 du 19 mars 1979 relatif aux tarifs des honoraires et indemnités de certains experts en matière pénale ;
- Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière ;
- Décret n° 94-1210 du 30 décembre 1994 portant création d'un Conseil supérieur de la médecine légale ;
- Circulaires interministérielles des 27 décembre 2010 et 25 avril 2012 relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.

Documents pratiques:

- Guide sur le traitement judiciaire des décès ;
- Guide de bonnes pratiques sur l'intervention du médecin en garde à vue.

Ces documents sont disponibles sur le site intranet de la DACG.

Contenu du référentiel:

Présentation par spécialité médico-légale

SOMMAIRE

<u>1) THANATOLOGIE</u>	p.5
– Levée de corps	p.6
– Autopsie	p.7
– Autopsie dans certains cas particuliers :	
Décès par arme à feu	p.9
Décès par arme blanche	p.10
Décès par médicaments	p.11
Décès par pendaison	p.12
Décès par noyade	p.13
Décès par incendie	p.14
 <u>2) ANATOMO-PATHOLOGIE</u>	 p.15
– Prélèvements	p.16
 <u>3) TOXICOLOGIE</u>	 p.17
– Examen toxicologique de référence en matière de thanatologie	p.18
– Recherche et dosage du strontium en cas de décès par noyade	p.19
– Recherche et détermination du taux d'alcoolémie	p.20
– Recherche et dosage des produits stupéfiants	p.21
– Analyse du sang et des urines en cas de suspicion de soumission chimique	p.22
 <u>4) BALISTIQUE</u>	 p.23
– Assistance à autopsie	p.24
– Assistance à reconstitution	p.25
– Examen d'une victime vivante	p.26
 <u>5) MEDECINE LEGALE DU VIVANT</u>	 p.27
• <u>Concernant les victimes</u>	
– Examen médical d'une victime de violences	p.28
– Examen médical d'une victime d'agression sexuelle	p.29
 • <u>Concernant les personnes gardées à vue</u>	
– Examen médical de compatibilité avec une garde à vue	p.30

6) RADIOLOGIE

- Détection d'actes de maltraitance physiques sur des enfants mineurs p.31
- Détection de la présence d'un corps étranger (transport *in corpore* de stupéfiants) p.32
- Estimation de l'âge osseux p.33

p.34

THANATOLOGIE

LEVÉE DE CORPS

TARIF : 57,50 € (article R. 117 2° du CPP)

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale régie par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'un institut médico-légal ou d'une unité médico-judiciaire dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer les causes et circonstances de la mort ou préciser tout élément permettant d'expliquer les causes du décès et d'estimer la date et l'heure du décès.

Préciser tout élément permettant d'identifier un cadavre.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Découverte d'un cadavre.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Autopsie, examen balistique, examen radiologique, analyse toxicologique, examen anatomo-pathologique, analyses ADN et des empreintes digitales.

Recommandations pratiques

- S'assurer de la rédaction systématique d'une **fiche de levée de corps**, indiquant la date, l'heure, le lieu et le nom du médecin ayant réalisé l'examen ;
 - Rechercher tout indice susceptible d'expliquer le décès
 - Requérir systématiquement un médecin, et dans la mesure du possible, un **médecin compétent en médecine légale** qui ne soit pas le médecin traitant de la personne décédée aux fins d'examen complet du corps ;
 - S'assurer de la **présence effective d'un officier de police judiciaire**, et, en cas d'obstacle médico-légal, d'un fonctionnaire de police ou militaire de la gendarmerie compétent en matière de police technique et scientifique ;
 - Etablir un **album photographique complet** comportant des photographies du lieu du décès, des principaux éléments d'environnement, des éventuelles projections de sang sur des éléments matériels, de la position du corps avant et après déshabillage, des différentes parties du corps et des éventuelles blessures ;
 - Veiller à ce que les mains du défunt soient protégées par des sacs en papier « Kraft » avant toute mobilisation du corps ;
 - Effectuer des **relevés par tamponnements** sur le défunt et les personnes présentes lors des faits.
-

AUTOPSIE

TARIF :

- autopsie avant inhumation : 138 € (article R. 117 3° du CPP) ;
- autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 230 € (article R. 117 4° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation : 69 € (article R. 117 5° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée : 115 € (article R. 117 6° du CPP).

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale réglée par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'un institut médico-légal dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer les causes et circonstances de la mort ou préciser tout élément permettant d'expliquer les causes du décès et d'estimer la date et l'heure du décès.

Préciser tout élément permettant d'identifier un cadavre.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Décès dont la cause est inconnue ou suspecte.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Examen radiologique (conventionnel et/ou scanner et/ou IRM), examen balistique, analyse toxicologique, examen anatomo-pathologique, analyses ADN et des empreintes digitales.

Mises en garde :

A titre liminaire, il importe de rappeler que l'autopsie est un acte auquel le magistrat a recours lorsqu'il ne dispose pas d'éléments suffisants pour expliquer la cause du décès d'une personne : il lui appartient donc d'apprécier l'opportunité de recourir, ou non, à une autopsie dans chaque hypothèse de découverte du corps d'une personne décédée.

Pour conclure une autopsie et déterminer les causes exactes d'un décès, le médecin légiste doit parfois recourir à des examens complémentaires tels qu'un examen anatomo-pathologique ou une analyse toxicologique. Il est important que le médecin légiste confronte les résultats de ces examens avec les résultats de l'autopsie proprement dite. Pour cela, une réquisition ou une ordonnance de commission d'expert aux fins de rédaction d'un rapport complémentaire doivent lui être adressées par l'autorité judiciaire lorsqu'elle a reçu les résultats des analyses sollicitées.

Recommandations pratiques

- Procéder à des **clichés photographiques** avec échelle des lésions ou blessures constatées ;
 - Saisir et placer sous scellé tous **prélèvements utiles** à l'enquête, et notamment des échantillons d'urine et de sang et des fragments d'organes aux fins d'examens toxicologiques et anatomo-pathologiques.
-

AUTOPSIE

Décès par arme à feu

TARIF :

- autopsie avant inhumation : 138 € (article R. 117 3° du CPP) ;
- autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 230 € (article R. 117 4° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation : 69 € (article R. 117 5° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée : 115 € (article R. 117 6° du CPP).

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale régie par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'un institut médico-légal dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer les causes et circonstances de la mort ou préciser tout élément permettant d'expliquer le décès par arme à feu.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de décès par arme à feu.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Examen radiologique, examen balistique, analyse toxicologique, examen anatomo-pathologique.

Recommandations pratiques

- Procéder à des clichés photographiques de l'arme et des projections de sang ;
- Saisir et placer sous scellé l'arme, les munitions, les douilles, ou tout autre élément balistique ;
- Procéder à des vues photographiques détaillées des orifices d'entrée et de sortie du (des) projectile(s) constatés sur les vêtements (pour l'estimation de la distance du tir), ainsi que des mains du défunt (pour la détermination des conditions de la tenue de l'arme) ;
- Saisir et placer sous scellé les vêtements concernés ;
- Effectuer des relevés par tamponnements sur le défunt et les personnes présentes lors des faits si cela n'a pas pu être effectué lors de la levée de corps ;
- Décrire le trajet précis des blessures intracorporelles ;
- Vérifier la compatibilité de l'usage de l'arme avec les circonstances du décès.

AUTOPSIE

Décès par arme blanche

TARIF :

- autopsie avant inhumation : 138 € (article R. 117 3° du CPP) ;
- autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 230 € (article R. 117 4° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation : 69 € (article R. 117 5° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée : 115 € (article R. 117 6° du CPP).

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale régie par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'un institut médico-légal dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer les causes et circonstances de la mort ou préciser tout élément permettant d'expliquer le décès par arme blanche.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de décès par arme blanche

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Examen radiologique, analyse toxicologique, examen anatomo-pathologique, analyse ADN en fonction des données de l'enquête.

Recommandations pratiques

- Procéder à des clichés photographiques de l'arme et des projections de sang ;
- Saisir et placer sous scellé l'arme ou tout élément d'arme ;
- Procéder à des vues photographiques détaillées des entailles constatées sur les vêtements ;
- Saisir et placer sous scellé les vêtements concernés ;
- Décrire dans la mesure du possible le trajet précis des blessures ;
- Vérifier la compatibilité de l'usage de l'arme avec les circonstances du décès.

AUTOPSIE

Décès par intoxication

TARIF :

- autopsie avant inhumation : 138 € (article R. 117 3° du CPP) ;
- autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 230 € (article R. 117 4° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation : 69 € (article R. 117 5° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée : 115 € (article R. 117 6° du CPP) ;

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale régie par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'un institut médico-légal dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer les causes et circonstances de la mort ou préciser tout élément permettant d'expliquer le décès par intoxication.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de décès par intoxication (médicamenteuse notamment).

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Analyse toxicologique, examen anatomo-pathologique.

Recommandations pratiques

- Procéder à des **prélèvements complets** des différentes matrices biologiques (sang cardiaque et périphérique, urine, contenu gastrique, bile, fragments d'organes, cheveux, poils pubiens, orifices nasaux...) pour analyse toxicologique ;
 - Saisir et placer sous scellé tous les **produits susceptibles d'avoir été utilisés**, de même que les **prescriptions médicales** découvertes sur place.
-

AUTOPSIE Décès par pendaison

TARIF :

- autopsie avant inhumation : 138 € (article R. 117 3° du CPP) ;
- autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 230 € (article R. 117 4° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation : 69 € (article R. 117 5° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée 115 € (article R. 117 6° du CPP).

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale réglée par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'un institut médico-légal dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer les causes et circonstances de la mort ou préciser tout élément permettant d'expliquer le décès par pendaison.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de décès par pendaison.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Analyse toxicologique, examen anatomo-pathologique, examen radiologique., analyse ADN en fonction des données de l'enquête

Recommandations pratiques

- Procéder à des clichés photographiques du sillon et du support de la corde ;
 - Saisir et placer sous scellé, avec toutes les précautions d'usage, la corde ou l'objet utilisé, notamment la partie où se trouvaient des nœuds sans que ceux-ci ne soient tranchés ou défaits ;
 - Faire toutes observations utiles concernant d'éventuelles traces de portée ou de saisie ;
 - Reconstituer le mode opératoire.
-

AUTOPSIE Décès par noyade

TARIF :

- autopsie avant inhumation : 138 € (article R. 117 3° du CPP) ;
- autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 230 € (article R. 117 4° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation : 69 € (article R. 117 5° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée : 115 € (article R. 117 6° du CPP).

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale réglée par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'un institut médico-légal dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer les causes et circonstances de la mort ou préciser tout élément permettant d'expliquer le décès par noyade.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Découverte d'un corps dans l'eau d'une piscine, d'un lac, d'un étang, dans la mer ...

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Analyse toxicologique complète et analyse toxicologique du strontium comme marqueur de noyade, examen anatomo-pathologique, analyse des diatomées, examen odontologique, analyse ADN.

Recommandations pratiques

- Procéder à des **prélèvements**, notamment de sang pour dosage du strontium¹ et de fragments d'organes (poumon, foie, rein, cerveau et moelle osseuse) pour recherche de diatomées (algues microscopiques) ;
- S'assurer qu'un **échantillon d'eau** a été relevé sur les lieux de découverte du corps.

¹ Cf. p 19.

AUTOPSIE

Décès par incendie

TARIF :

- autopsie avant inhumation : 138 € (article R. 117 3° du CPP) ;
- autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée : 230 € (article R. 117 4° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation : 69 € (article R. 117 5° du CPP) ;
- autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition avancée : 115 € (article R. 117 6° du CPP).

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale régie par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'un institut médico-légal dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer les causes et circonstances de la mort ou préciser tout élément permettant d'expliquer le décès par incendie.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de décès par incendie.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Analyse toxicologique, examen anatomo-pathologique, examen odontologique, analyse ADN, prélèvements de vêtements pour recherche éventuelle d'accélération et conditionnement dans des sacs plastiques étanches (en raison de la volatilité des produits).

Recommandations pratiques

- Requérir si besoin un laboratoire spécialisé en anthropologie médico-légale² pour le relevage et l'examen du corps si le corps est très altéré ;
- Prendre l'attache des services spécialisés en matière d'analyse d'accélération afin de convenir des modalités de prélèvement et de conditionnement.

² Il en existe actuellement 8 en France : l'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie Nationale, et les services de médecine légale de Nice, de Montpellier, de Garches, de Toulouse, Nancy, Marseille et de Strasbourg.

ANATOMO-PATHOLOGIE

PRELEVEMENTS

TARIF : prestation non tarifée réglementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués par les laboratoires peut être utile.

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale réglée par le ministère de la justice aux établissements publics de santé siège d'un institut médico-légal dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Prélever des tissus ou organes sur une personne décédée aux fins de rechercher tout indice utile permettant d'expliquer le décès et tout indice de crime ou délit.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Découverte d'un cadavre pour lequel il est procédé à une autopsie.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Autopsie, examen toxicologique.

Recommandations pratiques

- Tous les organes doivent être prélevés, le cas échéant par fragments, même ceux sans anomalie macroscopique ;
 - Les prélèvements doivent être réalisés en quantité nécessaire et suffisante pour permettre la réalisation de l'analyse et un éventuel contre-examen/expertise.
-

TOXICOLOGIE

T
O
X
I
C
O
L
O
G
I
E

EXAMEN TOXICOLOGIQUE DE REFERENCE

TARIF : 1006€ (circulaire SJ 06-240-AB3 du 4 août 2006)

Finalité :

Effectuer une recherche et un dosage complet de produits toxiques ou de médicaments à partir de prélèvements, aux fins de rechercher tous indices de crime ou délit.

Exemples d'utilisation dans l'enquête :

Accident mortel de la circulation, présomption de décès par intoxication ou tout décès de cause indéterminée.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Autopsie, examen anatomo-pathologique, examen de victime vivante.

Recommandations pratiques

- S'assurer de la compatibilité entre les résultats obtenus et les éléments recueillis au cours de l'enquête (notamment perquisitions ou témoignages).

TOXICOLOGIE

RECHERCHE ET DOSAGE DU STRONTIUM EN CAS DE DECES PAR NOYADE

TARIF : prestation non tarifée réglementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués par les laboratoires peut être utile³.

Finalité :

Effectuer une recherche et un dosage de strontium⁴ à partir de sang prélevé, aux fins de déterminer si la mort résulte d'une noyade.

Exemples d'utilisation dans l'enquête :

Découverte d'un corps dans l'eau d'une piscine, d'un lac, d'un étang, dans la mer ...

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Autopsie, examen anatomo-pathologique, analyse toxicologique de référence, analyse des diatomées.

Recommandations pratiques

- Conserver un second échantillon aux fins d'un éventuel contre-examen/expertise ;
 - S'assurer de la compatibilité entre les résultats obtenus et les éléments recueillis au cours de l'enquête (notamment témoignages).
-

³ A titre indicatif, dans les conclusions des travaux de la commission « nomenclature et tarification » de la Compagnie nationale des biologistes et analystes experts (CNBA), réunie le 16 mars 2006, la CNBA a fixé un tarif pour la « recherche de dosage de strontium dans un échantillon de sang et dans l'eau de noyade pour comparaison », dont le montant est de 85€.

⁴ Le strontium est un élément alcalino-terreux que l'on trouve dans l'eau. En cas de noyade, il peut être dosé dans le sang cardiaque ou encore dans le tissu cérébral et dans l'eau du lieu de découverte du corps. La comparaison des deux taux permet ensuite de diagnostiquer la noyade : ainsi, si le taux dans le sang se rapproche du taux retrouvé dans l'eau (lequel est souvent plus élevé), le diagnostic est positif.

RECHERCHE ET DETERMINATION DU TAUX D'ALCOOLEMIE

TARIF : 32.40€ en cas de recours à la chromatographie (article R. 118 1° du CPP) ;
13.50€ en l'absence de recours à la chromatographie.

Finalité :

Effectuer une recherche et un dosage des alcools à partir de sang prélevé, aux fins de déterminer le taux d'alcoolémie d'une personne.

Exemples d'utilisation dans l'enquête :

Délits routiers ou présomption de décès par intoxication alcoolique.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Autopsie, examen anatomo-pathologique, analyse toxicologique sur les stupéfiants.

Recommandations pratiques

- Conserver un second échantillon aux fins d'un éventuel contre-examen/expertise ;
 - S'assurer de la compatibilité entre les résultats obtenus et les éléments recueillis au cours de l'enquête (notamment témoignages).
-

TOXICOLOGIE

RECHERCHE ET DOSAGE DES PRODUITS STUPEFIANTS

TARIF : 216€ en cas de recours à la chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (article R. 118 10° du CPP)

40,50€ en l'absence de recours à la chromatographie.

Finalité :

Effectuer une recherche et un dosage des stupéfiants à partir de prélèvements, aux fins de déterminer la présence de produits stupéfiants et leur quantité.

Exemples d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de décès par intoxication, trafic de stupéfiants ou conduite sous l'emprise de stupéfiants.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec:

Autopsie, examen anatomo-pathologique, analyse toxicologique d'alcoolémie.

Recommandations pratiques

- Conserver un second échantillon aux fins d'un éventuel contre-examen/expertise ;
- S'assurer de la compatibilité entre les résultats obtenus et les éléments recueillis au cours de l'enquête (notamment témoignages).

RECHERCHE ET DETERMINATION DE LA PRESENCE DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES PERMETTANT UNE SOUMISSION CHIMIQUE

TARIF : prestation non tarifée réglementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués par les laboratoires peut être utile⁵.

Finalité :

Effectuer une recherche et un dosage de substances psycho-actives à partir de prélèvements, aux fins de déterminer s'il y eu une soumission chimique.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de soumission chimique suite à un viol ou une agression sexuelle.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Recherche et dosage d'alcoolémie et de stupéfiants dans le sang et les urines, analyse des cheveux ou des poils pubiens.

Recommandations pratiques

- Les prélèvements doivent être réalisés en quantité nécessaire et suffisante pour la réalisation de l'analyse et d'un éventuel contre-examen/expertise ;
 - Conserver un second échantillon aux fins d'un éventuel contre-examen/expertise ;
 - S'assurer de la compatibilité entre les résultats obtenus et les éléments recueillis au cours de l'enquête (notamment témoignages).
-

⁵ A titre indicatif, dans les conclusions des travaux de la commission « nomenclature et tarification » de la Compagnie nationale des biologistes et analystes experts (CNBA), réunie le 16 mars 2006, la CNBA a fixé un tarif pour la « recherche des agents de la soumission chimique par méthodes d'identification spectrales en MS et/ou en MS/MS » :

- urine et sang : 1.006€
- cheveux (analyse minimum trois segments) stupéfiants : 760,00€, sédatifs : 1.140€
- soumission chimique au GHB (analyse six à dix segments) : 950€.

BALISTIQUE

B
A
L
I
S
T
I
Q
U
E

ASSISTANCE A AUTOPSIE

TARIF : prestation non tarifiée réglementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués par les laboratoires peut être utile.

Finalité :

Déterminer et décrire la trajectoire précise de projectiles pour les blessures par arme à feu.

Attention : la description du trajet intracorporel d'un projectile relève de la compétence du médecin légiste, celle du trajet dans l'arme et à l'extérieur du corps relève de la compétence du balisticien.

Préciser, le cas échéant, tous éléments utiles concernant l'arme, les munitions et les douilles utilisées.

Exemples d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de décès par arme à feu ou de blessures par arme à feu.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Autopsie, examen radiologique, IRM, scanner.

Recommandations pratiques

- La détermination des trajectoires nécessite que le balisticien dispose des éléments de l'autopsie ;
- Procéder à des clichés photographiques de l'arme et des projections de sang ;
- Saisir et placer sous scellé l'arme, les munitions, les douilles, ou tout autre élément balistique ;
- Effectuer des relevés par tamponnements sur le défunt et les personnes présentes lors des faits ;
- Vérifier la compatibilité de l'usage de l'arme avec les circonstances du décès.

ASSISTANCE A RECONSTITUTION

TARIF : prestation non tarifée réglementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués par les laboratoires peut être utile.

Finalité :

Assister à la reconstitution des faits en dualité avec le médecin légiste, aux fins de fournir tous éléments utiles concernant la trajectoire de projectiles pour les blessures par arme à feu.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Présomption de décès par arme à feu.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec:

Autopsie, examen radiologique, IRM, scanner.

Recommandations pratiques

- Vérifier la **compatibilité** de l'usage de l'arme décrit par le balisticien avec le rapport du médecin légiste.

EXAMEN D'UNE VICTIME VIVANTE

TARIF : prestation non tarifée réalementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués par les laboratoires peut être utile.

Finalité :

Examiner une victime vivante, en dualité avec le médecin, aux fins de déterminer et décrire la trajectoire précise de projectiles pour les blessures par armes à feu.

Préciser, le cas échéant, tous éléments utiles concernant l'arme, les munitions et les douilles utilisées.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Suspensions de blessures par arme à feu.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Examen radiologique, IRM, scanner, examens spécialisés complémentaires (stomatologie, ORL, etc...).

Recommandations pratiques

- Vérifier la **compatibilité** de l'usage de l'arme décrit par le balisticien avec le rapport du médecin légiste.

MEDECINE LEGALE DU VIVANT

V G
I A
C R
T D
I E
M A
E V
U
E

EXAMENS MEDICAUX DE VICTIMES

EXAMEN MEDICAL D'UNE VICTIME DE VIOLENCES

TARIF : 80,5€ (article R. 117 1° b du CPP)

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale régie par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'une unité médico-judiciaire dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Effectuer un examen clinique (somatique et psychologique) de la victime, aux fins de constater toute trace de violences et de déterminer l'incapacité totale de travail (ITT) qui en résulte.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Suspicion de maltraitance physique.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Bilan radiologique, examen médico-psychologique, examen psychiatrique, analyse toxicologique.

Recommandations pratiques

- Procéder à des clichés photographiques des traces de violences ;
 - Veiller à ce que les dires de la victime (date de l'agression, heure, circonstances, agression unique ou multiple, identification de l'auteur, lien affectif ou d'autorité) soient recueillis de manière complète et dans des conditions satisfaisantes ;
 - Vérifier la **compatibilité** des constatations médicales effectuées avec les déclarations de la victime, au regard notamment de l'ancienneté des traces.
 - L'évaluation de l'ITT doit comporter également la prise en compte des symptômes psychologiques.
-

EXAMENS MEDICAUX DE VICTIMES

EXAMEN MEDICAL D'UNE VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE

TARIF : 80,5 € (article R. 117 1° b du CPP)

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale régie par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'une unité médico-judiciaire dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Effectuer un examen clinique (somatique, gynécologique et psychologique) de la victime, aux fins de constater toute trace de violences sexuelles et de déterminer l'incapacité totale de travail (ITT) qui en résulte.

Exemples d'utilisation dans l'enquête:

Suspicion d'agression sexuelle ou de viol.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec:

Bilan radiologique, examen médico-psychologique, examen psychiatrique, analyse toxicologique.

Recommandations pratiques

- Veiller à ce que les dires de la victime (date de l'agression, heure, circonstances, agression unique ou multiple, identification de l'auteur, lien affectif ou d'autorité) soient recueillis de manière complète et dans des conditions satisfaisantes ;
 - Procéder à tous prélèvements utiles (prélèvements locaux et sanguins aux fins de recherche d'infections sexuellement transmissibles - IST - ou de toxiques, ou d'analyse ADN...) ;
 - Vérifier la **compatibilité** des constatations médicales effectuées avec les déclarations de la victime.
-

**EXAMEN MEDICAL
DE PERSONNE GARDEE A VUE**

EXAMEN MEDICAL DE COMPATIBILITE AVEC UNE MESURE DE GARDE A VUE

TARIF : 57,5 € (article R. 117 1° a du CPP)

Toutefois, sous réserve des modalités locales d'application du schéma directeur de la médecine légale, ce tarif est compris dans la dotation globale réglée par le ministère de la justice aux établissements publics de santé sièges d'une unité médico-judiciaire dont un médecin effectue l'acte.

Finalité :

Déterminer l'aptitude au maintien en garde à vue d'une personne et procéder à toute constatation utile.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Toute personne placée en garde à vue.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Examen psychiatrique.

Recommandations pratiques

- Il est recommandé que l'examen médical soit pratiqué dans les lieux où se déroule la mesure de garde à vue.

RADIOLOGIE

31

R
A
D
I
O
L
O
G
I
E

EXAMENS RADIOLOGIQUES

EXAMEN AUX FINS DE DETECTION D'ACTES DE MALTRAITANCE PHYSIQUES

TARIF : prestation non tarifée réglementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués peut être utile.

Finalité :

Déterminer si une personne présente des signes de violences physiques.

Exemple d'utilisation dans l'enquête:

Suspicion de violences physiques.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec:

Examen clinique, analyse anatomo-pathologique, examen médico-psychologique.

Recommandations pratiques

- Veiller à décrire les hématomes, lésions, blessures, fractures ou infirmités que la victime présente à l'examen radiologique, et estimer leur ancienneté ;
- Vérifier la **compatibilité** des constatations médicales effectuées avec les déclarations de la victime, au regard notamment de l'ancienneté des traces.

EXAMENS RADIOLOGIQUES

EXAMEN AUX FINS DE DETECTION DE LA PRESENCE D'UN CORPS ETRANGER
Transport *in corpore* de stupéfiants

TARIF : prestation non tarifée réglementairement ; comparaison préalable des tarifs pratiqués.

Finalité :

Déterminer la présence de corps étranger (s) chez une personne.

Exemple d'utilisation dans l'enquête :

Suspicion de transport de stupéfiants *in corpore*.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Examen clinique, analyse toxicologique.

Recommandations pratiques

- Les patients sont toujours hospitalisés ;
 - Vérifier la **compatibilité** des constatations médicales effectuées avec les déclarations de la personne.
-

EXAMEN AUX FINS D'ESTIMATION DE L'AGE OSSEUX

TARIF : prestation non tarifée réglementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués peut être utile.

Finalité :

Estimer si le sujet est mineur ou majeur.

Attention : il ne s'agit que d'une estimation de l'âge chronologique du sujet. En effet, la détermination de l'âge osseux est très difficile lorsqu'il s'agit de l'âge charnière 17-19 ans. De plus, les critères morphologiques utilisés pour déterminer l'âge du sujet sont anciens. Cette mission doit comporter (selon les protocoles les plus récents) un examen clinique, une estimation de l'âge osseux, une estimation de l'âge dentaire. Une synthèse est réalisée par le médecin légiste qui estime au vu de ces différents examens si le sujet peut être mineur ou majeur.

Exemple d'utilisation dans l'enquête:

Dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative aux fins d'une éventuelle mesure de protection, ou dans le cadre d'une procédure pénale lorsque des conséquences procédurales dépendent de la détermination d'un âge mineur ou majeur.

A associer éventuellement, si les nécessités de l'enquête l'exigent, avec :

Examen clinique, examens radiologiques osseux et dentaire.

Recommandations pratiques

- Vérifier la **compatibilité** des constatations médicales effectuées avec les déclarations de la personne.

Annexe 17. Etat des protocoles par la DGOS

Etablissements	Organisation en 2012	Protocole	Commentaires
Angers	UMJ O2 / EM2 IML<300 autopsies	Signé en 2011, avenant 2012 signé	Organisation volontariste allant au-delà de ce que prévoient les circulaires. Avant la réforme, répondait déjà aux exigences d'organisation et de financement. Implication historique et coordination forte des parties prenantes
Pontoise	UMJ O2 sans EM	Signé en 2012	Organisation volontariste allant au-delà de ce que prévoient les circulaires. 2 équipes fixes pour l'examen victimes et 2 équipes pour examen de GAV (deux sites : pontoise et Gonesse).
Toulouse	UMJ O2 sans EM IML<300 autopsies	Signé en 2011 avenant signé 2012	Pas EM. Pas d'examen de GAV (20/an) et de LC (6/an) mais beaucoup de victimes (4000/an)
Boulogne/Mer	UMJ O3B / EM2	Signé en 2011 et 2012	
Nantes	UMJ O3/ EM2 IML<300 autopsies	Signé en 2011 et 2012	Organisation volontariste allant au-delà de ce que prévoient les circulaires. Examens de GAV réalisés H24 dans les locaux de la police.
Grenoble	UMJ O3/ EM4 IML <300 autopsies	Signé en 2011 et 2012	
Nîmes	UMJ O3/ EM4 IML<300 autopsies	Signé en 2011 et 2012	
Valenciennes	UMJ O3/ EM4	Signé en 2011 et 2012	Organisation volontariste allant au-delà de ce que prévoient les circulaires. Examen de GAV in situ H24
Fort de France (CH Fort de France)	UMJ O3 sans EM IML<300 autopsies	Signé en 2011 et 2012	Organisation volontariste allant au-delà des circulaires 1/3 des examens de GAV (50/an) fait par UMJ (reste vu par réseau de proximité – demande PR) qui peut absorber les 100 autres à moyens constants. Déplacement UMJ pour LC malgré absence de moyens
Dijon	UMJ O3A sans EM IML<300 autopsies	Signé en 2011 et 2012	Ne voit plus de GAV (SOS médecin).
Caen	UMJ O3 A/ EM4 IML<300 autopsies	Signé en 2011 et 2012	Organisation volontariste allant très au-delà des circulaires pour les examens de GAV réalisé H24 dans locaux de police et gendarmerie malgré EM 4 (8h/j, 6j/7)
Créteil	UMJ O1 R Pas d'IML	Signé en 2011, avenant 2012 en rédaction	Avant la réforme, l'UMJ répondait déjà aux exigences d'organisation et de financement. En accord avec le PR, 3ETP de médecins transformés en personnel paramédical en restant dans l'enveloppe allouée.
AP Marseille	UMJ O1 IML>300 autopsies	Signé en 2011, avenant 2012 en rédaction	Examens des GAV 24h/24 dans les locaux de police et de gendarmerie et examens des victimes 24h/24 dans locaux UMJ. En accord avec la juridiction, présence en journée de 3 médecins (2 mobiles pour GAV et 1 pour victimes) au lieu de 2 prévus dans le schéma + un seul médecin, la nuit, le WE et les fériés.
Amiens	UMJ O2 sans EM IML<300 autopsies	Signé en 2011, avenant 2012 en rédaction	Organisation volontariste allant au-delà de ce que prévoient les circulaires. Examens des GAV réalisés au commissariat d'Amiens IML opérationnel. Protocoles inter-établissements Amiens-St Quentin, Amiens-Creil
Brest	UMJ O3 sans EM IML<300 autopsies	Signé en 2011, avenant 2012 à la signature	
Besançon	UMJ O3 sans EM IML<300 autopsies	Signé en 2011, avenant 2012 à la signature	Organisation volontariste très au-delà des circulaires : examens GAV H24 dans locaux police et gendarmerie / 2 journées de consultations de victimes à Pontarlier
Creil	UMJ O3 sans EM	Signé en 2011 avenant 2012 à rédiger	Organisation volontariste très au-delà des circulaires : examens GAV H24 dans locaux police et gendarmerie
Metz Thionville	UMJ O3 sans EM	Signé en 2011 avenant 2012 à rédiger	Fait essentiellement des examens de victimes (2700/an). 20 GAV, 10 LC
Pau	UMJ O3 sans EM	Signé en 2011 avenant 2012 à rédiger	Organisation volontariste allant au-delà des circulaires pour les examens de GAV réalisés du lundi au samedi de 8h à 20h dans locaux police et gendarmerie malgré l'absence EM
Limoges	O3A sans EM IML < 300 autopsies	Protocole 2012 en cours d'élaboration	Moyens mutualisés mais faible activité (400 victimes/an, 100 LC/an, 30 GAV/an, 100 autopsies/an).

Montpellier	UMJ O2 / EM3 IML>300 autopsies	Signé en 2011, nouveau protocole 2012 bloqué à la chancellerie	Organisation volontariste allant au-delà de ce que prévoient les circulaires. Gros investissement sur les victimes, examen GAV sur Montpellier et agglomération.
Rennes	UMJ O3A / EM3 IML<300 autopsies	Signé en 2011 et refait 2012 mais bloqué par PR depuis avril 2013	Organisation volontariste allant au-delà de ce que prévoient les circulaires Examen de GAV et victimes H24
Perpignan	UMJ O3/ EM4	Signé en 2011 et refait 2012 mais bloqué	Aucune signature PR envisagée avant le rapport des inspections.
Tours	UMJ O3/ EM4 IML<300 autopsies	Signé en 2011 avenant rédigé 2012 bloque CA	Avenant rédigé par le PR conforme à la circulaire et au schéma d'organisation 2012 (pas de retour de la CA,) 90% des GAV Indre et Loire vus dans locaux de gendarmerie et police
Orléans	UMJ O3 sans EM	Signé en 2011, dénoncé en 2012. A rédiger	Schéma 2012: Suppression de l'EM en 2011 car coût supérieur pour le ministère de la justice à un paiement à l'acte des GAV réalisés par les médecins libéraux.
Rouen	UMJ O3B sans EM IML<300 autopsies	Signé en 2011, aucune info sur avenant 2012	Essentiellement examens de victime (4000/an). 10 GAV/40 LC en 2013. Point de vigilance : beaucoup d'examens complémentaires externalisés
Reims	UMJ O3A sans EM IML<300 autopsies	Signé en 2011 mais non actualisé 2012	
Nancy	UMJ O3A sans EM IML<300 autopsies	Protocole partiellement signé encore incomplet	IML: ministère de l'intérieur non signataire protocole. précisions à apporter concernant scellés et examens de GAV dans l'UMJ.
Evry	UMJ O2 sans EM IML >300 autopsies	Protocole 2012 en cours d'élaboration mais hors circulaire	Actuellement, organisation conforme à la circulaire mais la juridiction souhaiterait une convention entre CH Evry et SOS médecin et un reversement de la dotation du CH Evry au CH environnant pour réduire frais de justice La DGOS ne valide pas cette demande, non conforme aux circulaires et à la réglementation.
Fontainebleau	UMJ O3 / EM3	Blocage protocole CH TGI Melun par PR	Protocole CH-TGI Fontainebleau : Signé Validé/DGOS Protocole CH-TGI Melun : Validé DGOS mais Bloqué PR de Melun
Versailles	UMJ O1	Protocole validé par la DGOS novembre 2013. Consensus des acteurs locaux	L'UMJ fonctionne en O2 renforcé (9 ETP) mais 2 ETP supplémentaire en voie de recrutement pour fonctionner en O1 comme prévu par la circulaire au 1 ^{er} janvier 2014. Après consensus de tous les acteurs locaux, aménagement pour avoir 2 équipes mobiles en journée et une 3 ^{ème} de 18h à 24H et présence de 2 médecins en journée à l'UMJ pour les examens de victimes. 1 seul médecin de garde la nuit.
Bondy J.Verdier	UMJ O1	Pas de protocole en 2011 ou 2012	Effectif au trois quart complet (9/12 ETP) mais qui, même complet, ne suffirait pas pour absorber l'ensemble des GAV et victimes Insuffisance de moyens par rapport aux besoins. Mauvaises relations CH-TGI
AP-HP Garches	UMJ O1 IML >300 autopsies	Protocole non rédigé.	IML pas en capacité de réaliser le surcroît d'autopsies rapatriées de Paris. Et UMJ plus en mesure d'assurer les GAV à la DCRI de Nanterre
Lille	UMJ O2 / EM2 IML >300 autopsies	Protocole à la signature, mais point de blocage	Malentendu sur les moyens disponibles amenant la juridiction à attendre plus que l'UMJ ne peut faire. (pas d'équipe mobile h24 mais du 10j/j, 6j/7). Problème réglé fin 2013.
La Réunion	UMJ O3 sans EM	Protocole validé en 2013	Depuis la suppression de l'EM, moyens nettement insuffisants pour satisfaire aux demandes locales et prendre en compte la particularité insulaire et géographique de La Réunion (qui s'occupe aussi de Mayotte). L'absence d'EM entraîne des dysfonctionnements importants pour police et gendarmerie.
Lagny Marne- la-Vallée	UMJ O2 / EM2 IML < 300 autopsies	Protocole signé bloqué par DGOS	Organisation non conforme aux circulaires : examens psychologiques réalisés par les psychologues de l'UMJ rémunérés par les frais de justice au CH.
Lyon	UMJ O2 sans EM IML >300 autopsies	Protocole signé en 2013 non soumis à la DGOS non conforme au financement (autopsie)	En 2011, organisation non conforme (sanctuarisation au sein de la dotation de l'équivalent financier de l'EM reversée en fin d'année au TGI pour le rembourser des frais de justice payés à SOS médecin pour les GAV). En 2012, réfaction correspondant au budget de l'EM.

Bordeaux	UMJ O2 sans EM IML >300 autopsies	Protocole signé en 2012 non soumis à la DGOS	Organisation non conforme aux circulaires (financement d'actes hors forfait).
Guadeloupe (CH pointe à Pitre)	UMJ O3B sans EM IML <300 autopsies	Protocole signé en 2012 non transmis à la DGOS	Organisation et financement 2012 non conformes aux circulaires.
Clermont-Ferrand	UMJ O3 sans EM	Pas de protocole en 2011 ou 2012	Organisation et financement non conformes aux circulaires Schéma 2011: avenant délégation CHU-SOS médecins par le CHU, SOS médecins et le PR du TGI prévoyant paiement à l'acte à SOS médecin par le CHU sur son forfait
Mulhouse	UMJ O3 sans EM	Protocoles 2011 non conforme, non réécrit	Organisation et financement non conformes aux circulaires. En 2011, examens de GAV examinés par SOS médecins rémunérés avec financement de l'EM hors CPP. En 2012-13, situation bloquée avec la juridiction.
Nice	UMJ O3 sans EM IML < 300 autopsies	Protocole en rédaction en 2011 non conforme	Délai parfois pour autopsies. Beaucoup moins de médecins opérationnels.
Saint Etienne	UMJ O3 sans EM IML < 300 autopsies	Protocole 2011 non conforme	Organisation non conforme aux circulaires: rémunération SOS médecins par le CHU (vacations hospitalières) pour examens des GAV
Cayenne	UMJ O3A / EM4 IML < 300 autopsies	Schéma 2012: Protocole non rédigé.	Organisation non conformes aux circulaires : refus de l'hôpital de mettre en place l'EM
Strasbourg	O3A sans EM IML < 300 autopsies	Protocole signé en 2012 non soumis à la DGOS	Organisation non conforme aux circulaires: examens de victimes du TGI de Colmar réalisés par UMJ de Strasbourg et payés à l'acte sur frais de justice
La Rochelle	UMJ O3A	Signé en 2011	Fermeture en 2013. Décision RIM avril 2012 (pas assez d'actes) contre avis DGOS et de tous les acteurs locaux. Transfert de l'activité sur les urgences et réseau proximité

I.G.S.J

DGOS -DSJ COUT DES STRUCTURES : O3A, O3B COUT DES EQUIPERS MOBILES : EM2, EM3, EM4 COUT STRUCTURE IML +UMJ O3A+EM4 20 novembre 2012		
METROPOLE		
	ETP médecins	Coût structure (PM et PNM)
O3A (UMJ)	2,9	730 409 €
O3B (UMJ)	3,3	781 447 €
EM2	2,5	318 987,50 €
EM3	2,1	267 950 €
EM4	1,7	216 912 €
O3A (UMJ+IML)*	2,9	885 539 €
O3A (UMJ+IML)*+EM4	4,6	1 102 451 €
DOM		
	ETP médecins	Coût structure (PM et PNM)
O3A (UMJ) Guyane +20% coefficient géographique	2,9	876 491 €
O3B (UMJ) Pointe à Pitre +20% coefficient géographique	3,3	937 737 €
EM4 Guyane +20% coefficient géographique	1,7	260 294 €
O3A UMJ+IML* Guyane +20% coefficient géographique	2,9	1 062 647 €
O3A (UMJ+IML)*+EM4 Guyane +20% coefficient géographique	4,6	1 322 941 €
* UMJ+ IML: mutualisation des effectifs médicaux, c'est-à-dire pour 2012, 2,9 ETP (3,7ETP dans le schéma 2011)		

Annexe 19. Système d'information interministériel de suivi de la médecine légale

Le système d'information interministériel de suivi de la médecine légale aurait vocation à permettre une connaissance à la fois complète et précise et en temps réel de l'activité médico-légale.

A cet effet, il intégrerait, outre les actes réalisés par les IML et UMJ payés sur l'enveloppe forfaitaire recensés actuellement par l'observatoire national de la médecine légale (oNML), la totalité de ceux accomplis au sein du réseau de proximité et payés à l'acte, soit ceux confiés à la médecine libérale, aux centres hospitaliers ou dans des structures privées. Ce système permettrait également d'enregistrer l'ensemble des scellés.

Afin d'assurer un recueil de données exhaustif, cet instrument devrait être partagé par les juridictions, les services d'enquête, qu'il s'agisse de la police ou de la gendarmerie, les IML et UMJ ainsi que par l'ensemble des praticiens et des centres hospitaliers du réseau de proximité.

Processus à mettre en œuvre :

Le système préconisé reposerait sur la création d'une plateforme dématérialisée placée sous le contrôle de l'Etat pour des raisons de confidentialité et de coût. Son alimentation se ferait schématiquement de la manière suivante:

- Les prescripteurs (officiers de police judiciaire, procureurs de la République) enregistrent les réquisitions, les coordonnées du médecin libéral ou du centre hospitalier requis. La saisie de la réquisition génère automatiquement un identifiant commun à tous les acteurs. Il s'agirait d'une « commande de prestation » inspirée des plateformes de « commerce électronique » : commandes / suivi de commandes.
- Le prestataire (la structure dédiée, le centre hospitalier de proximité, le médecin libéral, le laboratoire privé ou l'association de médecins) indique que le service a été fait en précisant par exemple la date, l'heure, la nature des examens, les scellés, le tout sur la ligne afférente au numéro enregistré en amont de la réquisition.

Cet outil devrait pouvoir s'interconnecter avec le projet informatique relatif au traitement des mémoires de frais de justice actuellement en cours de développement par le ministère de la justice.

Outre la possibilité d'offrir un état dynamique des prescriptions et d'assurer leur traçabilité jusqu'à leur réalisation, il permettrait le suivi et la gestion de la dépense en répondant à quatre grands types d'objectifs :

Objectif stratégique :

- Accès des administrations centrales à la plateforme, en temps réel, leur permettant de disposer d'indicateurs afin de mieux ajuster l'offre aux besoins.

Objectif gestionnaire :

- Meilleur suivi de la dépense au niveau des juridictions et au niveau central, notamment à travers la possibilité d'un contrôle de conformité des tarifs appliqués et l'estimation précise des mémoires de frais concernant les actes complémentaires et les actes du réseau de proximité.
- Meilleure traçabilité des scellés.

Objectif opérationnel :

- Consultation par le prestataire de l'état de frais dès le paiement de l'acte par les régies ou les pôles chorus ;
- Adhésion et fidélisation des acteurs à l'exercice de la médecine légale sur réquisition ;

Objectif statistique :

- Traçabilité, via l'identifiant commun, des actes de médecine légale avec la possibilité d'établir les caractéristiques par grandes catégories (nature des examens, sexe, âge...).

Moyens à mobiliser :

- Une personne (niveau Bac+2) présente chaque jour ouvrable pour l'exploitation de la plateforme (2 ETP) (pour fonctionnement permanent, prévoir une astreinte en dehors des jours ouvrables) ;
- Hébergement de l'observatoire sur une plateforme de l'Etat sans coût supplémentaire et avec une garantie de sécurité ;
- Mise à disposition d'une application mobile et sécurisée pour les utilisateurs sur le terrain, comme les officiers de police judiciaire et les médecins libéraux qui ne disposent pas d'un outil informatique fixe ;
- Frais de développement et maintenance : environ 150 000€ (120 000€ + 30 000€) plus prestation supplémentaire pour la réalisation de l'application mobile. A priori, la mise en œuvre d'un tel outil nécessite une année de mise en place (cahier des charges, mise en concurrence, développement, tests, et formations).