



Evaluation du schéma d'organisation de la médecine légale

Rapport n° : 13074-13033-02

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, celle-ci 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.

Le rapport interministériel (IGA/IGPN/IGGN/IGSJ/IGF/IGAS), remis en janvier 2014, vise à examiner 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, pour autant, sont critiquables et ses résultats insuffisants. Il trace par conséquent également les voies d'une évolution indispensable.



L'institut médico-légal de Paris - Crédit photo : IGA

Les bonnes feuilles de l'IGA

Evaluation du schéma d'organisation de la médecine légale

Synthèse du rapport

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 désormais 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. Les préoccupations du ministère de l'intérieur de voir assurées in situ, c'est-à-dire au sein même des commissariats et des brigades de gendarmerie, les examens médicaux de compatibilité à la GAV n'ont pas ainsi été assez prises en compte. Plus de 500 ETP policiers et gendarmes sont dorénavant consacrés aux escortes vers des lieux d'examens, soit un chiffre en augmentation.

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 en apprécier les causes.

Le montant des dotations forfaitaires attribuées à ces structures apparaît souvent incertaine tandis que la tarification des dépenses restant payées à l'acte n'obéit non plus 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 in situ par le

réseau de proximité, ne manque pas d'être source d'interrogations. S'appuyer sur les médecins libéraux ou les associations de médecins urgentistes plutôt que privilégier systématiquement le recours aux UMJ (dont peu sont au domicile dotées d'équipes mobiles) serait sans doute dans nombre de cas sensiblement plus économique.

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 intempestivement accru.

Il est préconisé par conséquent des inflexions importantes au schéma mis en place. Les recommandations formulées sont de plusieurs ordres.

Elles sont d'abord de nature stratégique.

Il convient prioritairement de résorber les impayés dont l'importance trouble toute évaluation de l'activité de médecine légale et participe d'une démobilitation croissante de ses acteurs.

L'approche adoptée doit être plus globale 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 du partage de responsabilités entre les différents réseaux de praticiens pour les examens de compatibilité de garde à vue ou du 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.



Inspection générale
de l'administration
15, rue Cambacérès
75008 PARIS

Directeur de la publication :
Marc Abadie
Rédacteur en chef :
Xavier Giguet

© Inspection générale
de l'administration



Les recommandations-clés

1. 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. Rééquilibrer les efforts en faveur de l'organisation du réseau de proximité. Identifier à ce titre en premier lieu, par le biais notamment des ARS, la ressource médico-légale disponible en vue d'une structuration opérationnelle du réseau de proximité.
3. Privilégier l'examen médical in situ de la personne gardée à vue et limiter son transport à des situations particulières et recourir à un plus large éventail de médecins.
4. Faire examiner, de manière concertée par le CSML et le CSPTS, la répartition des actes de médecine légale et de police technique lors de la levée de corps.
5. 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.
6. Proscrire tout prélèvement non scellé et mettre en place au niveau des établissements de santé des plans d'apurement des stocks de prélèvements et des scellés.
7. 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) et ainsi mieux mobiliser la ressource, notamment hors grands centres urbains.
8. Réévaluer à la hausse et moduler le tarif de la levée de corps.

Les auteurs

Gilles Sanson | Inspecteur général de l'administration

Alain Bodon | Inspecteur général des finances

Dr Julien Emmanuelli | inspecteur général des affaires sociales

Claude Bard | Inspecteur général de la police nationale

Colonel Paul Barthet | Inspection générale de la gendarmerie nationale

Patrick Beau | Inspecteur général adjoint des services judiciaires

Béatrice Del Volgo | Inspectrice des services judiciaires

Carole Simmonot | Inspectrice des greffes