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. *Lettre de mission* *5*

Annexe 2. *Liste des personnes rencontrées ou contactées* *10*

Annexe 3. *Préconisations du rapport IGSJ-IGAS de 2006* *19*

Annexe 4. *Population couverte par chaque IML* *20*

Annexe 5. *TGI dotés d'une UMJ avec population couverte et classement* *23*

Annexe 6. *Nombre d'autopsies/1000 hab. aux niveaux national et international* *25*

Annexe 7. *Exemple de mobilisation des ARS dans la structuration du réseau de proximité* *26*

Annexe 8. *Convention entre le ministère de la justice et le ministère des affaires sociales et de la santé* *27*

Annexe 9. *Sujétions et coûts de la médecine légale pour la gendarmerie nationale* ... *32*

Annexe 10. *Circuit des frais de justice* *34*

Annexe 11. *Vue d'ensemble du projet de réforme du circuit des frais de justice* *35*

Annexe 12. *Chiffres clé de l'oNML* *36*

Annexe 13. *Conditions juridiques de la garde à vue* *47*

Annexe 14. *Réquisitions judiciaires médico-légales* *49*

Annexe 15. *Médecine légale en droit comparé* *54*

Annexe 16. *Référentiel des prestations médico-légales* *69*

Annexe 17. *Etat des protocoles par la DGOS* *103*

Annexe 18. *RIM du 4 avril 2012 – Organisation et coût du schéma directeur 2012* . *106*

Annexe 19. *Système d'information interministériel de suivi de la médecine légale* ... *109*

Annexe 1. Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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 forfaitaire[1], directement adressé par le ministère de la justice[2] (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 personnel[3]). Elle ne prend, en revanche, pas en compte les examens complémentaires (anatomo-pathologiques, 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 privées[4] 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° 166 « 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 1er 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 structures[5], dont :

- 24[6] ont un institut médico-légal avec du personnel médical supplémentaire comme dans le schéma initial ;
- 21 structures sont dotées d'une équipe mobile[7] 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 mutualisés[8].

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 exhaustif[9] 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 DECOUAIS, 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 KAPELLA, 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 EYSSEN, 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 Valery 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 Pole 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 chorus.

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, substitute 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-procureure 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

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA JUSTICE | **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**

CONVENTION

Entre :

Le ministère de la justice, représenté par le directeur des services judiciaires,

D'une part

Et :

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 1er : 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 1er 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 bilancielles 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 1er 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.

Fait le 25 OCT. 2013 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-Berck	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	480 886,60
C.H.U. de Clermont-Ferrand	987 615,00	493 807,50
C.H. de Creil Laënnec	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	-527 008,81
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 Abymes	1 363 335,77	681 667,88
Total	52 638 881,34	26 586 339,02
Cas particulier du CHU de La ROCHELLE		24161,5
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 heures[1]. 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 heures [2], 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'examens 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 DGGN[3], 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**.

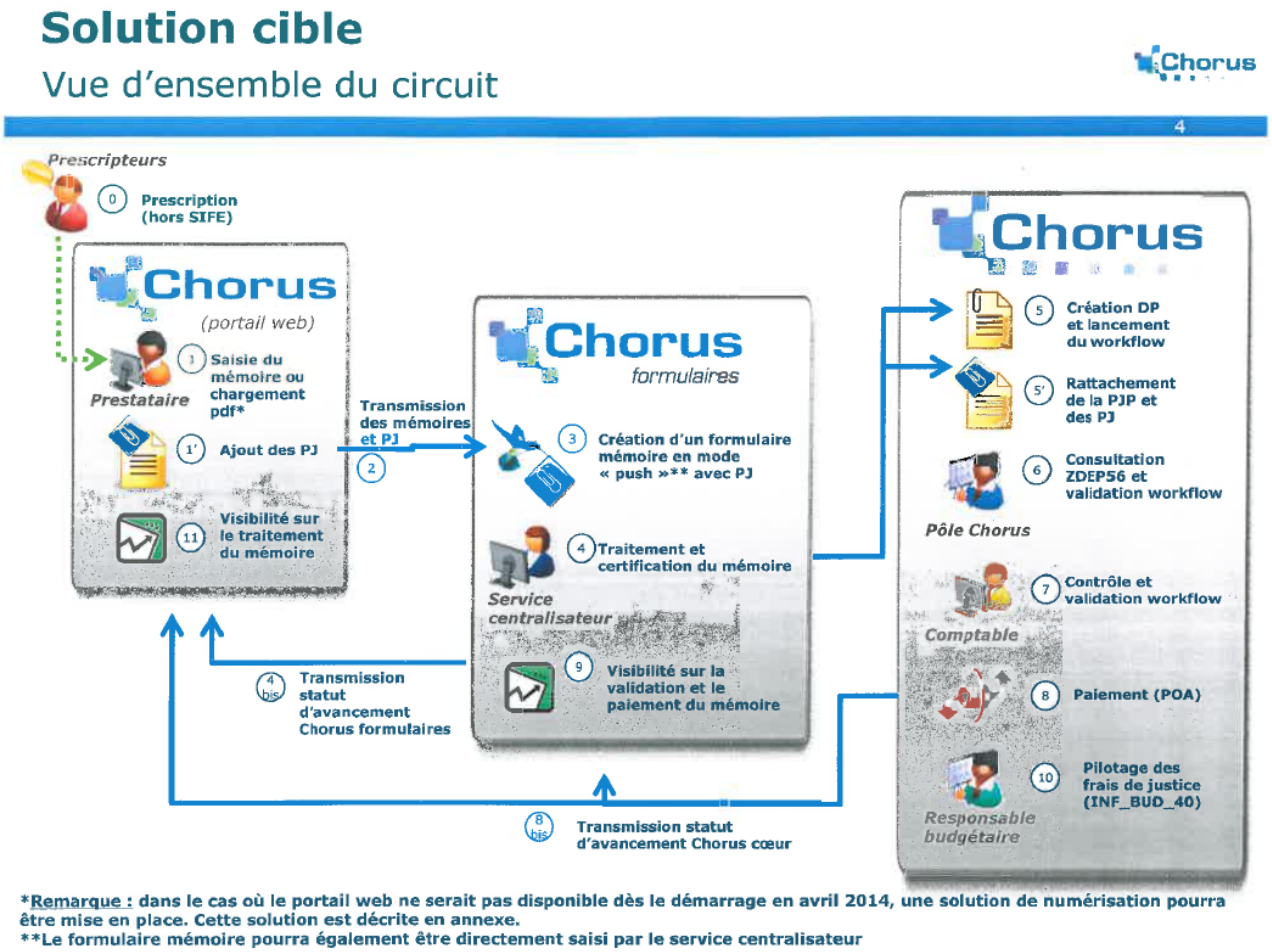
Actuellement il n'y a pas de lien entre la saisie de la prescription dans **chorus formulaire** et la saisie du mémoire dans **LMDJ,** les deux étant gérés dans des outils distincts.

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 ;

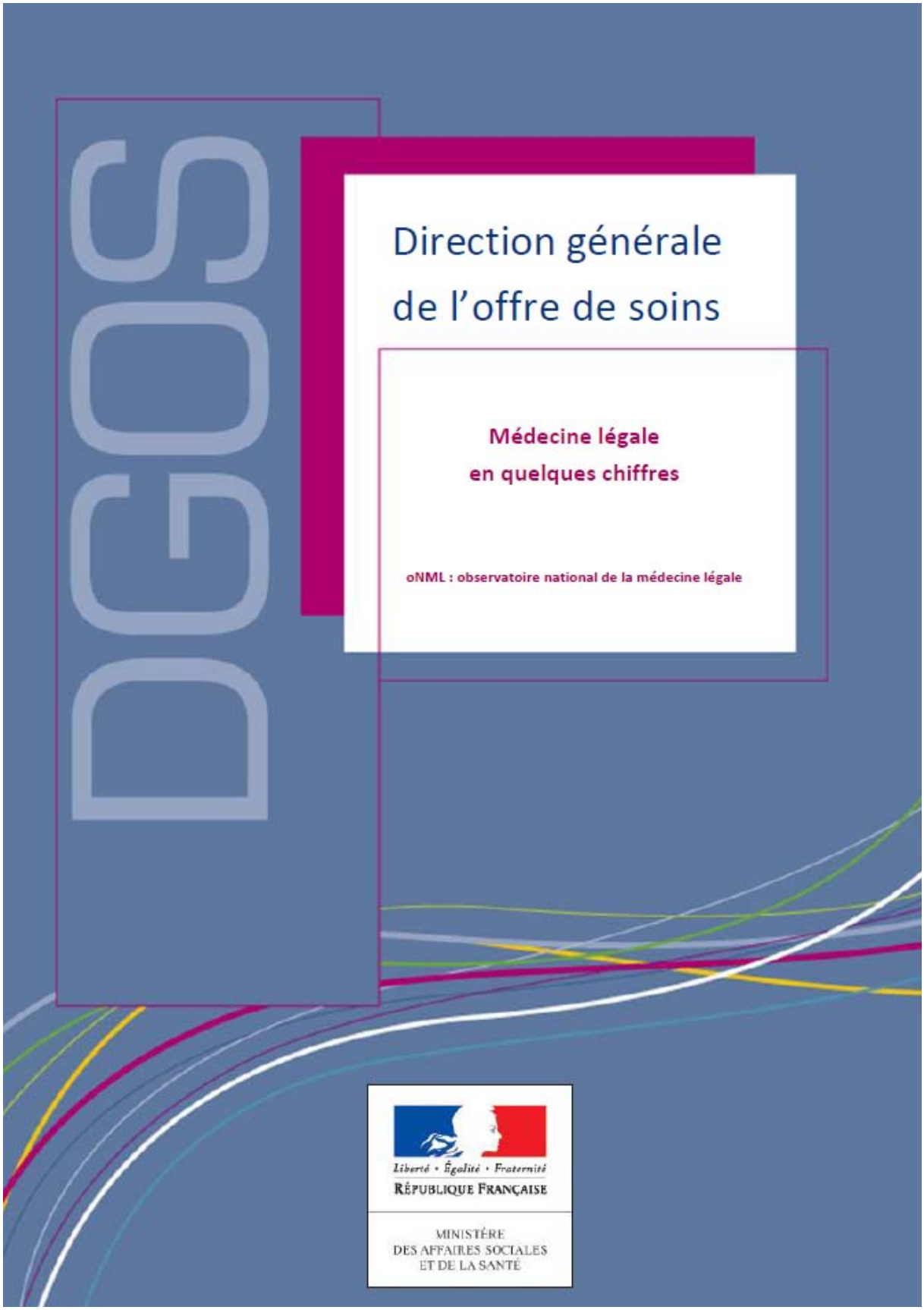
	- Après réalisation de la mission, transmission de la réquisition et du mémoire de frais au service centralisateur du TGI ayant ordonné la mesure, - Enregistrement de ces données par le service centralisateur dans LMDJ et suivi des mémoires, Certification par le greffier pour les dépenses de toute nature 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. - 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€).

Note IGSJ.

Annexe 11. Vue d'ensemble du projet de réforme du circuit des frais de justice



Annexe 12. Chiffres clé de l'oNML



Sommaire

1 - Structures :.....3
2 - Activité : 5

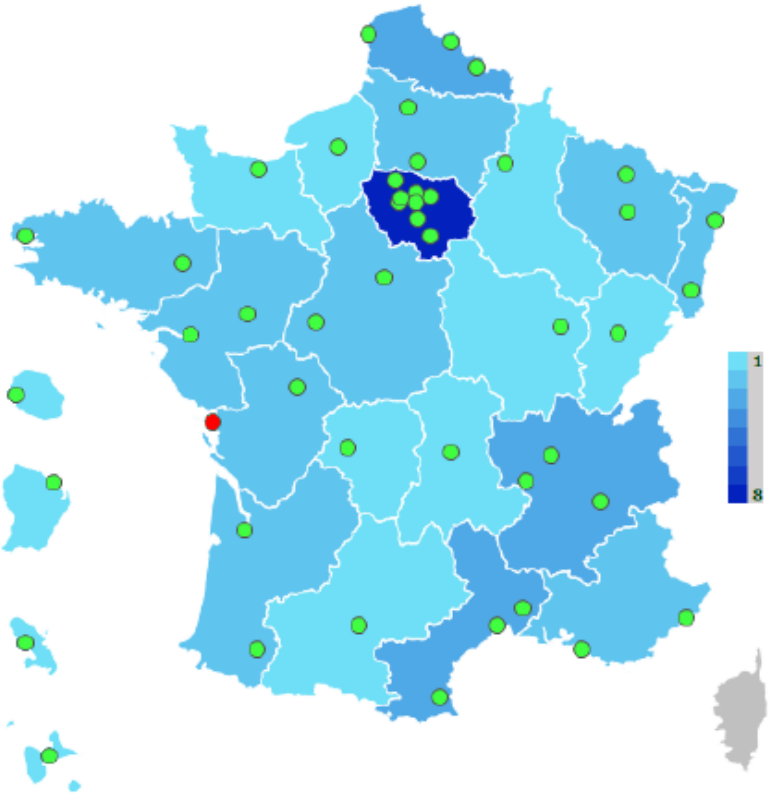
Activité 2012 détaillée par structure 8
Activité 2011 détaillée par structure 9
Activité 2012 de thanatologie des IML.....10
Activité 2011 de thanatologie des IML.....11
Annuaire :.....12

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)



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

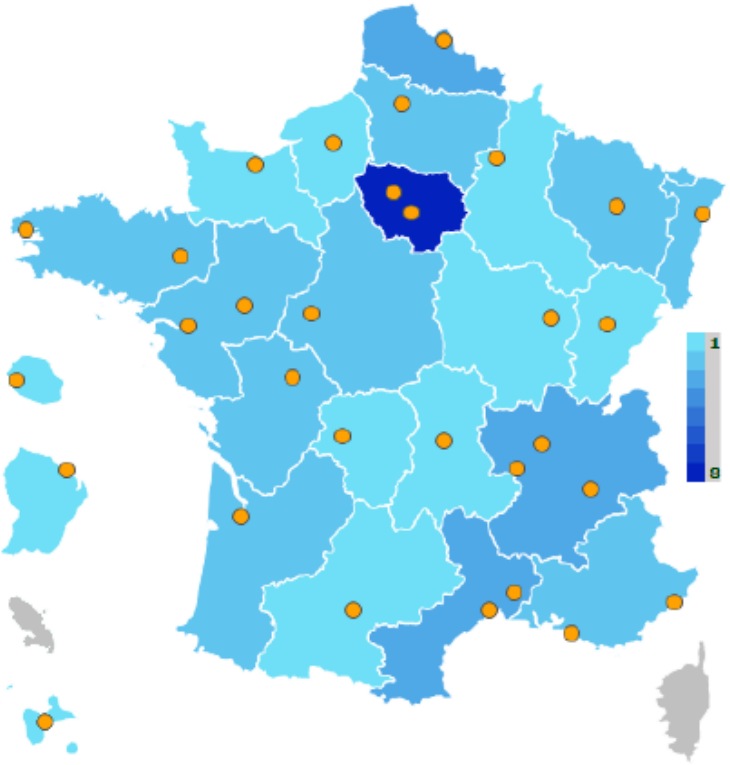
*** Fermeture de l'UMJ de La Rochelle prévue au 30 avril 2013**

Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

3

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 :

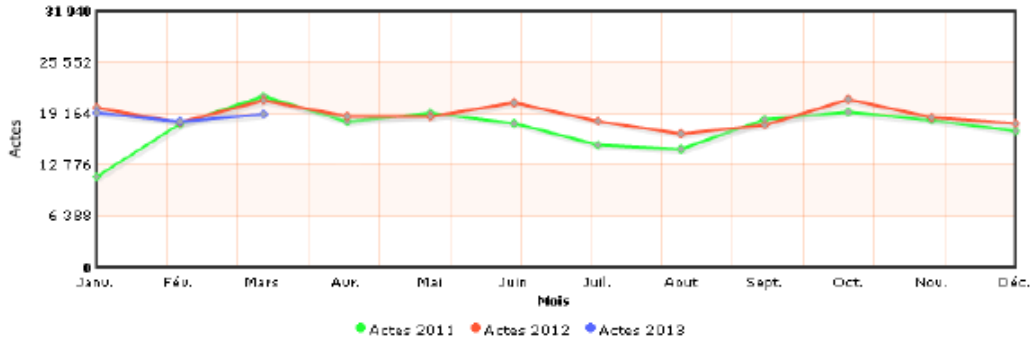
La saisie des données d'activité dans l'oNML a débuté le 15 janvier 2011.

Les tableaux et les graphiques présentés dans ce document, peuvent être déclinés par structure sur la plateforme oNML.

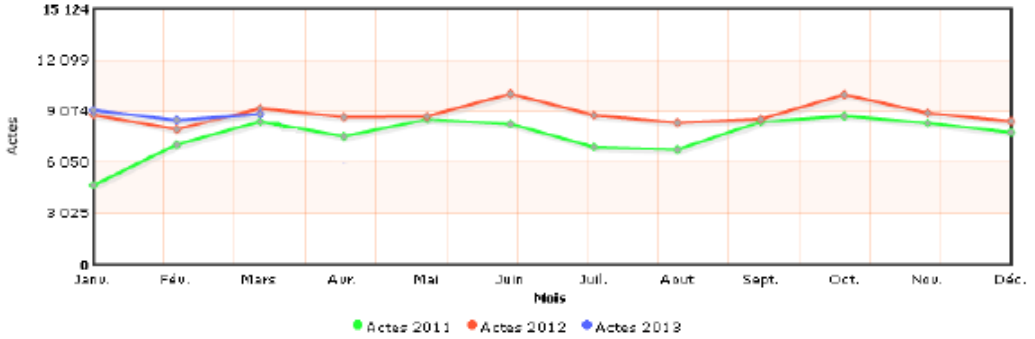
Actes	2011	2012
Autopsie :	7 208	7 639
Examen âge osseux isolé (hors GAV) :		1 290
Examen de corps isolé :	2 740	3 966
Examen psychiatrique de gardé à vue :	292	306
Examen psychiatrique de victime :	2 474	2 597
Examen somatique de gardé à vue :	98 815	97 899
Examen somatique de victime :	91 964	107 037
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



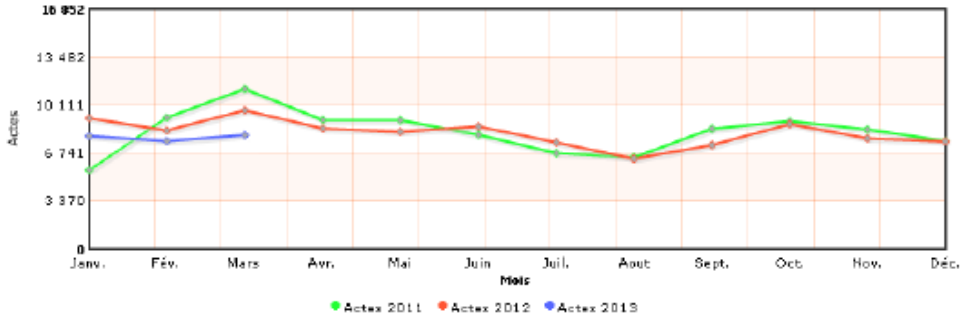
Évolution des examens somatiques des victimes par les 47 structures dédiées



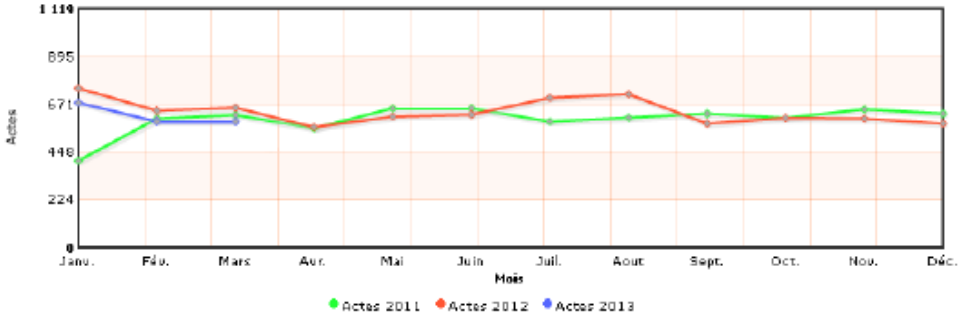
Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

5

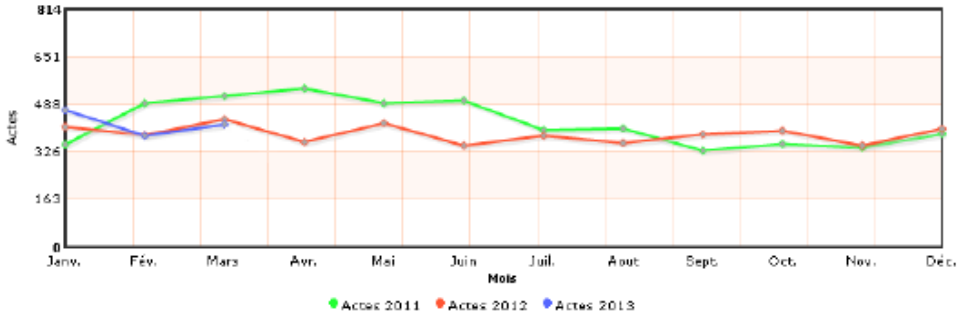
Évolution des examens somatiques des gardés à vue par les 47 structures dédiées



Évolution des autopsies réalisées par les 31 IML hospitaliers



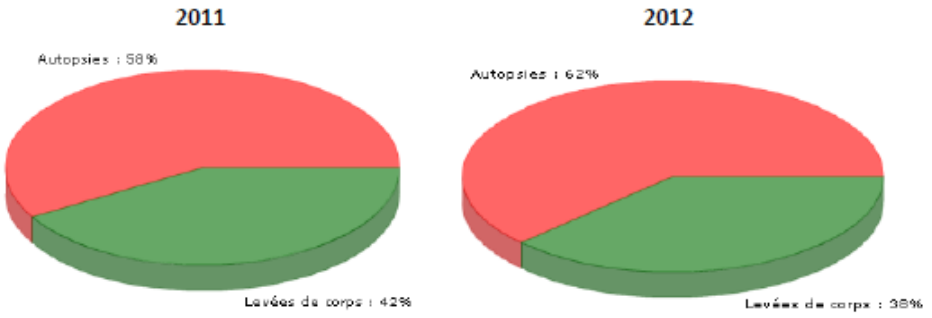
Évolution des levées de corps par les 47 structures dédiées



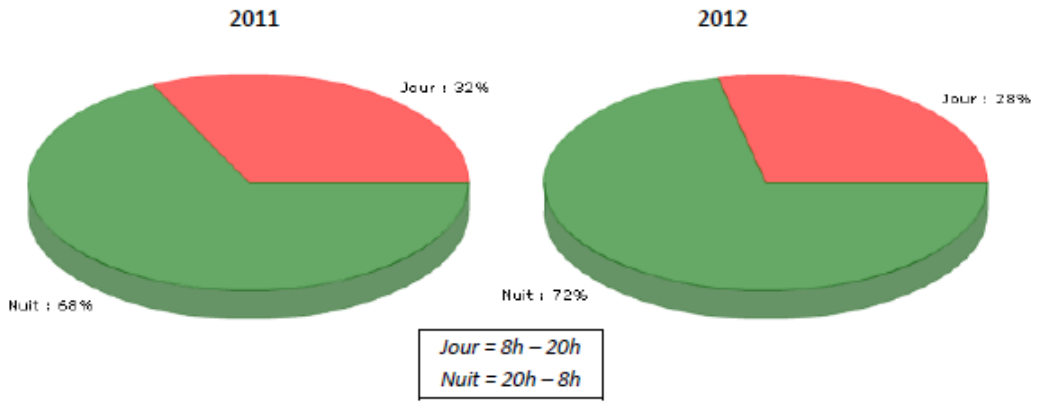
Source : DGOS - oNML/MOM/SA/ avril 2013

6

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 GAV	Examens psy. GAV	Autopsies	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. Créteil	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. 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	7	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 - oNML/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.Marne-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 Pointe-à-Pitre Abymes	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 Pointe-à-Pitre Abymes	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 Francilien	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. Au moins un des 6 objectifs légaux (art 62-2)	Crimes Délits punis d'une peine ≥ 1 an Au moins un des 6 objectifs légaux (art 62-2)	-	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* + Délai de carence de 2 h, sauf nécessités 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 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 ≥ 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* 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*
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 1ère prolongation (48ème h) A titre exceptionnel : sans présentation à la 2ème prolongation (72ème h) *Art 706-88*		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 ▫ + 24 h par le JLD ou le JI (stupéfiants & terrorisme) Décision écrite et motivée Critère : raisons impérieuses *Art 706-88 al. 6 et 7*	Gav ≤ 48 h : droit commun Gav de 48 à 96 h : ▫ examen d'office à la 1ère prolongation (48ème h) ▫ 2nd examen de droit à la demande de la personne *Art 706-88 al 4* Gav ≥ 96 h : ▫ examen d'office à chaque prolongation ▫ de droit à la demande de la personne à tt moment *Art 706-88-1 al 3*	

Tableau de présentation de la retenue et de la garde à vue du mineur

		Mineurs de 10 à 13 ans *(Art 4 I de l'Ord. 45)*	**Mineurs de 13 à 16 ans** *(Art 4 V de l'Ord.45)*	**Mineurs de 16 à 18 ans** *(Art 4 V de l'Ord.45)*
Conditions initiales de la mesure		Impossibilité de placer en garde à vue. A titre exceptionnel, possibilité d'une retenue : ▫ Crime ou délit puni d'une peine ≥ 5 ans ▫ au moins un des 6 objectifs légaux (art 62-2 CPP) ▫ accord préalable du PR, du JI ou du JE	Crimes ou délit puni d'une peine d'emprisonnement Au moins un des 6 objectifs légaux (art 62-2 CPP) Enregistrement audiovisuel (Art 4 VI de l'Ord. 45)	
Durée de la mesure	Droit commun et infractions de l'article 706-73 CPP par le PR, le JI ou le JLD	12+ 12 h Décision écrite et motivée Présentation impérative sauf circonstances insurmontable	24+ 24 h Délit puni d'une peine ≥ 5 ans Décision écrite et motivée Présentation préalable obligatoire	24+ 24 h Décision écrite et motivée Présentation préalable obligatoire
	Mineurs complice d'un majeur ayant commis une infraction de l'article 706-73 CPP par le JI ou le JLD *Art 4 VII de l'Ord.45* *Art 706-88 al 1 à 5 CPP*	-	-	+24+24h ou +48h Décision écrite et motivée Présentation obligatoire à la 1ère prolongation (48ème h), à titre exceptionnel, sans présentation à la 2ed (72ème h)
Information des tiers *Art 4 II de l'Ord 45* *Art 63-2 CPP*		Avis obligatoire au représentant légal dès le début de la mesure Report possible sur décision du magistrat pour 24 h si la mesure est prolongeable et pour 12 h si la mesure ne l'est pas Personnes avisées : parents ou tuteur ou personne ou service auquel le mineur est confié + employeur + autorités consulaires		
Examen médical *Art 4 III de l'Ord.45* *Art 63-3 CPP*		Examen médical d'office à chaque période		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 du représentant légal
Assistance de l'avocat *Art 4 IV de l'Ord.45*	**Désignation**	Par le mineur ou ses représentants légaux A défaut d'office par l'OPJ, le PR ou le JI	Par le mineur ou ses représentants légaux	
	Contenu	Entretien confidentiel de 30 min par 24h (*Art 63-4*) + Consultation de certaines pièces (*Art 63-4-1*) + Assistance aux auditions et confrontations (*Art 63-4-2*) + Délai de carence de 2 h, sauf nécessités 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*)		
	Report (critère : raisons impérieuses) *Art 63-4-2 al. 4 à 6*	Domaine : pour la consultation des pièces et/ou l'assistance pendant les actes Durée maximale de 24h : ▫ initiale de 12h par le PR ou le JI / prolongation de + 12h par le JLD si délit ≥ 5 ans (même si infractions de l'article 706-73 CPP) Décision écrite et motivée Délai de carence et report dans les conditions de droit commun		

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.

2

1.4 Les obligations du médecin.

1.4.1 Le déférement à réquisition

La réquisition est impérative et nominative. Le médecin est tenu d'y déférer. 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.

4

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

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

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 connaitre 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'examens 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.

13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Téléphone : 01 44 77 60 60
www.justice.gouv.fr

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 länder. 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 an[1].

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 (Brème, 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° 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 ou 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, Pais Basque, Galice, Communauté de Valence, Madrid et Navarre).

Au Brésil, les Instituts de médecine légale dépendent et sont fiancés 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 Institut)*** 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'examens 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 médicolégal qui estimait que les arbitrages budgétaires au sein du département de la santé lui étaient toujours défavorables car les membres du conseil municipal favorisaientt 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 fournit 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 Régina 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 Régina 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 inexpliquée 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 inexpliquée 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 « professionnalisé » : 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 (**Allemagne**[3], **Espagne**[4]) 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 (« *gerichtsmedizinische 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 experts[5], dont la rémunération est fixée par la loi du 5 mai 2004[6]. 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 médicolégaux 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 à 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] « *Justizvergütung- 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 brésiliens[7].

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 médicolégales 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 refuser[8] 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 *profesionnal 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 (*Gemeentelighe geneeshundige 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 mémento 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 trousses médicales 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-vue 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 offi*cer, 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 Medecine* 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 Physician*s 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

1

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

2

SOMMAIRE

1) THANATOLOGIE 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

2) ANATOMO-PATHOLOGIE p.15
- Prélèvements p.16

3) TOXICOLOGIE 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

4) BALISTIQUE p.23
- Assistance à autopsie p.24
- Assistance à reconstitution p.25
- Examen d'une victime vivante p.26

5) MEDECINE LEGALE DU VIVANT p.27

• Concernant les victimes
- Examen médical d'une victime de violences p.28
- Examen médical d'une victime d'agression sexuelle p.29

• Concernant les personnes gardées à vue
- Examen médical de compatibilité avec une garde à vue p.30

6) RADIOLOGIE p.31
- Détection d'actes de maltraitance physiques sur des enfants mineurs p.32
- Détection de la présence d'un corps étranger (transport *in corpore* de stupéfiants) p.33
- Estimation de l'âge osseux p.34

4

THANATOLOGIE

5

THANATOLOGIE

LEVEE 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 réglée 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.

6

THANATOLOGIE

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.

7

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.

8

THANATOLOGIE

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 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 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) projectiles (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.

THANATOLOGIE

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 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 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.

10

THANATOLOGIE

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 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 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 narinaires…) 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.

THANATOLOGIE

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.

12

THANATOLOGIE

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 strontium[1] 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] C.f. p 19.

13

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 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 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'accélérant 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-légale**[2] 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'accélérant 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

ANATOMO-PATHOLOGIE

PRELEVEMENTS

TARIF : prestation non tarifée règlementairement. 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.

16

TOXICOLOGIE

TOXICOLOGIE

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).

18

TOXICOLOGIE

RECHERCHE ET DOSAGE DU STRONTIUM EN CAS DE DECES PAR NOYADE

TARIF : prestation non tarifée règlementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués par les laboratoires peut être utile[3].

Finalité :

Effectuer une recherche et un dosage de strontium[4] 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.

TOXICOLOGIE

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).

20

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).

TOXICOLOGIE

RECHERCHE ET DETERMINATION DE LA PRESENCE DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES PERMETTANT UNE SOUMISSION CHIMIQUE

TARIF : prestation non tarifée règlementairement. Une comparaison préalable des tarifs pratiqués par les laboratoires peut être utile[5].

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€.

22

BALISTIQUE

BALISTIQUE
THANATOLOGIE

ASSISTANCE A AUTOPSIE

TARIF : prestation non tarifée règlementairement. 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.

BALISTIQUE

ASSISTANCE A RECONSTITUTION

TARIF : prestation non tarifée règlementairement. 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.

25

BALISTIQUE

EXAMEN D'UNE VICTIME VIVANTE

TARIF : prestation non tarifée règlementairement. 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 :

Suspicions 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.

26

MEDECINE LEGALE DU VIVANT

VICTIME

GARDE A VUE

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 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 :

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 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 :

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.

29

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.

30

RADIOLOGIE

EXAMENS RADIOLOGIQUES

EXAMEN AUX FINS DE DETECTION D'ACTES DE MALTRAITANCE PHYSIQUES

TARIF : prestation non tarifée règlementairement. 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.

32

EXAMENS RADIOLOGIQUES

EXAMEN AUX FINS DE DETECTION DE LA PRESENCE D'UN CORPS ETRANGER
Transport *in corpore* de stupéfiants

TARIF : prestation non tarifée règlementairement ; 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.

EXAMENS RADIOLOGIQUES

EXAMEN AUX FINS D'ESTIMATION DE L'AGE OSSEUX

TARIF : prestation non tarifée règlementairement. 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.

34

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 1er janvier 2014. Après consensus de tous les acteurs locaux, aménagement pour avoir 2 équipes mobiles en journée et une 3ème 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 surcroit 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

Annexe 18. RIM du 4 avril 2012 – Organisation et coût du schéma directeur 2012

Réforme de la médecine légale - Schéma directeur 2012 (RIM 4 avril 2012)
Implantation des structures, organisation et coût du schéma 2012 en année pleine
Hors UMJ majeur et mineur du CHU Hôtel-Dieu à Paris

	THANATO - AUTOPSIES				MEDECINE LEGALE DU VIVANT - ORGANISATIONS							Coût par établissement (en euros)	EM additionnelles
			> 300 autopsies	< 300 autopsies	1 renforcée	1	2	3B	3A	3	EM additionnelles		
Total centres			7	24	1	4	10	3	8	20	16		
		31 dont 7 mutualisés avec UMJ			46								
Métropole													
Amiens				346 522			1 044 853					1 391 375	
Angers				346 522			1 044 853				318 987	1 710 362	EM2
AP-HP J. Verdier						1 868 401						1 868 401	
AP-HP R. Poincaré			513 055			1 868 401						2 381 456	
Besançon				346 522						641 093		987 615	
Bordeaux			513 055				1 044 853					1 557 908	
Boulogne								781 447			318 987	1 100 434	EM2
Brest				346 522						641 093		987 615	
Caen				155 130					730 409		216 911	1 102 451	EM4
Clermont-Ferrand				346 522						641 093		987 615	
Créil										641 093		641 093	
Créteil					2 451 084							2 451 084	
Dijon				155 130					730 409			885 539	
Evry			513 055				1 044 853					1 557 908	
Fontainebleau										641 093	267 949	909 042	EM3
Grenoble				346 522						641 093	216 911	1 204 526	EM4
La Rochelle												0	
Lagny - Marne la Vallée							1 044 853				318 987	1 363 840	EM2
Lille			513 055				1 044 853				318 987	1 876 895	EM2
Limoges				155 130					730 409			885 539	
Lyon			513 055				1 044 853					1 557 908	
Marseille			513 055			1 868 401						2 381 456	
Metz										641 093		641 093	
Montpellier			513 055				1 044 853				267 949	1 825 857	EM3
Mulhouse										641 093		641 093	
Nancy				155 130					730 409			885 539	
Nantes				346 522						641 093	318 987	1 306 602	EM2
Nice				346 522						641 093		987 615	
Nimes				346 522						641 093	216 911	1 204 526	EM4
Orleans										641 093		641 093	
Pau										641 093		641 093	
Perpignan										641 093	216 911	858 004	EM4
Poitiers				346 522						641 093		987 615	
Pontoise							1 044 853					1 044 853	
Reims				155 130					730 409			885 539	
Rennes				346 522					730 409		267 949	1 344 880	EM3
Rouen				346 522				781 447				1 127 969	

Saint-Etienne				346 522						641 093		987 615	
Strasbourg				155 130					730 409			885 539	
Toulouse				346 522			1 044 853					1 391 375	
Tours				346 522						641 093	216 911	1 204 526	EM4
Valenciennes										641 093	216 911	858 004	EM4
Versailles						1 868 401						1 868 401	
Sous-total			*3 591 385*	*6 128 610*	*2 451 084*	*7 473 604*	*10 448 530*	*1 562 595*	*5 112 866*	*11 539 674*	*3 700 249*	*52 008 598*	
Total métropole			9 719 996		38 588 652								
Département d'Outre-Mer													
Cayenne				186 156					876 491		260 293	1 322 940	EM4
Fort-de-France										769 312		769 312	
La Réunion				450 479						833 421		1 283 900	
Pointe à Pitre				415 826				937 737				1 353 563	
Sous-total			*0*	*1 052 461*	*0*	*0*	*0*	*937 737*	*876 491*	*1 602 733*	*260 293*	*4 729 715*	
Total DOM			1 052 461		3 416 961							4 469 422	
Métropole et DOM													
Sous-total			3 591 385	7 181 071	2 451 084	7 473 604	10 448 530	2 500 632	5 989 357	13 142 407	3 960 542	56 738 611	
TOTAL général			10 772 456		42 005 613						3 960 542	**56 738 611**	

Coût des personnels médicaux et non médicaux

(Base 2009)

	Coût 2009	Coût total <u>métropole</u> (20% charges infrastructures)	Coût total <u>Guadeloupe, Martinique et Guyane</u> : coût total métropole +20% coef. géographique	Coût total <u>La Réunion</u> : coût total métropole +30% coef. géographique
ETP Médecin	106 329,00 €	127 594,80 €	153 113,76 €	165 873,24 €
ETP IDE	47 168,00 €	56 601,60 €	67 921,92 €	73 582,08 €
ETP secrétariat	42 918,00 €	51 501,60 €	61 801,92 €	66 952,08 €
ETP autre personnel	48 315,00 €	57 978,00 €	69 573,60 €	75 371,40 €
ETP agent d'amphithéâtre	32 449,00 €	38 938,80 €	46 726,56 €	50 620,44 €
ETP aide soignante	38 861,00 €	46 633,20 €	55 959,84 €	60 623,16 €
ETP cadre infirmier	57 770,00 €	69 324,00 €	83 188,80 €	90 121,20 €
Astreinte (Organisation O3, O3A et O3B)	162 297,00 €	194 756,40 €	233 707,68 €	253 183,32 €

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	1 052 647 €
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).