

Avec la participation de



Conférence de consensus

Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue

2 et 3 décembre 2004

Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille)

**TEXTE DES RECOMMANDATIONS
(version longue)**

PROMOTEURS

Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires
Société de médecine légale et de criminologie de France

COPROMOTEURS

Association des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire
Centre de documentation et de recherche en médecine générale
Conférence des bâtonniers
Conseil national de l'Ordre des médecins
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Direction des affaires criminelles et des grâces
Direction générale de la gendarmerie nationale
Direction générale de la police nationale – Inspection générale de la police nationale
Direction générale de la santé
Fédération française d'addictologie
Fédération française de psychiatrie
Fédération hospitalière de France
Ligue des droits de l'Homme
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
Société française d'alcoologie
Société française de santé publique
Société francophone de médecine d'urgence
SOS-médecins France

AVEC LE SOUTIEN DE

Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
Ministère de la Défense
Ministère de la Justice

COMITÉ D'ORGANISATION

P. CHARIOT, président : médecin légiste, Paris
M. PENNEAU, président : médecin légiste, Angers

P. ATLAN : médecin généraliste, Paris
P. BAYARD : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Paris
P. CHENIVESSE : psychiatre, La Verrière
M. CLÉMENT : Direction générale de la santé, Paris
G. COUTANT : médecin en chef, service de santé des armées, Paris
M. DEBOUT : médecin légiste, Saint-Étienne
P. DOSQUET : méthodologie Anaes, Saint-Denis La Plaine
P. ESCOBEDO : SOS-médecins France, Saint Leu La Fôret
I. GOANVIC : Direction des affaires criminelles et des grâces, Paris
C. GOURION : Conférence des bâtonniers, Montfermeil
É. HISPARD : médecin alcoologue, Paris
P. KIEGEL : médecin urgentiste, Aix en Provence
É. MARCEL : psychiatre, La Verrière
B. MARCUS : Ligue des droits de l'Homme, Paris
P. MARTEL : méthodologie Anaes, Saint-Denis La Plaine
F. MOREAU : Fédération hospitalière de France, Paris
MO. MOREAU : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris
C. PAINDAVOINE : méthodologie Anaes, Saint-Denis La Plaine
J. POUILLARD : Conseil national de l'ordre des médecins, Paris
J. RAZAFINDRANALY : commissaire divisionnaire de la police nationale, Paris
PY. ROBERT : praticien hospitalier responsable de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires, Nantes
J. TUFFELLI : médecin de santé publique, Paris

JURY

M. DEBOUT, président : médecin légiste, Saint-Étienne

Z. BOUDAUD : journaliste, Paris
S. BUSCAIL : médecin généraliste, Douai
B. COUDERT : médecin urgentiste, Meulan
C. DESCHAMPS : médiateur en santé, membre du Comité consultatif national d'éthique, Paris
JF. IMPINI : lieutenant-colonel de la gendarmerie nationale, Paris
F. JACOB : avocat, Ligue des droits de l'homme, Paris
F. LALANDE : inspectrice générale des affaires sociales, Paris
S. LAMBREMON : inspectrice générale adjointe des services judiciaires, Paris
N. MAESTRACCI : magistrat, Melun
JP RESTELLINI : médecin légiste, interniste, juriste, membre du Comité européen pour la prévention de la torture, Conseil de l'Europe, Strasbourg
A. RIBIER : cardiologue, Mâcon
P. RIOU : inspecteur général de la police nationale, Paris
I. ROY : psychiatre, Créteil
L. SCHWARTZ : avocat, Saint-Denis de La Réunion
M. VALLEUR : psychiatre, Paris
R. ZAUBERMAN : chargée de recherche, Centre national de la recherche scientifique, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, Guyancourt

EXPERTS

- X. ALBERTI : médecin généraliste, médecin légiste, Paris
É. BACCINO : médecin légiste, Montpellier
Y. BOT : procureur général, cour d'appel, Paris
N. BOUROKBA : médecin légiste, Garches
JC. BRANCHET-ALLINIEU : SOS-médecins 44 , Nantes
JM. CÉSARI : lieutenant-colonel de la gendarmerie nationale, Paris
P. CHANEZ : pneumologue, Montpellier
P. CHARIOT : médecin légiste, Paris
J. DANET : avocat honoraire, maître de conférence universitaire, Nantes
N. DANTCHEV : psychiatre, Paris
L. DAVENAS : avocat général, cour de cassation, Paris
G. DUBRET : psychiatre, Pontoise
L. FIDALGO : SOS-médecins 77 Nord, Marne-La-Vallée
A. FINKELSTEIN : gynécologue-obstétricien, Paris
F. FOULLON : médecin coordonnateur des services centraux du ministère de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales, Paris
É. HISPARD : médecin alcoologue, Paris
T. JACQUET-FRANCILLON : médecin urgentiste, Bourg-en-Bresse
D. LACOSTE : médecin interniste, praticien hospitalier responsable de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires, Bordeaux
H. LANDMAN : praticien attaché à un service médico-judiciaire, Paris
JM. LANGLARD : cardiologue, Nantes
D. LATOURNERIE : conseiller d'État honoraire et président de la Commission nationale des accidents médicaux, Paris
JP. LECOUFFE : lieutenant-colonel de la gendarmerie nationale, Versailles
E. MARGUERITTE : médecin légiste, Montpellier
A. MARTORELL : psychiatre, La Garenne-Colombes
P. MEYNIER : commissaire divisionnaire de la police nationale, Blois
P. MICHAUD : médecin alcoologue, Gennevilliers
M. PENNEAU : médecin légiste, Angers
N. POIRIER : commissaire principal de la police nationale, Vitry-sur-Seine
G. QUATREHOMME : médecin légiste, Nice
F. QUESTEL : médecin légiste, Paris
C. REY-SALMON : pédiatre, médecin légiste, Paris
JH. ROBERT : professeur universitaire de droit pénal, Paris
C. ROUGÉ-MAILLART : médecin légiste, Angers
P. SATTONNET : médecin urgentiste, Thionville
F. TEISSIÈRE : médecin urgentiste, Colombes
V. THÉPENIER : médecin légiste, médecin urgentiste, Garches
P. TIRELOQUE : commissaire principal de la police nationale, Villeneuve-Saint-Georges
D. TOUZEAU : psychiatre, Bagneux
P. VASSEUR : praticien attaché à un service médico-judiciaire, Paris
M. VELLA : praticien hospitalier responsable de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires, Draguignan
P. WERSON : médecin légiste, Évry
B. YERSIN : médecin urgentiste, Lausanne

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

- R. CLÉMENT : médecin légiste, Nantes
T. GACHES : médecin légiste, Tours
N. HUBERT : médecin légiste, Dijon
F. JOBARD : chargé de recherche, Centre national de la recherche scientifique, Centre de
recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, Guyancourt
G. LORIN DE LA GRANDMAISON : médecin légiste, Garches
JS. RAUL : médecin légiste, Strasbourg
G. TOURNEL : médecin légiste, Lille

L'organisation de cette conférence a été rendue possible grâce à l'aide logistique et financière
apportée par :
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Direction générale de la santé, Ministère
de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales, Mission interministérielle de lutte
contre la drogue et la toxicomanie

QUESTIONS POSÉES

- Question 1.** **Quelles missions, quelles limites, quel médecin ?**
- Question 2.** **Quel lieu, quelles conditions pour l'examen d'une personne en garde à vue ? Quelles suites ?**
- Question 3.** **Quelle répercussion des conditions de la garde à vue sur l'intervention et la contribution du médecin ?**
- Question 4.** **Quelle conduite médicale dans des situations particulières ?**
- Question 5.** **Quel contenu pour la réponse médicale ? Secret professionnel et responsabilité du médecin ?**

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'Anaes.

Préambule

Le fait de priver une personne de liberté crée une obligation de protection dont est chargée l'autorité judiciaire. Les conditions humaines et matérielles de la garde à vue doivent donc être respectueuses de la dignité, de l'intégrité, physique et psychique, et de la santé des personnes.

Le jury dénonce les conditions matérielles dans lesquelles sont réalisées de nombreuses gardes à vue en France. Cette dénonciation suit celles du conseil de l'Europe (Cour européenne des droits de l'Homme, Comité européen pour la prévention de la torture), de la Commission nationale de déontologie de la sécurité et du ministre de l'Intérieur lui-même (instructions du 11 mars 2003).

Le jury précise, qu'en aucun cas, l'intervention d'un médecin en garde à vue, qui devient alors nécessairement témoin de ces réalités, ne peut servir à cautionner cet état de fait inacceptable.

De même, les recommandations du jury ne doivent en aucun cas servir à donner caution à cet état de fait. Pour être applicables, elles prennent cependant en compte les conditions actuelles de la garde à vue.

Il revient aux autorités judiciaires, administratives et militaires de prendre les dispositions afin que la garde à vue se réalise selon les principes du respect des libertés fondamentales résultant des normes juridiques adoptées par la France, notamment la Constitution, la Déclaration universelle des droits de l'Homme et les recommandations du Conseil de l'Europe (annexe 1).

Le jury tient à souligner que l'amélioration des conditions d'exercice de la garde à vue consiste également en une amélioration des conditions de travail des gardiens, fonctionnaires de police et militaires, qui sont eux aussi soumis à cet environnement dégradé.

Permettre aux personnes gardées à vue de comparaître devant le juge en pleine possession de leurs moyens physiques et intellectuels fait partie du respect qui leur est dû.

La conduite des enquêtes se trouvera facilitée par des conditions de garde à vue permettant leur poursuite dans les locaux de police ou de gendarmerie, en diminuant la fréquence des transferts en milieu hospitalier.

Dans l'état actuel, le jury a conscience que les médecins sont souvent confrontés à des situations concrètes difficiles auxquelles ils doivent faire face en conscience et avec pragmatisme. C'est pour aider les médecins dans cette tâche que cette conférence a été mise en place.

Introduction

En 2003, 426 671 mesures de garde à vue ont été prises. 78 922 dépassaient 24 heures, pouvant aller jusqu'à 48 heures, voire 96 heures. Le nombre de gardes à vue connaît une augmentation régulière : moins de 300 000 au début des années 1980, environ 360 000 en 2000 et plus de 460 000 en 2004. Les causes de cette augmentation ne sont pas abordées ici.

Le jury ne se prononce en rien sur le bien fondé de la garde à vue, question qui concerne la société toute entière. Il souligne que, dans la plupart des pays, la garde à vue est utilisée.

Cependant, le jury rappelle avec force que, dans un état de droit et au sein de la patrie des droits de l'Homme, le traitement réservé à tout individu, et ce **indépendamment de sa culpabilité et de la gravité des faits qu'il est susceptible d'avoir commis**, se doit de respecter sa dignité et ses autres droits fondamentaux.

Le jury a conscience que la garde à vue en France est souvent ressentie par les personnes qui la subissent, et ce indépendamment des conditions dans laquelle elle se réalise, comme une expérience difficile psychologiquement. Certains témoignages entendus par le jury ont indiqué que, dans la conscience collective, elle peut paradoxalement paraître plus « infamante » que la mise en examen.

Depuis 1993, la loi fixe clairement les règles de la garde à vue et rappelle que la dignité, l'intégrité et la santé des personnes doivent être sauvegardées. Elle prévoit l'intervention d'un médecin à la demande de la personne gardée, d'un de ses proches ou des autorités qui la gardent.

Quel est le champ de l'intervention du médecin dans ce cadre très particulier : l'intérêt des personnes ou l'intérêt de l'enquête ? C'est pour éclairer cette problématique que le jury a répondu aux 5 questions qui lui ont été posées par le comité d'organisation de la conférence de consensus.

Le jury précise que les recommandations qui vont suivre sont applicables également au contexte de la retenue douanière.

Rappels sur la garde à vue

1. Définitions

La garde à vue est une rétention exercée par des officiers de police judiciaire (OPJ) pour les besoins de leur enquête sur « une personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre une infraction ». Il faut la distinguer de trois autres hypothèses de privation de liberté qui diffèrent par leur régime et par les autorités qui les décident :

- **l'arrestation** qui est généralement opérée par les forces de sécurité, mais constitue aussi un pouvoir donné à tout citoyen, en cas de crime flagrant ou, sous certaines conditions, en cas de délit flagrant, de se saisir de l'auteur pour le remettre entre les mains d'un officier de police judiciaire ;
- **la détention provisoire** dans un établissement pénitentiaire qui est ordonnée par un ou des juge(s), si certaines conditions limitativement énumérées par le Code de procédure pénale sont remplies et qui peut être prolongée, sous les mêmes conditions, jusqu'au jugement de l'affaire par la cour d'assises ou par le tribunal. Elle ne doit pas excéder « une durée raisonnable au regard de la gravité des faits reprochés à la personne mise en examen et de la complexité des investigations nécessaires à la manifestation de la vérité », mais peut dans certains cas atteindre plusieurs années ;
- **l'emprisonnement et la réclusion criminelle** qui sont des peines exécutées en application d'une décision de condamnation devenue définitive (c'est-à-dire qui ne peut plus faire l'objet d'une voie de recours). Elles sanctionnent des délits ou des crimes et leur durée maximum est respectivement 10 ans et la perpétuité.

D'autres mesures méritent d'être comparées à la garde à vue parce qu'elles constituent également des privations de liberté¹ :

- **la vérification d'identité**, qui permet de retenir pendant quatre heures les personnes qui, à l'occasion d'un contrôle d'identité, ont refusé ou se sont trouvées dans l'impossibilité de justifier de leur identité ;
- **la retenue d'un mineur de 10 à 13 ans** pour une durée qui ne peut excéder 12 heures lorsque des indices graves et concordants laissent présumer qu'il a commis un crime ou un délit puni d'au moins 5 ans d'emprisonnement. Cette retenue peut être prolongée une fois pour la même durée ;
- **le séjour dans une chambre de dégrisement** des personnes en ivresse publique manifeste, jusqu'à ce qu'elles aient retrouvé leurs esprits ;
- la loi prévoit encore le **maintien dans des locaux non pénitentiaires des étrangers qui se présentent aux frontières sans titre pour entrer sur le territoire** et dont il faut décider soit le refoulement soit l'admission ;
- les douanes appliquent une **retenue**, conséquence d'une capture. Il s'agit bien là d'une garde à vue, mais motivée par un soupçon de délit douanier et opérée par l'administration fiscale.

2. Fondements juridiques et historiques

Avant 1959, la garde à vue était une pratique non réglementée mais appliquée de la police judiciaire. Le droit commun de la matière est depuis 1993 réglementé par les articles 63 à 65 du Code de procédure pénale (comprenant les articles 63-1 à 63-5). Ce développement législatif est dû au souci croissant de la protection des droits de l'Homme, elle-même imposée par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (CESDH) signée par la France le 4 novembre 1950 et introduite dans notre droit interne le 3 mai 1974. À côté de la garde à vue de droit commun réglementée par les articles 63 à 65 précités, existent des formes dérogatoires et plus sévères applicables lorsque la personne retenue est suspectée d'infractions graves comme le terrorisme, le trafic de stupéfiant ou la criminalité organisée (article 706-73 du Code de procédure pénale faisant suite à la loi du 9 mars 2004 sur l'adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité).

3. Déroulement de la garde à vue

La garde à vue a pour objet immédiat de maintenir une personne suspecte à la disposition d'un officier de police judiciaire. Elle a donc pour conséquence de priver la personne qui la subit de sa liberté d'aller et de venir.

Dans le même temps, depuis les lois du 4 janvier et du 24 août 1993, elle est créatrice de droits pour la personne qui en est l'objet. Ces droits lui sont précisément accordés en raison de la privation de liberté qu'elle subit, mais aussi, pour certains d'entre eux, parce qu'elle fait l'objet d'une accusation au sens de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.

Le gardé à vue est informé de ses droits dans une langue qu'il comprend, soit oralement soit au moyen de formulaires écrits dont les commissariats et les gendarmeries conservent des exemplaires composés dans plusieurs langues.

Le gardé à vue reçoit immédiatement les informations suivantes, s'il est en état de les recevoir² :

- les motifs de la mise en garde à vue ;
- sa durée légale maximum, qui est, selon le droit commun, de 24 heures renouvelable une fois sur décision du procureur et qui peut aller jusqu'à 96 heures pour certaines infractions ;
- le droit à l'assistance d'un avocat, c'est à dire à un entretien confidentiel avec un avocat qui a été informé oralement, n'a pas accès au dossier et n'assiste pas aux interrogatoires ;

¹ L'hospitalisation d'office qui consiste à imposer des soins sans le consentement du patient en cas de trouble psychiatrique rendant ce patient dangereux pour lui-même ou pour autrui n'entre pas dans le cadre judiciaire même si le juge des libertés et de la détention peut être saisi par le patient pour que la mesure d'hospitalisation soit levée.

² La loi du 4 mars 2002 a supprimé de la liste l'avertissement du droit de se taire, quoiqu'il n'ait pas disparu.

- le droit de faire avertir (mais non d'avertir soi-même) un proche et un seul à partir de la 3^e heure sauf refus du procureur. Le proche peut alors solliciter le secours d'un médecin ;
- **le droit d'être examiné par un médecin.**

L'examen médical peut également être demandé par le procureur ou l'officier de police judiciaire.

QUESTION 1.

QUELLES MISSIONS, QUELLES LIMITES, QUEL MÉDECIN ?

La réalité des gardes à vue en France est extrêmement hétérogène, notamment pour ce qui concerne les conditions de rétention et le nombre des personnes gardées : certains locaux assurent des conditions acceptables, certains sont totalement indignes ; certains commissariats, dans les grandes villes, reçoivent plusieurs dizaines de personnes en garde à vue par jour, certaines brigades rurales de gendarmerie ne reçoivent qu'exceptionnellement une personne en garde à vue dans l'année.

Il existe également une grande variabilité quant aux médecins qui interviennent en garde à vue (médecin légistes, médecins généralistes, médecins urgentistes, psychiatres) et à leur pratique.

Un cadre juridique commun fonde pourtant les missions du médecin en garde à vue.

1. Les textes en vigueur

Le cadre juridique de l'intervention du médecin en garde à vue repose sur un certain nombre de textes législatifs et réglementaires, issus notamment du Code de procédure pénale, du Code de la santé publique et du Code de déontologie médicale. Les principaux textes qui fondent en droit la pratique et les missions du médecin appelé à intervenir en garde à vue sont rappelés en *annexe 2*.

L'examen médical peut être demandé par toute personne gardée à vue et sollicité à nouveau en cas de prolongation. Il peut également être demandé par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire à tout moment. Cet examen est également de droit si un membre de la famille de la personne gardée le demande. Il est obligatoire pour les mineurs.

Le jury recommande que l'avocat puisse également demander cet examen médical (recommandation à destination du législateur).

2. Quelles missions ?

2.1. Cadre général des missions

L'examen médical au cours d'une garde à vue est un acte médical réalisé sur réquisition judiciaire dont la finalité est en premier lieu la délivrance d'un certificat médical par lequel le médecin doit se prononcer « *notamment* » sur l'aptitude de la personne examinée à son maintien en garde à vue.

L'examen médical en garde à vue répond à plusieurs logiques parfois contradictoires :

- l'acte est d'abord un **acte médical** effectué par un médecin qui reste soumis à l'ensemble des dispositions du Code de déontologie médicale. Conformément à celui-ci, le médecin doit intervenir dans **l'intérêt du patient** et dans le respect de sa **dignité** ;
- les droits du patient à **l'accès** et à **la qualité** des soins ainsi qu'à **l'information** doivent être respectés ;
- le médecin doit s'assurer du **consentement** éclairé du patient. Ce dernier est cependant limité par la loi dans certains cas comme les agressions sexuelles où le refus par le patient de prélèvements est puni d'une sanction pénale ;
- le cadre de la relation médecin-patient est un **cadre contraint** sortant du contrat de soin habituel : absence de libre choix du médecin par la personne gardée, réquisition du médecin par l'autorité judiciaire ou policière, limite au secret médical du fait de la remise d'un certificat médical à l'autorité requérante ;
- l'acte médical a notamment pour **objectif d'éclairer l'autorité judiciaire** sur l'état de santé de la personne gardée à vue au regard de son maintien en garde à vue dans les locaux de police

ou de gendarmerie. Dans certains cas, il peut tendre à préserver des éléments de preuve, jusqu'à constituer une véritable **expertise**.

L'ensemble de ces éléments induit des contradictions de logiques. Sur le terrain, ces contradictions donnent lieu à des pratiques extrêmement diverses.

Par souci de clarté, le jury définit la mission du médecin en garde à vue autour de trois axes :

- une **mission de protection** ;
- une **mission de type expertal** ;
- une **mission d'expertise**.

Cependant, dans la pratique les frontières entre les différentes missions sont floues. La principale difficulté réside dans le fait que ces trois missions sont confiées au même médecin. A cet égard, le jury a conscience que les recommandations ne pourront pas faire disparaître certaines zones d'ombre dues à l'état actuel de la loi.

2.1.1. Mission de protection

Le fait de priver une personne de liberté crée une obligation de **protection** :

- de sa dignité ;
- de son intégrité physique et psychique ;
- de sa santé.

Cette obligation de protection est sous la responsabilité des fonctionnaires de police et des militaires de gendarmerie et sous l'autorité du procureur de la République ou du juge d'instruction.

C'est dans ce cadre, parce qu'il est compétent pour s'assurer de la santé des personnes, que le médecin intervient pour **garantir la protection de la santé** et constater d'éventuels manquements à la protection de l'intégrité et au respect de la dignité de la personne gardée.

2.1.2. Mission de type expertal

Dans certains de ces actes, le médecin exerce une mission de type expertal, réalisée dans l'intérêt de la personne gardée et/ou de l'autorité requérante et qui se distingue d'une expertise vraie au sens juridique du terme :

- sur réquisition de l'autorité judiciaire ou policière, le médecin délivre un certificat médical par lequel il se prononce sur l'aptitude à la poursuite de la garde à vue. Il s'agit là d'une garantie à la fois pour la personne gardée et pour l'autorité requérante ;
- il établit parfois un certificat descriptif de blessure. Ce dernier peut bénéficier selon les cas à la personne gardée ou à l'autorité requérante.

Le jury recommande qu'il se prononce également sur la capacité de la personne gardée à répondre aux interrogatoires, dans l'intérêt conjoint de l'enquête et de la personne gardée.

2.1.3. Mission d'expertise

Dans certains cas, le médecin n'intervient plus dans l'intérêt conjoint de la personne gardée et de la justice, mais exclusivement dans l'intérêt judiciaire en tant qu'expert désigné dans le cadre d'une mission déterminée ayant notamment pour objectif de préserver des éléments de preuve.

De façon générale, ces expertises sont rares dans le cadre de la garde à vue. Elles peuvent toutefois être ordonnées lorsqu'une procédure de comparution immédiate est envisagée et que la loi interdit de juger sans une expertise psychiatrique (c'est notamment le cas pour la plupart des infractions sexuelles).

2.1.4. Zones de chevauchement

La mission de protection et la mission de type expertal présentent en pratique des zones de

chevauchement :

- l'appréciation de l'aptitude est destinée à protéger aussi bien la personne gardée à vue (entrant dans le cadre de la mission de protection) que les services de police ou de gendarmerie, leur permettant de poursuivre l'enquête (mission de type expertal) ;
- même si l'examen médical est demandé par le patient ou obligatoire dans le but de protéger les mineurs (mission de protection), il fait l'objet d'une réquisition de l'OPJ ou du procureur de la République et oblige le médecin à se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue dans les locaux (mission de type expertal).

Le Code de déontologie précise que le médecin ne peut être à la fois médecin traitant et médecin expert. En garde à vue, il cumule des missions d'auxiliaire de justice (de type expertal, voire parfois d'expertise) et de protection de la santé. Ceci relève d'une problématique voisine et explique la difficulté de positionnement du médecin auprès de la personne gardée et de l'autorité requérante.

2.2. Actions pratiques du médecin en garde à vue

Les missions décrites dans le cadre général se déclinent sous forme d'actions spécifiques. Dans ce contexte particulier ces actions sont :

- la détermination de l'aptitude au maintien en garde à vue ;
- le soin ;
- la description de lésions éventuelles ;
- l'expertise.

2.2.1. Détermination de l'aptitude au maintien en garde à vue

La mission principale du médecin est de **certifier ou non l'aptitude au maintien en garde à vue**. Dans l'immense majorité des cas, la garde à vue a lieu dans un commissariat de police ou une brigade de gendarmerie. C'est le contexte pris en compte dans ces recommandations. Dans ce cadre le médecin peut certifier que la garde à vue :

- **peut se poursuivre** sur place et sans condition particulière ;
- **peut se poursuivre** sur place **à certaines conditions** (cf. question 3) ;
- **ne peut pas se poursuivre** sur place (cf. question 3).

Le jury rappelle que le médecin n'a pas de compétence pour apprécier l'opportunité de lever la mesure de garde à vue en elle-même. Il ne peut se prononcer que sur la **compatibilité de l'état de santé** de la personne gardée avec le **maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie**.

Le médecin doit également avoir à l'esprit que la personne gardée à vue doit être en mesure de répondre correctement aux questions posées par les enquêteurs ou par les magistrats. **À cet égard, le jury recommande, que le médecin donne des indications sur la capacité de la personne gardée à répondre aux interrogatoires**. En effet, cette capacité peut être altérée par un état d'intoxication (alcool, stupéfiants, médicaments), par la prescription d'une sédation notamment chez les sujets agités, par un état pathologique antérieur, voire par un état de sidération psychologique lié au contexte.

2.2.2. Description de lésions

Dans le cadre de son examen et de son certificat, le médecin doit, **avec l'accord de la personne** :

- rapporter toutes les doléances et allégations ayant trait à d'éventuelles violences ;
- observer et décrire avec précision les marques de traumatisme physique et les éventuels troubles psychologiques, en indiquant la durée d'incapacité totale de travail (ITT) consécutive à cet état si cela lui est expressément demandé dans la réquisition ; en effet **la fixation d'ITT n'a pas à être systématique et sa demande est à la discrétion de l'OPJ** ;
- préciser si les lésions observées sont compatibles avec les déclarations de l'intéressé ; en terme d'imputabilité des lésions, il ne peut aller au delà.

2.2.3. Mission d'expertise

Le médecin peut être requis pour :

- des prélèvements ;
- la détermination de l'âge ;
- la recherche de corps étrangers intracorporels ;
- une expertise psychiatrique.

À noter qu'un médecin spécialiste peut être requis dès lors que la demande relève de cette spécialité (psychiatrie en particulier).

2.2.4. Mission de soin et limites de l'intervention médicale

Bien qu'il intervienne dans un cadre particulier, le médecin doit agir conformément aux Codes de santé publique et de déontologie, qui prévoient une obligation de soin et de prévention.

Le médecin intervient dans l'intérêt de la personne gardée à vue.

Il doit l'informer de manière compréhensible de toutes les observations qu'il a pu faire sur son état de santé.

Il doit lui prescrire et lui faire procurer les traitements en cours devant être poursuivis ainsi que les traitements nécessaires en urgence. Il doit lui recommander les suites médicales à donner.

L'intervention médicale en garde à vue est une pratique ponctuelle dans un parcours de santé. Sauf situation d'urgence, elle ne peut être considérée comme un moment privilégié de mise en œuvre de nouveaux traitements. Cependant, concernant certains publics de gardés à vue les plus démunis ou les moins insérés socialement, elle peut constituer une des occasions rares de rencontre avec un médecin. Celui-ci doit alors savoir en saisir l'opportunité.

Le jury recommande que l'examen soit pratiqué dans l'optique du repérage des principaux risques :

- **le suicide** : il représente environ la moitié des morts en garde à vue (environ 12 décès par an, le système de recueil de données ne permettant pas d'en avoir une connaissance parfaitement fiable) ;
- **les conduites addictives** : alcool, substances illicites, médicaments psychotropes. Les données épidémiologiques sont inexistantes mais l'analogie avec la population incarcérée (50% de personnes détenues ont des problèmes d'alcool ou de consommation de substances illicites) conduit à considérer qu'il s'agit d'un problème important pour cette population ;
- **les pathologies mentales** : les données épidémiologiques sont inexistantes en France. Les experts considèrent qu'il existe un dépistage insuffisant de ces pathologies. Par référence aux études réalisées sur la garde à vue en Grande Bretagne ou en milieu carcéral en France, on peut estimer qu'il existe parmi les personnes gardées à vue une sur-représentation des troubles mentaux chroniques. A cet égard, le médecin ne doit pas hésiter à faire appel à une consultation psychiatrique chaque fois qu'il suspecte une pathologie mentale étant donnée la fréquence potentielle de ces pathologies.
- **les risques infectieux** : les données recueillies en milieu carcéral montrent que le risque de contamination par le VIH est 3 à 4 fois supérieur au risque en milieu libre. Pour les hépatites B et C, ce risque est 4 à 5 fois plus élevé. Le risque de tuberculose est rapporté, mais non documenté. Cependant, la garde à vue ne paraît pas constituer pour le jury un moment adéquat pour réaliser le dépistage de pathologies transmissibles, sauf les cas spécifiques où un tel dépistage serait utile à la protection de victimes potentielles.

■ Si la personne gardée retourne à domicile, elle redevient responsable de sa santé :

- le médecin peut demander à l'OPJ, avec l'accord de la personne gardée, qu'un courrier ou un exemplaire du dossier médical confidentiel (cf. proposition du jury dans la question 5) soit remis à lors de son élargissement à l'intéressé qui pourra, s'il le souhaite, transmettre ces informations au médecin de son choix ; ces documents doivent être conservés par l'OPJ sous enveloppe cachetée ;
- les informations médicales, avec l'accord explicite de l'intéressé, pourront être intégrées dans le dossier médical personnel (tel que prévu dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie)

lorsqu'il sera opérationnel, ce qui permettra la transmission de ces informations à tous ceux qui auront en charge ultérieurement la santé du patient. Celui-ci aura, à tout instant, la possibilité de faire soustraire de son dossier toute information qu'il jugerait ne plus devoir y figurer.

■ Si la personne gardée est incarcérée, les observations médicales devront être transmises dans le respect de la confidentialité et avec le consentement de l'intéressé, au médecin responsable de l'UCSA (unité de consultation et de soin ambulatoire de l'établissement pénitentiaire). Cette transmission pourra se faire par courrier simple, *via* le dossier médical confidentiel (cf. question 5) ou par accès au dossier médical personnel. Les documents doivent être conservés sous enveloppe cachetée.

■ **Le jury insiste sur la nécessité, pour le médecin, d'informer très précisément la personne gardée à vue du cadre de l'intervention médicale et de ses conséquences. Il doit notamment préciser les informations qui sont nécessairement transmises à l'autorité requérante et celles qui restent couvertes par le secret médical. Les principes de cette information sont :**

- **informer que le médecin agit dans tous les cas sur réquisition et doit à chaque fois se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne gardée avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie, y compris si la demande émane du gardé à vue lui-même ;**
- **informer qu'à l'issue de l'examen, un certificat déterminant cette compatibilité et décrivant des lésions éventuelles, est rédigé et remis à l'officier de police judiciaire ;**
- **informer des autres demandes éventuelles de la réquisition ;**
- **préciser qu'en dehors de ces contraintes, le médecin agit en toute indépendance et reste soumis au secret professionnel.**

C'est après cette information que la personne gardée à vue est en mesure de donner ou non son consentement éclairé à l'examen médical, d'une part, et aux constatations ou prélèvements éventuellement requis, d'autre part.

Le jury recommande l'élaboration et l'utilisation de réquisitions types sur lesquelles devront figurer :

- **l'interrogation sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie ;**
 - **la demande de constatation des éventuelles lésions ou blessures pouvant résulter de violences ou de coups. Cette demande devra comporter trois volets :**
 - **quelles sont les doléances de la personne gardée à vue ?**
 - **quelle est la nature des lésions constatées (localisation, description, datation) ?**
 - **ce constat est-il compatible avec les faits décrits par la personne gardée à vue ?**
- La demande de fixation d'ITT est laissée à la discrétion de l'OPJ ;**
- **la demande d'indications relative à la capacité de la personne gardée à vue à répondre correctement aux interrogatoires.**

Ces réquisitions types pourront être complétées en fonction des situations particulières.

3. Quel médecin ?

Il existe actuellement une grande hétérogénéité des pratiques médicales en garde à vue. Certains médecins sont habitués à cette pratique qu'ils exercent régulièrement, alors que d'autres n'interviennent qu'exceptionnellement dans un contexte qu'ils connaissent, de ce fait, très mal.

Parmi les médecins exerçant régulièrement en garde à vue, certains interviennent à titre individuel alors que d'autres sont organisés :

- soit au niveau hospitalier dans le cadre d'unités médico-judiciaires (UMJ) et inscrivent cette pratique dans le cadre plus large de la médecine légale ;
- soit au niveau libéral regroupés en associations et inscrivent leur pratique dans le cadre de l'urgence médicale.

L'indépendance du médecin est parfois fragilisée notamment :

- lorsque le seul médecin à la disposition des autorités judiciaires est le médecin traitant ou un médecin proche soit des policiers ou gendarmes requérants, soit du gardé à vue ;
- lorsque la recherche de lésions traumatiques gêne les relations du médecin requis avec les autorités requérantes ;
- dans certains cas où le médecin fait de son activité en garde à vue une part significative de son activité professionnelle.

Du fait de cette hétérogénéité et des spécificités de la pratique médicale en garde à vue, il a paru utile au jury de faire des recommandations sur les qualités requises et sur l'organisation des médecins intervenant en garde à vue.

La loi laisse actuellement le choix du médecin intervenant en garde à vue à la discrétion de l'OPJ ou du procureur de la République. Dans le but de mettre à la disposition de l'autorité requérante et des personnes gardées des **professionnels performants et indépendants**, le jury recommande d'avoir préférentiellement recours à des médecins ayant les caractéristiques décrites dans le paragraphe suivant. Ces médecins devraient être inscrits sur une **liste établie à l'initiative du procureur** de la République et **requis à tour de rôle**. Le jury a conscience que dans certaines situations urgentes ou de lieux de garde à vue isolés, le médecin appelé à intervenir ne pourra pas répondre parfaitement à ces recommandations. Mais le jury rappelle que tout médecin requis doit déférer à la réquisition (à l'exception des cas visés dans la question 5).

Le médecin intervenant en garde à vue devrait répondre au mieux aux 2 obligations :

- **d'indépendance** : il ne devrait avoir de relation privilégiée ni avec l'autorité requérante, ni avec la personne gardée ; le jury considère comme préférable que les médecins intervenant en garde à vue soient intégrés à un réseau comportant des médecins hospitaliers ou libéraux ayant cette pratique et en lien avec une UMJ de référence ; cette collégialité vise à garantir la liberté d'appréciation du praticien ;
- **de connaissances professionnelles** : ces connaissances concernent à la fois la clinique et la pratique médico-judiciaire ; pour le jury, le médecin requis devrait remplir des conditions de formation initiale^{*3} et continue validées et pratiquer ce type d'examen de façon régulière.

QUESTION 2.

QUEL LIEU, QUELLES CONDITIONS POUR L'EXAMEN D'UNE PERSONNE EN GARDE À VUE ? QUELLES SUITES ?

1. Quel lieu ?

L'article 15 du Code de déontologie médicale indique que le médecin doit disposer pour son examen d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. Il précise que le médecin doit exercer sa profession dans des conditions qui ne peuvent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Le médecin qui intervient en garde à vue doit cependant tenir compte des spécificités du contexte, qui diffèrent sensiblement de la pratique habituelle de la médecine. En effet, les forces de l'ordre sont soumises à deux impératifs :

- obtenir une intervention rapide, sollicitée généralement à la fois par l'OPJ et par le gardé à vue ;
- garantir la sécurité de cette intervention afin d'éviter les risques d'évasion ou de violences.

L'examen dans les locaux même de la garde à vue présente, à cet égard, un double avantage :

- si les conditions de sa réalisation sont souvent imparfaites tant au niveau technique qu'en termes de respect de la confidentialité, il permet cependant au médecin d'apprécier au mieux les conditions matérielles de rétention et d'évaluer les possibilités de collaboration avec les services de police et de gendarmerie, éléments susceptibles d'intervenir dans sa décision finale d'aptitude à poursuivre la garde à vue sur place ;

³ Il peut s'agir de la capacité de pratique médico-judiciaire, du DESC de médecine légale, de DU spécifiques, etc.

- il évite le déplacement dans un service hospitalier, consommateur de temps, assurant des conditions de sécurité plus aléatoires et par ailleurs coûteux en heures fonctionnaires. Rappelons que l'état de santé du gardé à vue, en lui-même, ne justifie le recours aux soins en milieu hospitalier que dans un faible pourcentage des cas (3 à 12% selon les données disponibles).

Le jury recommande de pratiquer l'examen médical dans les locaux de police ou de gendarmerie chaque fois que cela est possible.

Cette recommandation a pour conséquence :

- que le médecin est témoin des conditions de garde à vue (locaux, conditions de surveillance) souvent incompatibles avec le respect de la dignité humaine et presque toujours en contradiction avec les recommandations édictées en la matière par le Conseil de l'Europe. Ce problème est abordé dans la question 3 ;
- qu'il doit exercer la médecine dans des conditions techniques souvent insatisfaisantes.

Il existe à cet égard une grande disparité. Dans les cas les meilleurs, certains locaux sont neufs et respectent les normes. Dans les cas les pires, leur vétusté rend leur fréquentation quasi impossible. Cette disparité se retrouve en ce qui concerne les conditions de surveillance : de la présence de personnels dédiés et spécialisés à l'absence de surveillance sur place, la nuit, dans certaines brigades de gendarmerie. Une étude et un inventaire général des locaux établis par l'inspection générale de la police nationale début 2003 a révélé leur totale inadéquation dans l'immense majorité des cas et a amené le ministre de l'Intérieur, de la Sécurité et des Libertés locales à créer une mission *ad hoc* et à diffuser des instructions le 11 mars 2003. Ces instructions sur « *le respect de la dignité de la personne en garde à vue* » a imposé la désignation sur chaque site d'un officier de la garde à vue responsable de la bonne exécution matérielle de la mesure, ainsi que la programmation d'un plan pluriannuel de mise aux normes progressive des locaux, tout particulièrement avec la mise à disposition d'un local adapté à l'examen médical. Ce progrès devrait permettre d'appliquer, à moyen terme, l'article 63-3 du Code de procédure pénale dans des conditions satisfaisantes, ce qui n'est actuellement pas le cas.

Les locaux mis à disposition du médecin devraient fournir les conditions d'examens satisfaisantes qui sont détaillées dans le chapitre suivant. Les locaux ne sauraient néanmoins satisfaire à la réalisation de soins avancés tels que des sutures aseptiques ou des mesures d'investigation intra corporelles. En ce qui concerne les locaux neufs, des normes architecturales sont définies qui prennent en compte les recommandations européennes. Pour les locaux existants, un effort important doit être fait afin de permettre une réalisation des actes médicaux dans les mêmes conditions.

Une tendance que le jury approuve fortement se dessine actuellement vers la conception à moyen terme **d'hôtels de garde à vue**, regroupant, dans les grandes agglomérations, l'ensemble des gardés à vue dans des locaux adaptés sous la surveillance de personnels spécialement préparés, s'inspirant en cela de l'exemple anglais.

Le jury souhaite que le budget consenti soit rendu public et qu'un calendrier de réalisation soit fourni.

Dans l'état actuel des choses, s'il considère que les conditions minimales nécessaires à l'examen médical ne sont pas réunies, le médecin peut sur son certificat refuser de se déterminer quant à l'aptitude au maintien en garde à vue et/ou demander que la personne gardée soit examinée à l'hôpital.

De ses conditions de réalisation, autant que de son cadre légal, dépend le respect du droit des citoyens mis en garde à vue.

2. Quelles conditions ?

L'entretien du médecin avec la personne gardée doit être réalisé :

- dans **les délais les plus brefs** ;
- dans une langue ou **un langage réciproquement compris** ;
- dans **la confidentialité** ;
- dans **la confiance** ;

- dans la **sécurité**.

C'est pourquoi, et pour y parvenir, le jury préconise que l'examen soit envisagé comme suit :

- **relativement au délai** : afin de permettre au médecin, lorsqu'il est appelé, d'apprécier au mieux la situation, l'autorité requérante devrait donner des informations concernant i) l'état de la personne, ii) les contraintes de l'enquête ;
- **relativement à la langue** ou au langage et dans le cas des malentendants : un interprète ou tout service ou équipement permettant d'assurer la communication devrait être opérationnel à l'arrivée du médecin (qui doit alors prévenir de l'heure de son passage) ;
- **relativement à la confidentialité** : l'examen devrait être pratiqué à l'abri du regard et de toute écoute extérieure afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel ;
- **relativement à la confiance** : le respect est la condition pour que la parole s'installe ce qui suppose que :
 - l'examen soit pratiqué, sauf circonstances exceptionnelles à justifier dans la procédure, sur une personne libre de toute entrave dans des conditions favorisant la relation entre le praticien et la personne gardée à vue. ;
 - l'interrogatoire commence par l'énoncé des circonstances et des objectifs de l'examen médical (cf. question 1) ;
- **relativement à la sécurité** : la sécurité devrait, à terme, et à l'instar du local utilisé par l'avocat, être assurée par un bouton d'appel. Un dialogue entre les forces de sécurité et le médecin est utile afin d'envisager le meilleur déroulement possible de l'examen médical, notamment lorsque la dangerosité du gardé à vue impose de prendre certaines précautions. *In fine*, c'est le médecin qui décide des conditions dans lesquelles se déroule l'examen médical, les forces de sécurité en référant à l'autorité compétente en cas d'impossibilité.

3. Quelles suites ?

3.1. Compatibilité, compatibilité conditionnelle, incompatibilité

À l'issue du premier examen médical, plusieurs situations peuvent se présenter :

- l'état de santé de la personne est **compatible** avec son maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie sans condition particulière. Le médecin se prononce pour une durée ne pouvant excéder 24 heures. En effet, un autre examen peut alors être demandé en cas de prolongation de la garde à vue ;
- la déclaration d'aptitude est conditionnée à des aménagements. Le jury rappelle que l'usage de **certificat d'aptitude sous condition** est une solution permettant souvent, dans la pratique, de concilier les intérêts et les contraintes de chacun et recommande fortement son utilisation ; le médecin peut conditionner la compatibilité :
 - au respect d'une heure limite de rétention dans les locaux de police ou de gendarmerie ,
 - à la nécessité d'un nouvel examen à l'issue d'un délai fixé par lui ,
 - à la réalisation de soins sur place (par exemple poursuite d'un traitement antérieur ou surveillance particulière de la personne gardée) ou à l'hôpital (par exemple : injection d'insuline ou prise d'un repas équilibré pour une diabétique insulinoquérant).
 - à des conditions particulières de garde à vue (condition de rétention et de conduite de l'interrogatoire) ;
- l'état de santé de la personne est **incompatible** avec son maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie du fait de :
 - la nécessité d'examens complémentaires ou d'un avis hospitalier au terme desquels la compatibilité sera réévaluée ;
 - la nécessité de soins ne pouvant être mise en œuvre dans les locaux de police ou de gendarmerie et nécessitant une hospitalisation.

3.2. Le transfert à l'hôpital

Le transfert s'organise généralement vers une unité médico-judiciaire (UMJ) ou le service d'accueil des urgences. En cas d'urgence vitale ou fonctionnelle, il doit être fait appel au SAMU.

Le jury rappelle que l'hospitalisation n'est pas de droit et ne s'impose à l'établissement que si le médecin hospitalier confirme la décision d'hospitalisation. Dans le cas contraire, si l'état de santé

est néanmoins incompatible avec le maintien dans les locaux de police ou de gendarmerie, il revient à l'autorité judiciaire ou à l'OPJ de trouver les conditions d'hébergement adéquates ou de lever la garde à vue.

3.3. Le transfert en détention

Lorsque, au terme de la garde à vue, la personne est déférée puis incarcérée, le jury recommande que les informations médicales (lettre, dossier médical confidentiel) et les ordonnances le concernant suivent le malade dans ses affaires personnelles, aux fins d'être remises, dans le respect de la confidentialité et avec l'accord de la personne gardée, au médecin de l'UCSA (unité de consultation et de soin ambulatoire de l'établissement pénitentiaire) qui assurera la visite médicale d'admission en détention.

La détection du risque de suicide en détention, dont les facteurs de risque diffèrent notablement des facteurs habituels et dont le médecin doit être informé, fait l'objet d'un groupe de travail mené sous l'égide de l'administration pénitentiaire. Le jury recommande vivement que des instructions claires et des fiches de suivi soient élaborées rapidement pour cibler les facteurs de risque en fonction d'une échelle de gravité. Ce signalement est particulièrement important lorsque l'heure de l'incarcération est tardive ou qu'elle se fait la veille d'un week-end ou d'un jour férié.

QUESTION 3.

QUELLE RÉPERCUSSION DES CONDITIONS DE LA GARDE À VUE SUR L'INTERVENTION ET LA CONTRIBUTION DU MÉDECIN ?

La fréquente indignité des conditions de garde à vue en France a été rapportée au jury par de nombreux intervenants et est confirmée par de multiples sources (notamment les rapports du Comité européen pour la prévention de la torture et le rapport de l'Inspection générale de la police nationale du 31 décembre 2002). À cet égard, dans les instructions du 11 mars 2003, le ministre de l'Intérieur lui-même constate que *“ trop souvent encore, les conditions dans lesquelles se déroulent les gardes à vue sont insatisfaisantes en terme de respect de la dignité des personnes qui font, conformément à la loi, l'objet de ces mesures. Cette situation n'est pas à l'honneur de notre pays. Elle n'est pas admissible dans la patrie des droits de l'homme ”*.

Entre les différents participants de la garde à vue (personne gardée, enquêteurs, médecin, avocat), les intérêts peuvent diverger. **Tous s'accordent cependant sur le fait que l'on ne saurait s'accommoder de situations indignes.**

Un conflit peut donc exister pour le médecin entre :

- la constatation de conditions de garde à vue indignes ;
- les principes rappelés par l'article 10 du Code de déontologie médicale qui rappelle qu' *“ un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité ”*.

Pour résoudre ce problème, le jury rappelle que :

- le médecin requis doit se prononcer *“notamment”* sur l'aptitude au maintien en garde à vue et doit répondre aux autres questions explicitement énoncées dans sa réquisition mais n'a pas, dans le cadre de cette réquisition, à faire figurer des observations outrepassant le cadre de cette saisine. Les mentions relatives aux conditions de garde à vue n'ont donc pas lieu de figurer dans le certificat, sauf si le médecin estime qu'elles ont des conséquences directes sur l'état de santé du gardé à vue ;
- il reste évident que le médecin doit prendre en compte, dans l'estimation de cette aptitude, tout facteur exogène susceptible d'interférer sur l'état de santé de la personne gardée. Ces facteurs peuvent être ceux relatifs à l'alimentation, à la boisson, à la température, aux conditions de couchage, aux nuisances en tout genre, lorsque ces facteurs sont susceptibles de provoquer ou d'aggraver un état pathologique ;
- de plus, le médecin peut déclarer à l'OPJ ou au procureur de la République tout événement susceptible de constituer un délit ou plus généralement une situation humiliante ou dégradante.

■ **De ce fait :**

En présence d'un problème de santé incompatible avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie du fait des conditions matérielles de rétention :

- le jury recommande que le certificat médical d'aptitude soit délivré sous condition de la réalisation de certaines améliorations ou d'un transfert vers un local qui les permet. Le jury rappelle que l'hospitalisation n'est pas de droit et ne s'impose à l'établissement sanitaire que si l'état du malade réclame réellement une hospitalisation.

En l'absence de problème de santé et si les conditions de rétention sont jugées indignes par le médecin, le jury indique que ce dernier peut :

- signaler ses observations sur les conditions de garde à vue à l'OPJ ou au gradé de la garde à vue et les faire mentionner sur le registre *ad hoc* ;
- refuser de se prononcer sur l'aptitude à la garde à vue, conformément à l'article 10 du code de déontologie médicale. Il peut faire mentionner ce refus sur le registre de garde à vue. Il remet dans tous les cas un certificat où il indique que les conditions de rétention, du fait de leur indignité, ne lui permettent pas de se déterminer sur l'aptitude au maintien en garde à vue. Le jury rappelle que le médecin doit dans tous les cas se déplacer sur le lieu de garde à vue.
- dénoncer par courrier au procureur de la République les situations constituant un délit ou plus généralement toutes les situations portant atteinte à la dignité des personnes gardées.

QUESTION N°4 .

QUELLE CONDUITE MÉDICALE DANS DES SITUATIONS PARTICULIÈRES ?

1. Spécificité de l'approche médicale d'une personne en garde à vue

La pratique de l'exercice médical en garde à vue présente des particularités fortes :

- le médecin rencontre des **difficultés d'anamnèse** liées au contexte :
 - risque de fausses allégations ;
 - risque de dissimulation ;
- la garde à vue entraîne un **risque de décompensation** de certaines pathologies.

Le jury tient à rappeler les deux points suivants :

- la loi précise la nécessité d'intervenir sans délais. Les délais imposés par la procédure se distinguent de l'urgence strictement médicale voire vitale qui réclame l'intervention du service d'urgence médicale ;
- l'objectif de l'intervention médicale n'est pas de rendre l'état de santé compatible avec la garde à vue. En revanche, le médecin doit permettre à la personne en garde à vue d'être en mesure de répondre dans les meilleures conditions physiques et psychiques possibles aux interrogatoires dont elle fera l'objet.

L'approche médicale doit permettre :

- de **recueillir les doléances** du patient : le jury recommande sur ce point de distinguer les doléances médicales des doléances non médicales ;
- de **rechercher les pathologies** particulières : la prise en charge comporte en conséquence une phase de diagnostic qui peut impliquer, outre l'examen clinique, la réalisation d'examens complémentaires, éventuellement en milieu hospitalier. Le médecin peut également dans ce cadre demander un avis spécialisé, par exemple psychiatrique ;
- de **proposer les prises en charge** thérapeutiques utiles ;
- de **veiller à la continuité des soins** : le médecin doit poursuivre les traitements en cours, ce qui suppose éventuellement un contact avec le médecin traitant ou la famille. Il doit se préoccuper dans la mesure du possible de la continuité des soins en aval et notamment de la transmission des informations à l'administration pénitentiaire ou au médecin traitant ou hospitalier. Le jury rappelle que la garde à vue ne constitue pas le moment approprié, sauf cas particuliers, pour débiter de nouveaux traitements non urgents.

En dépit du lieu, l'**examen clinique** devra être soigneux et comporter notamment :

- une anamnèse ciblée sur les affections qui posent un problème en garde à vue (asthme, épilepsie, diabète, cardiopathies, addictions, maladies contagieuses, troubles mentaux) ;
- la recherche de signes d'intoxication et de signes de sevrage ;
- l'évocation d'une grossesse ;
- la recherche de signes cliniques cardio-pulmonaires anormaux ;
- la recherche de signes neurologiques déficitaires et de troubles des fonctions supérieures ;

Toute plainte concernant des violences et toute suspicion de violences subies, même en l'absence de plainte de la part de la personne examinée, doivent impliquer un examen cutané soigneux, qui nécessite de faire dévêtir la personne.

Un complément d'examen à l'hôpital peut s'avérer nécessaire si :

- les conditions d'un examen acceptable ne sont pas réunies ;
- le recours à un avis, des examens complémentaires ou un traitement en milieu hospitalier sont nécessaires.

Le médecin peut prescrire une réévaluation de l'état de santé du gardé à vue à chaque fois qu'il l'estime nécessaire.

2. Surveillance des personnes gardées et rôle des forces de l'ordre

La prise en charge médicale du gardé à vue nécessite des attentions particulières de la part des gardiens (surveillance, délivrance des médicaments) qui s'inscrivent dans le cadre de leur obligation de protection. **Ces attentions ne peuvent pas aller au delà de ce qui peut être demandé à l'entourage familial en milieu libre.** Le médecin doit préciser par écrit, sur le certificat médical, les modalités particulières de surveillance nécessaires au maintien de la garde à vue.

Le jury recommande cependant la formation continue au secourisme des personnels ayant la charge des personnes gardées à vues.

S'il existe un risque de dégradation brutale de l'état de santé de la personne alors que cet état est compatible avec le maintien en garde à vue au moment même de l'examen, le médecin requis doit en avvertir le personnel de surveillance et prendre contact, dans les situations les plus risquées, avec le médecin régulateur du Centre 15 pour organiser, par anticipation, la prise en charge et un éventuel transfert aux urgences.

Par ailleurs, la pratique révèle que certaines personnes gardées à vue sont laissées sans aucune surveillance, notamment la nuit. Pour le jury, une telle pratique n'est pas acceptable. C'est pourquoi, dans cette hypothèse, le médecin peut légitimement estimer que la personne, quel que soit son état de santé, n'est pas dans les conditions de sécurité permettant un maintien en garde à vue.

3. Pathologies et situations spécifiques

3.1. Asthme

L'allégation d'asthme en garde à vue est assez fréquente. Pour le diagnostic positif d'asthme, le jury recommande :

- un examen clinique ;
- en l'absence de symptôme évocateur à l'examen clinique, un interrogatoire recherchant des éléments pertinents de l'histoire de la maladie ;
- l'utilisation systématique du débitmètre de pointe.

La plupart des décès par asthme surviennent chez des patients sévèrement atteints, mal contrôlés dont l'état se dégrade sur plusieurs jours. Sur ce terrain, un facteur aggravant supplémentaire peut entraîner le décès. Tout arrêt intempestif de traitement, même chez un patient stabilisé, expose à la survenue d'une crise potentiellement grave. Par ailleurs, il existe un type d'asthme appelé asthme suraigu, où la symptomatologie est extrêmement brutale, pouvant évoluer vers une insuffisance respiratoire aiguë et la mort.

Au cours de la garde à vue, le stress, des facteurs environnementaux et l'arrêt des traitements peuvent concourir à l'apparition de symptômes d'asthme.

De ce fait, dès lors que le diagnostic d'asthme est retenu :

- un traitement doit être prescrit permettant :
 - l'accès au traitement de fond si nécessaire,
 - la mise à disposition de broncho-dilatateurs d'action rapide en cas de crise ;
- une surveillance adaptée doit être mise en place. Même en présence d'un patient dont l'asthme semble contrôlé, le médecin doit, en raison de la labilité de la présentation clinique, procéder à une réévaluation régulière dont la périodicité est à apprécier au cas par cas ;
- tout patient asthmatique dyspnéique doit être transféré en milieu hospitalier.

3.2. Diabète

La garde à vue, souvent associée à un stress prolongé, est un facteur de déséquilibre du diabète. Le médecin intervenant en garde à vue doit être particulièrement vigilant devant tout signe clinique potentiellement lié au diabète et d'apparition récente.

En cas de diabète insulino-requérant :

- la prise en charge des patients comprend systématiquement la mesure de la glycémie capillaire ;
- **les injections d'insuline doivent être pratiquées en milieu hospitalier** ou en présence d'un médecin ou d'une infirmière en cas d'impossibilité pratique, liée par exemple à l'éloignement d'un centre hospitalier ;
- le médecin veille à la mise à disposition de repas adéquats à heure fixe ;
- **le médecin formule des recommandations spécifiques pour la surveillance nocturne qui peut nécessiter une hospitalisation.**

En cas de diabète non insulino-requérant :

- le traitement doit être poursuivi sous réserve d'une alimentation convenable et servie à des heures régulières ;
- la constatation **clinique ou biologique** (mesure de la glycémie capillaire) d'un déséquilibre peut constituer une indication à la consultation hospitalière et à une surveillance en milieu hospitalier pendant le temps de la garde à vue.

3.3. Cardiopathies et hypertension artérielle

3.3.1. Douleur thoracique

Une douleur banale même chez un sujet jeune peut être le seul point d'appel d'une pathologie grave. En l'absence d'une notion de traumatisme, il convient d'appeler à chaque fois et immédiatement le Centre 15 pour une régulation médicale.

3.3.2. Hypertension artérielle

Les normes tensionnelles correspondent à des mesures standardisées dans des conditions de calme et de repos, qui ne sont habituellement pas celles d'une garde à vue. Les mesures tensionnelles lors d'une garde à vue sont donc difficiles à interpréter.

Il importe de différencier :

- la poussée hypertensive, fréquente et banale ne nécessitant pas de traitement particulier et devant faire rechercher des facteurs déclenchants (arrêt intempestif d'un traitement, douleur, stress, etc.)
- l'urgence hypertensive qui nécessite d'initier un traitement sans délai et qui impose l'hospitalisation ; Elle se caractérise par l'existence de signes de souffrance viscérale.

Comme pour tout traitement chronique, il est important de s'assurer de la poursuite d'un traitement anti-hypertenseur habituel. Il n'est par contre pas souhaitable de débiter un tel traitement lors d'une garde à vue.

3.3.3. Antivitamines K (AVK)

Les difficultés habituelles de la gestion d'un traitement par AVK (risque de sur ou de sous-dosage, suivi de l'INR) imposent de disposer d'un résultat récent de l'INR et d'une ordonnance mentionnant la posologie en cours de l'AVK. Au moindre doute, un avis hospitalier avec détermination de l'INR doit être recueilli.

3.4. Pathologies mentales

La sur-représentation des pathologies mentales en prison montre qu'il faut être particulièrement attentifs à ces pathologies en garde à vue.

Au moindre doute, l'évaluation du risque suicidaire ou d'un trouble du comportement requiert l'avis rapide d'un psychiatre.

Un avis psychiatrique d'aptitude à poursuivre la garde à vue ne constitue en aucun cas une expertise judiciaire pré-sentencielle (même si les constatations immédiatement réalisées pourront être utiles ultérieurement à un expert-psychiatre dans le cours de la procédure).

Le jury propose comme **contre-indications formelles** au maintien en garde à vue dans les locaux de la police ou de la gendarmerie :

- le risque suicidaire imminent tel que défini dans la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » des 19 et 20 octobre 2000 ;
- la psychose aiguë et la recrudescence délirante d'une psychose chronique ;
- l'agitation délirante ;
- l'état confusionnel qui constitue une urgence médicale.

Le jury rappelle qu'hormis l'administration ponctuelle d'un médicament symptomatique, le médecin doit en principe éviter d'instaurer tout nouveau traitement. Même en cas d'administration ponctuelle, la plus grande prudence est recommandée concernant les psychotropes pouvant modifier la vigilance et la capacité à répondre aux interrogatoires.

3.5. Conduites addictives

Dans la situation particulière de la garde à vue, le patient est systématiquement interrogé sur sa consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances psycho-actives par des questions simples dont l'intérêt est de concilier la recherche de signes d'intoxication aiguë, de sevrage et une action de santé publique.

Le sevrage en garde à vue risque d'entraîner l'impossibilité pour la personne gardée à vue de s'exprimer et de se défendre dans des conditions normales au cours des interrogatoires.

3.5.1. Alcoolisation aiguë

Le jury rappelle que **l'alcoolisation aiguë est une intoxication aiguë à l'éthanol et doit par conséquent être considérée comme toute intoxication aiguë.**

Sur le plan juridique, le placement en cellule de dégrisement pour ivresse publique manifeste (IPM) n'est pas une garde à vue. Il fait courir à la personne retenue des risques plus élevés, puisque la personne est placée dans des conditions matérielles comparables à la garde à vue, mais qu'elle ne fait pas l'objet d'une surveillance adaptée. Cette situation ne fait pas l'objet de cette conférence de consensus, mais le jury recommande que les autorités compétentes la prennent rapidement en considération.

L'intoxication aiguë à l'alcool peut réduire la douleur et/ou masquer des affections concomitantes graves. Le jury rappelle l'importance d'un examen rigoureux chez ces patients malgré leur possible réticence ainsi que de la mesure de la glycémie capillaire.

L'ivresse compliquée nécessite une hospitalisation en conformité avec la conférence de consensus du 4 avril 1992 sur « l'intoxication éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence ».

La mesure du taux d'éthanol ne fait que documenter la présence du toxique dans l'organisme. Elle n'est pas indispensable pour le diagnostic de l'intoxication éthylique aiguë isolée non compliquée. En revanche, si l'anamnèse et l'examen clinique sont discordants, l'éthanolémie est dosée. Il en est

de même si l'évolution clinique est inhabituelle. Dans ces circonstances, il faut rechercher un autre diagnostic, quelle que soit l'éthanolémie, *a fortiori* si elle est basse ou nulle. Le jury rappelle que si ce dosage est pratiqué dans le but d'évaluer une possible aggravation à moyen terme, il doit l'être au minimum à deux reprises.

3.5.2. Dépendance alcoolique

Le syndrome de sevrage à l'alcool a une évolution imprévisible et peut être parfois mortel. Le jury recommande la recherche systématique d'une dépendance à l'alcool afin de prévenir l'apparition d'un syndrome de sevrage.

Le questionnaire DETA (Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **T**rop ? Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool dès le matin pour vous sentir en forme ?), habituellement utilisé pour dépister le mésusage voire une dépendance à l'alcool (4^e question) peut être utilisé et éventuellement complété par les questions suivantes qui précisent les caractéristiques de la consommation récente d'éthanol (questionnaire non validé) :

- est-ce qu'il vous arrive de boire de l'alcool ?
- si oui, tous les jours ?
- si oui, depuis combien de temps ?
- combien de verres en moyenne ?
- est-ce qu'il vous arrive de trembler le matin au réveil ?
- avez-vous bu de l'alcool au cours des 24 dernières heures ?
- si oui, en quelle quantité et à quand remonte votre dernier verre ?

L'intensité d'un syndrome de sevrage peut être évalué par le score de Cushman (*annexe 2*).

3.5.3. Toxicomanie (drogues illicites)

■ Il s'agit le plus souvent de sujets jeunes présentant une polytoxicomanie ou du moins un usage de plusieurs substances psycho-actives (opiacés, excitants, benzodiazépines, alcool).

Les risques liés à une intoxication aiguë doivent en premier lieu être évalués. Les difficultés devant des troubles de conscience ou une agitation pour évaluer le statut toxicologique du sujet font qu'au moindre doute une orientation hospitalière pour une surveillance clinique rapprochée doit être organisée.

■ Les personnes gardées à vue recevant un traitement de substitution des opiacées :

- Elles doivent pouvoir bénéficier de la continuité des soins en accord avec la conférence de consensus « stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution » des 23 et 24 juin 2004. Le médecin doit s'assurer de la réalité et des modalités du traitement en prenant si possible contact avec le CSST (Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomane) du patient ou avec son médecin prescripteur. Dans certains cas, des membres du CSST peuvent être admis à intervenir en garde à vue.
- En cas de doute, les syndromes de sevrage n'apparaissant qu'après un délai assez long (plus de 24h pour la méthadone, généralement plus de 48h pour la buprénorphine), la décision peut être différée et une deuxième visite s'avérer nécessaire.
- La buprénorphine, par sa relative innocuité (pas ou peu de risque de surdosage), peut être utilisée assez facilement en cas de signe de sevrage. Il paraît donc utile que le médecin intervenant en garde à vue en dispose dans sa mallette de visite.
- Pour la méthadone, en cas de signes de sevrage et de certitude du moment de la dernière prise, la dose habituelle doit être prescrite. Dans le doute, et pour un dosage supérieur à 40 mg, le risque de surdosage impose le recours à une consultation hospitalière.

Le jury rappelle que la garde à vue ne devrait pas être le moment d'une initialisation d'un traitement de substitution aux opiacés en accord avec la conférence de consensus « stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution » des 23 et 24 juin 2004.

Le recours à la prescription de benzodiazépines doit dans tous les cas être prudent et limité (risque de surdosage, de trouble de la vigilance, d'effets paradoxaux).

3.6. Risque infectieux

Le risque infectieux concerne à la fois la personne gardée à vue et le gardien.

La diminution du risque d'infection passe par des règles d'hygiène universelle qui renvoient aux conditions matérielles de la garde à vue. Le jury recommande la mise à la disposition de tous les acteurs de la garde à vue, de gants, de gel hydroalcoolique contenant de la chlorhexidine et d'un lieu adapté pour assurer l'hygiène corporelle.

Les principaux risques infectieux sont à évaluer en fonction des situations et des liquides biologiques concernés.

Lors d'accidents d'exposition au sang (AES) les centres référents doivent être contactés. Le jury recommande que chaque site de garde à vue dispose des coordonnées précises de ces centres de référence.

La garde à vue ne paraît pas constituer pour le jury un moment adéquat pour réaliser le dépistage de pathologies transmissibles, sauf les cas spécifiques où un tel dépistage serait utile à la protection d'une victime potentielle. Si le patient est incarcéré, une transmission des informations utiles au médecin pénitentiaire est souhaitable.

3.7. Problèmes spécifiques chez les femmes en garde à vue

Les femmes sont rarement mises en garde à vue, mais lorsqu'elle y sont placées il convient de veiller au respect des règles de séparation des sexes.

3.7.1. Grossesse

La grossesse à 8 mois est une contre-indication à la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie même si l'examen clinique est normal, un accouchement pouvant alors survenir à tout moment. En début de grossesse supposée, une discordance entre allégations et examen clinique impose la réalisation d'un test.

La constatation à l'examen clinique général d'une douleur pelvienne ou d'un saignement anormal impose le transfert à l'hôpital.

Dans le cas tout à fait exceptionnel d'une garde à vue survenant alors qu'une IVG est prévue et que le terme légal des 14 semaines d'aménorrhée est proche, le médecin examinateur peut décider d'une incompatibilité et faire hospitaliser la patiente dans le milieu hospitalier où l'intervention est prévue.

3.7.2. Cycle menstruel

Toute femme utilisant un contraceptif oral doit pouvoir l'obtenir facilement (affaires personnelles, famille), sinon il est nécessaire de lui proposer une méthode de remplacement et en cas de refus de l'informer des risques encourus.

Concernant l'hygiène, il est préconisé la mise à disposition de toilettes respectant l'intimité de la femme et la mise à disposition de protections féminines s'il y a lieu.

3.8. Mineurs en garde à vue

■ Fragilité particulière des mineurs

Si les mineurs sont généralement en bonne santé, ils peuvent être dans une situation de très grande fragilité psychique avec un risque non négligeable de décompensation et de passage à l'acte.

Si on ne dispose pas de données précises sur l'état de santé des mineurs en garde à vue, les données existantes sur les mineurs détenus conduisent à estimer qu'un nombre important d'entre eux est en situation de grande précarité. On observe notamment que les 2/3 des détenus mineurs n'ont jamais bénéficié de suivi médical régulier et que la moitié des adolescentes et le quart des adolescents sont porteurs de maladies sexuellement transmissibles.

La mesure de garde à vue concerne également un grand nombre de mineurs étrangers isolés pour lesquels l'examen se révèle particulièrement difficile.

Cette situation conduit à recommander une attention particulière à l'égard des mineurs.

■ Cadre réglementaire

Un mineur entre 10 et 13 ans ne peut faire l'objet d'une garde à vue, mais d'une mesure de retenue qui ne peut être supérieure à 12 heures et qui peut être prolongée de façon exceptionnelle pour une nouvelle durée de 12 heures. Dans ce cas, l'examen médical est obligatoire dès le début de la retenue et au début de la prolongation éventuelle.

Lorsque le mineur est âgé de 13 à 16 ans, l'examen médical est obligatoire dès le début de la garde à vue et au moment de la prolongation éventuelle.

Le jury estime que cette obligation devrait être étendue aux mineurs de 16 à 18 ans. (recommandation à destination du législateur).

■ Examen médical

Le mineur comme le majeur peut refuser l'examen médical. Si le médecin ne parvient pas à le convaincre de s'y soumettre, ce refus doit être noté dans le certificat médical.

D'une manière générale, l'examen médical du mineur ne diffère pas de celui du majeur.

Le médecin est toutefois délié du secret médical lorsqu'il fait des constatations qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises, quelle que soit leur nature. Il est alors tenu de porter ces faits à la connaissance du procureur de la République sans qu'il soit nécessaire de recueillir l'accord du mineur.

3.9. Crimes de sang ou agressions sexuelles

La gravité de l'infraction supposée ne doit pas entamer la neutralité du médecin dans son exercice (art. 7 du Code de déontologie).

En situation de flagrance, la sidération psychique du gardé à vue est à prendre en compte dans l'appréciation de son aptitude au maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie.

Bien que requis par l'autorité judiciaire pour effectuer des prélèvements sanguins de dépistage des maladies sexuellement transmissibles chez les auteurs présumés d'agression sexuelle (art. 706-47-1 du code de procédure pénale), le médecin doit obtenir le consentement du gardé à vue (article 36 du Code de déontologie). Le jury recommande que le médecin avertisse lui-même le gardé à vue des conséquences pénales de son refus. Le médecin qui a prescrit un examen de dépistage de maladies sexuellement transmissibles doit s'assurer de la transmission des résultats au sujet (convocation ultérieure, transmission des résultats au médecin traitant, à l'UCSA le cas échéant). Pour la victime, il doit être organisé un suivi soit dans un centre de référence, soit dans une UMJ.

3.10. Dissimulation intracorporelle de stupéfiants

Trois situations sont habituellement rencontrées:

- ingestion par voie orale de boulettes (*body packers*) à visée de transport intracorporel ;
- dissimulation dans les cavités naturelles à visée de transport intracorporel ;
- déglutition immédiate (avaleurs ou *body stuffers*) en cas d'interpellation inopinée.

Le diagnostic positif est radiologique, avec la prudence qui s'impose chez la femme enceinte ou susceptible de l'être.

L'anamnèse peut permettre d'apprécier la gravité de la situation (substance, provenance, quantité, qualité des emballages).

Le jury recommande la plus grande prudence pour les touchers pelviens (risque de rupture des paquets) qui ne sont pas imposés et sont obligatoirement réalisés en milieu hospitalier.

La constatation de signes patents d'intoxication ou de risque d'intoxication par rupture des emballages de mauvaise qualité nécessite le transfert médicalisé sans délai à l'hôpital pour examens spécialisés et traitement.

3.11. La mort en garde à vue

La mort en garde à vue pose la question d'une éventuelle responsabilité d'une institution ayant décidé la privation de liberté d'une personne et responsable de sa surveillance. Les résultats des enquêtes réalisées par les autorités compétentes pour déterminer les causes et les circonstances de ces décès devraient être publiés, dans le respect des dispositions législatives relatives au secret de l'enquête et de l'instruction.

Le décès en garde à vue est un drame qui laisse les familles et les proches dans un profond désarroi et pose toujours des problèmes majeurs de responsabilité des différents intervenants. Cette survenue justifie une prise en charge psychologique tant pour la famille que pour les différents professionnels impliqués.

QUESTION 5.

QUEL CONTENU POUR LA RÉPONSE MÉDICALE ? SECRET PROFESSIONNEL ET RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN.

1. Contenu de la réponse médicale

Le jury recommande que la réponse médicale prenne la forme d'un document uniformisé à l'échelon national et comportant deux volets :

- le premier volet constituera le certificat médical remis à l'autorité requérante. Il sera établi en trois exemplaires, le premier pour l'autorité requérante, le deuxième pour le médecin et le troisième pour la personne gardée (remis à la personne à l'issue de sa garde à vue ou transmis, avec son accord, aux médecins chargés du suivi : médecin hospitalier ou médecin intervenant en milieu pénitentiaire).
- le second volet, non transmis à l'autorité requérante constituera le dossier médical confidentiel. Il sera établi en deux exemplaires : l'un conservé par le médecin, l'autre qui pourra être remis sous enveloppe fermée à la personne à l'issue de sa garde à vue ou transmis, avec son accord, aux médecins chargés du suivi (médecin hospitalier ou médecin intervenant en milieu pénitentiaire). Les informations médicales pourront être inscrites dans le dossier médical personnel informatisé quand ce dernier sera fonctionnel.

Ces données pourraient être inscrites sous la forme suivante (certificat type fourni en *annexe 4*) :

Premier volet, transmis à l'autorité requérante, intitulé "certificat établi sur réquisition"

a) Données administratives

Nom et prénom du médecin requis.

Nom de la personne et du service requérants.

Objet de la réquisition.

Date, heure et lieu de l'examen.

Date et heure du début de la garde à vue.

Identité déclarée de la personne examinée : nom, prénom, date de naissance, sexe.

b) Mention du consentement de l'intéressé à l'examen pratiqué

c) Doléances

d) Examen clinique

Pratiqué ou non pratiqué (motif, s'il ne l'a pas été).

Mention de l'éventuelle rédaction d'un certificat descriptif de blessures : oui – non.

Si oui, (en cas de blessures pouvant résulter de violences ou de coups), il conviendra d'utiliser un imprimé supplémentaire comportant les rubriques suivantes :

Doléances éventuelles quant à ces blessures (citer entre guillemets les dires de la personne gardée à vue).

Description des lésions avec estimation de leur ancienneté (joindre un schéma des lésions constatées).

Compatibilité entre les violences alléguées et le constat des lésions.

Durée d'ITT si la demande en a été faite sur la réquisition.

Certificat joint par l'OPJ à la procédure avec envoi possible par le médecin d'un double au procureur.

e) Décision thérapeutique

Délivrance d'un traitement sur place.

Rédaction d'une ordonnance avec prescription d'un traitement différé.

Préciser heures et conditions selon lesquelles le médicament doit être délivré ainsi que les modalités de surveillance éventuelles.

f) Conclusions

État de santé compatible avec la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie.

État de santé compatible avec la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie, sous réserve des conditions suivantes : ...

État de santé incompatible avec la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie :

- envoi à l'hôpital et compatibilité réévaluée à l'issue de l'examen en milieu hospitalier.
- hospitalisation à ...

Conditions de garde à vue ne permettant pas de se prononcer sur la compatibilité du fait de l'impossibilité de pratiquer un examen ou du fait de l'indignité des conditions de rétention.

Demande d'un avis complémentaire spécialisé, notamment psychiatrique, sur place.

Observations.

Remarques relatives à l'aptitude du sujet à répondre aux interrogatoires des enquêteurs ou du juge et à se défendre.

Signature du médecin

Deuxième partie, non transmise à l'autorité requérante

a) Antécédents médicaux et chirurgicaux

Addictions : alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes.

Autres affections nécessitant une attention particulière, dans le contexte de la garde à vue : asthme, diabète, cardiopathie, épilepsie, état dépressif, autre pathologie mentale, maladies infectieuses...

Traitement en cours.

Contraception en cours.

Modalités actuelles du suivi médical.

b) Remarques éventuelles sur les conditions de garde à vue

c) Examen clinique

Vigilance.

Pupilles.

Cohérence du discours.

Éléments faisant suspecter une pathologie psychiatrique aiguë.

Existence d'une gêne fonctionnelle.

Lésions cutanées d'aspect traumatique.
Auscultation cardiaque et pulmonaire.
Autres données d'examen clinique pertinentes.

d) Résultats des examens complémentaires éventuellement pratiqués

Examens biologiques : glycémie capillaire, prélèvements sanguins ou urinaires.
Débit expiratoire de pointe.
Radiographies.
Autres...

e) Décision thérapeutique comprenant les mesures de surveillance

Le jury recommande que le certificat type issu des recommandations (annexe 4) soit diffusé sous forme d'imprimé sur l'ensemble du territoire national, accessible à tout médecin intervenant auprès d'une personne gardée à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie. Dans l'attente de la mise à disposition d'un imprimé type, le jury recommande l'adoption par tout médecin des principes servant de base à ce certificat.

2. Estimation de l'âge d'un sujet

Lorsqu'un adolescent étranger sans référent ni document d'identité est interpellé, les autorités sont susceptibles de demander à un médecin d'estimer son âge chronologique.

Cette estimation a des conséquences immédiates, puisqu'en dépendent le contexte et la poursuite de la garde à vue (retenue en-dessous de 13 ans, garde à vue au-dessus de 13 ans, ni garde à vue, ni retenue avant 10 ans) ainsi que les conditions dans lesquelles la personne concernée sera jugée. L'estimation doit se faire selon les règles et les conditions d'un véritable examen clinique, incluant impérativement un entretien, au besoin avec l'aide d'un interprète.

L'estimation de l'âge repose actuellement surtout sur la synthèse de 4 éléments : les résultats de la méthode de Greulich et Pyle (comparaison de la radiographie de la main et du poignet gauche de face à celles d'un atlas de référence), le développement dentaire, l'examen clinique général et l'âge allégué par l'adolescent.

Il convient de noter que toutes les méthodes utilisées comportent des limites et des marges d'erreur, et le médecin doit en faire part dans son rapport, fournissant par exemple une fourchette d'estimation. Le plus souvent, elles ne permettent pas de dire avec certitude si la personne est mineure ou majeure.

Dans tous les cas, les examens ne doivent être effectués qu'avec le consentement de la personne concernée. En cas de refus, il n'est pas possible de déterminer un âge et le rapport doit consigner ce refus et cette impossibilité.

Le jury recommande d'être particulièrement prudent sur le recours à ce type d'examen ainsi que sur leur interprétation, même si cela conduit à ne pas être en mesure de déterminer avec certitude que la personne gardée à vue est majeure.

3. Expertise psychiatrique

Dans certains cas très précis, la loi rend possible une expertise psychiatrique dès le stade de la garde à vue. Cet examen est obligatoire avant tout jugement d'une personne suspectée d'agression sexuelle. Elle est en conséquence ordonnée en garde à vue lorsque cette personne est jugée selon la procédure de comparution immédiate.

Il s'agit alors d'une véritable expertise pénale, destinée à éclairer le tribunal sur les aspects psychopathologiques du sujet, son niveau de responsabilité, son accessibilité à une sanction ou à une injonction de soins (Loi n° 2003.239 du 18/03/2003, Loi n° 2004 du 9/03/2004) ;

Cette mission doit être clairement distinguée de l'examen psychiatrique d'urgence qui doit pouvoir être demandé en cas de doute sur l'état de santé mentale du sujet soit dans le cadre de la mission de type expertal qui consiste à déterminer la compatibilité de l'état de santé avec la garde à vue, soit simplement dans une optique de soin.

Il n'existe pas de consensus entre experts quant à la possibilité d'effectuer une expertise psychiatrique de qualité et approfondie dans les conditions très particulières de la garde à vue.

Il existe cependant un consensus sur la prudence qui doit présider à la présentation des conclusions d'un examen réalisé dans de telles conditions.

Compte tenu de la gravité des décisions pénales susceptibles de suivre ce rapport d'expertise, le jury attire l'attention sur les limites d'une expertise psychiatrique réalisée dans le temps de la garde à vue et sur la prudence qui doit accompagner son interprétation.

4. Secret médical et délivrance des médicaments

4.1. Positionnement du problème : accès au soin, responsabilité, sécurité et secret professionnel

L'article L.1110-1 du Code de la santé publique pose en obligation pour les personnels de santé, quelles que soient les circonstances, d'assurer l'**accès aux soins** et la continuité des soins des patients qui leur sont confiés. De ce fait, le médecin requis doit faire en sorte que la personne placée en garde à vue puisse recevoir les traitements qui lui sont utiles :

- Il peut s'agir des traitements réguliers qui lui ont été prescrits avant sa mise en garde à vue, lorsqu'ils sont nécessaires pour préserver sa santé et participer correctement à sa propre défense ;
- Il peut s'agir également de nouveaux traitements dans le cas où l'examen médical décèle une affection inconnue jusqu'à présent et qui réclame des soins immédiats.

Dans tous les cas, le médecin doit s'assurer que le traitement prescrit est administré, conformément à l'article 34 du Code de déontologie médicale, c'est-à-dire en « veillant à la compréhension de l'entourage » (c'est-à-dire ici les gardiens) et en « s'efforçant d'en obtenir la bonne exécution ».

La délivrance des traitements devrait pouvoir se faire dans le respect du **secret professionnel**. Le jury rappelle son attachement à ce principe fondamental.

Le respect du secret professionnel impose que les gardiens ne connaissent pas la nature des traitements délivrés à la personne gardée. Pour cela, ils ne devraient pas avoir accès aux ordonnances ni aux boîtes de médicaments.

La **responsabilité** du pharmacien ainsi que celle des gardiens ne doit pas être engagée en cas d'erreur de délivrance. À cet égard, le déconditionnement des médicaments par le pharmacien n'est pas autorisé par la réglementation actuelle.

Rappelons que pour des problèmes de **sécurité**, les boîtes entières de médicaments ne peuvent pas être laissées en possession de la personne gardée.

4.2. Situations concrètes

Dans le contexte de la garde à vue, la collaboration des gardiens pouvant être nécessaire pour obtenir les médicaments, les délivrer et participer à la surveillance, le respect du secret professionnel peut poser des problèmes difficiles à résoudre. Le jury propose de distinguer plusieurs cas de figure :

- dans le cas où la personne gardée dispose de ses médicaments ou dans le cas où la famille peut les faire parvenir, le jury recommande que le médecin procède lui-même au déconditionnement et à la répartition des traitements dans des enveloppes cachetées indiquant le nom de la personne et l'heure de délivrance. Cette dernière est alors assurée par les gardiens, dans le respect du secret. Afin de favoriser cette situation, le jury recommande que lors d'une interpellation au domicile, les forces de l'ordre aient le souci d'emporter les ordonnances ainsi que les médicaments nécessaires ;
- en l'absence de médicament disponible, aucune solution parfaite, c'est à dire respectueuse de tous les principes énoncés ci-dessus, ne peut être proposée. Pour le jury, si la personne gardée dispose d'une carte de sécurité sociale, de la CMU ou de moyens de paiement, il est acceptable dans la mesure où cela est réalisé dans l'intérêt de la personne gardée et uniquement si elle a donné son accord, que les gardiens se déplacent à la pharmacie avec l'ordonnance et délivrent directement les médicaments à la personne. Le recours à l'hôpital (délivrance par la pharmacie hospitalière ou hospitalisation) reste une alternative que le médecin peut choisir de façon exceptionnelle ;

- en l'absence de médicament disponible et de moyen de régler au pharmacien les médicaments prescrits, le recours à l'hôpital reste la seule solution.

Le jury regrette que la réglementation en vigueur ne permette pas au pharmacien de déconditionner les médicaments. Il souhaite que la réglementation en vigueur puisse évoluer dans ce sens, afin de permettre, à l'instar de l'évolution constatée dans les établissements pénitentiaires depuis la loi de 1994, le respect du secret médical.

Le jury recommande que le médecin avertisse la personne gardée chaque fois que le secret professionnel ne peut être totalement respecté.

Le jury rappelle que la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a introduit un article L.251-1 prévoyant que « *toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'État dans des conditions fixées par décret* », mais que le décret d'application de ce texte n'a pas encore été publié. Le jury ne peut que recommander que ce décret soit pris dans les délais les plus rapides et qu'il comporte une procédure d'urgence compatible avec les délais de la garde à vue.

Le jury rappelle certaines règles de prescription en garde à vue :

- hormis l'administration ponctuelle d'un médicament symptomatique ou le cas d'une pathologie aiguë nécessitant une prise en charge immédiate, le médecin doit éviter autant que possible d'instaurer un nouveau traitement ;
- en cas d'urgence, le médecin procède lui-même à l'administration des produits nécessaires (par voie intra-veineuse ou *per os*) ;
- dans l'éventualité d'un traitement injectable au long cours (insuline, héparine de bas poids moléculaire) les injections sont pratiquées en milieu hospitalier ;
- dans l'hypothèse où le gardé à vue refuse son traitement et si ce refus compromet sa sécurité sanitaire à court terme, une hospitalisation doit être envisagée.

5. Responsabilité et garde à vue

5.1. L'obligation de déférer à une réquisition

Le médecin est tenu de déférer aux réquisitions (article L. 41-24-2 du Code de la santé publique). Le refus de déférer est sanctionné par l'article L. 41-63-7 du Code de la santé publique, par 3 750 € d'amende.

Le médecin peut toutefois ne pas déférer dans les cas suivants :

- s'il est le médecin traitant (sauf si il est le seul médecin disponible). Cette disposition s'explique par le fait que le Code de déontologie interdit aux médecins de cumuler les fonctions de médecin traitant et d'expert pour un même patient. Il convient toutefois d'observer que cette disposition se heurte au principe du libre choix du médecin sur lequel le Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe a attiré l'attention de la France à plusieurs reprises (cf annexe 1) ;
- s'il n'est pas en mesure d'exercer du fait de son état de santé ;
- s'il est en état d'incapacité ;
- s'il estime que les compétences requises outrepassent celles qui lui sont propres. Dans cette hypothèse, il ne peut se déporter que si les questions qui lui sont posées requièrent une compétence spécialisée.

Le jury rappelle ici que le médecin peut également, lorsqu'il considère que les conditions d'examen ne sont pas acceptables ou que les conditions de rétention portent atteinte à la dignité, conformément au Code de déontologie, remettre un certificat dans lequel il déclare refuser de se déterminer sur l'aptitude de la personne gardée à être maintenue en garde à vue.

5.2. La responsabilité du médecin intervenant en garde à vue

La responsabilité du médecin intervenant en garde à vue est engagée dans des conditions qui ne sont pas fondamentalement différentes de celles d'un médecin intervenant en milieu libre :

- responsabilité pénale : la responsabilité pénale est engagée dès lors qu'une infraction pénale est caractérisée (par exemple, homicide ou blessures involontaires par imprudence, omission de porter secours à personne en péril) ;
- responsabilité administrative et civile : dès lors qu'il intervient dans le cadre d'une réquisition, le médecin devient collaborateur occasionnel du service public. La responsabilité de l'État peut en conséquence être recherchée devant le tribunal administratif. La responsabilité civile personnelle du médecin ne peut être engagée que dans le cas où une faute détachable du service public est établie ;
- Enfin, le médecin peut être poursuivi par le Conseil de l'ordre pour manquement aux règles de déontologie.

D'une manière générale pour apprécier la faute du médecin, la jurisprudence évalue le comportement du médecin au regard des données de la science médicale au moment des faits et des règles de l'art. Elle tient compte des conditions plus ou moins difficiles dans lesquelles l'examen est réalisé, mais recherche si le médecin a pris les précautions et donné les consignes justifiées par la nature particulière de l'examen. Il en résulte que les conditions dans lesquelles l'examen est pratiqué n'atténuent en aucun cas les obligations professionnelles qui pèsent sur lui et la responsabilité qui s'ensuit.

6. Recommandation d'action future

Une connaissance précise des caractéristiques épidémiologiques de la population de personnes mises en garde à vue est nécessaire pour aborder les problèmes de santé de cette population qui, à n'en pas douter, diffère de la population générale au niveau des caractéristiques démographiques, sociales et sanitaires. Le jury regrette que l'on ne connaisse pas avec précision le nombre de personnes mises en garde à vue (et non le nombre de mesure de garde à vue), le nombre d'hospitalisations, le nombre de décès, pas plus que les suites pénales (mise en examen, mise en détention) des personnes gardées à vue. Le jury souhaite que le recueil des données démographiques, des données sur l'état de santé, sur les conditions de rétention et sur les suites pénales des personnes subissant cette mesure privative de liberté fassent l'objet d'une mission d'observation menée par les différents ministères concernés.

Annexe 1 : Recommandations du Conseil de l'Europe concernant l'intervention des médecins pendant la garde à vue

a. Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)

- décès en garde à vue et rôle du médecin
affaire Salman c. Turquie (2000)
- rédaction de constats de lésions traumatiques pendant la garde à vue
affaire Bati et autres c. Turquie (2004)
affaire Caloc c. France (2000)
- garde à vue et examen médical répété
affaire Brannigan et Mc Bride c. Royaume-Uni (1993)

b. Comité Européen pour la Prévention contre la Torture (CPT)

À travers plusieurs de ses rapports adressés aux États membres, le CPT a estimé que :

- **tous les examens médicaux des personnes privées de liberté par la police doivent se dérouler hors de l'écoute et - sauf demande contraire du médecin dans un cas particulier - hors de la vue des fonctionnaires de police.**
- **le respect total du caractère confidentiel des données médicales dans tous les établissements de police doit être garanti.**
- **les résultats de tout examen, de même que toute déclaration pertinente faite par la personne détenue et les conclusions du médecin, doivent être consignés par le médecin et mis à la disposition de l'intéressé et/ou de son avocat ;**
- **certaines personnes en garde à vue (les mineurs, les personnes en état d'ébriété et les personnes soupçonnées d'infractions liées à la drogue) doivent être examinées par un médecin, qu'elles l'aient demandé ou non.**
- **la possibilité pour la personne détenue de faire appel à un médecin de son choix doit être garantie à titre subsidiaire lorsque la personne concernée estime que l'intervention du médecin désigné par l'autorité compétente devrait être complétée par un second examen. Toutefois, rien ne s'oppose à ce qu'un tel examen soit effectué aux frais de la personne détenue, ni que cet examen soit effectué par le médecin du choix du détenu, en présence d'un médecin désigné par les autorités de l'État.**
- **le menottage de détenus lors d'un examen médical doit être évité.**
- **le certificat médical établi après l'examen médical d'une personne admise dans un dépôt de la police doit contenir :**
 - **un compte-rendu des déclarations faites par l'intéressé qui sont pertinentes pour l'examen médical (y compris la description de son état de santé et toute allégation de mauvais traitements) ;**
 - **un relevé des constatations médicales objectives, fondées sur un examen approfondi ;**
 - **les conclusions du médecin indiquant le degré de compatibilité entre les allégations éventuellement formulées et les constatations médicales objectives.**
- **les médecins qui travaillent dans des lieux de détention de la police doivent informer le procureur compétent à chaque fois qu'au cours de l'examen médical d'une personne détenue, ils constatent des signes de violence évocateurs de mauvais traitements. Par ailleurs, les médecins doivent éviter de remettre dans les mains des fonctionnaires de police une copie d'un tel rapport, tout particulièrement lorsque ces derniers sont en charge de la garde à vue.**
- **il est essentiel que les fonctionnaires de police soient en mesure de déceler si un détenu nécessite une assistance médicale, même lorsque ce dernier ne la demande pas. À cet égard, une formation dispensée par un médecin est nécessaire ainsi que la mise à disposition des fonctionnaires de « fiches sanitaires d'attitude ».**

Annexe 2 : principaux textes définissant le cadre juridique de l'intervention du médecin en garde à vue

Article 63-3 du Code de procédure pénale

Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire. En cas de prolongation, elle peut demander à être examinée une seconde fois.

A tout moment, le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire peut d'office désigner un médecin pour examiner la personne gardée à vue.

En l'absence de demande de la personne gardée à vue, du procureur de la République ou de l'officier de police judiciaire, un examen médical est de droit si un membre de sa famille le demande ; le médecin est désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire.

Le médecin examine sans délai la personne gardée à vue. Le certificat médical par lequel il doit notamment se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue est versé au dossier.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsqu'il est procédé à un examen médical en application de règles particulières.

Circulaire générale. – C. 63-3 (1^{er} mars 1993)

1. – L'article 63-3 fait de l'examen médical un droit pour la personne gardée à vue dont elle est informée dès le début de la mesure. Il s'applique à toutes les mesures de garde à vue décidées par un officier de police judiciaire, notamment à celles soumises par la loi à des règles particulières de prolongation.

Mention de l'information de la personne gardée à vue doit figurer dans le procès-verbal visé à l'article 63-1.

L'intéressé peut faire valoir ce droit dans le cours du délai de vingt-quatre heures et renouveler la demande en cas de prolongation de la garde à vue.

Il ne saurait cependant exiger plusieurs examens médicaux par période de vingt-quatre heures.

Les demandes formulées à cette fin ainsi que la suite qui leur aura été donnée, doivent être consignées au procès-verbal, et reportées sur le registre spécial prévu à l'article 65.

Le certificat médical est versé au dossier.

2. – Un membre de la famille (se reporter, pour l'appréciation de cette notion, à l'article C. 63-2) peut demander qu'un examen médical soit pratiqué sur la personne gardée à vue, en l'absence de demande de celle-ci. Il doit être fait droit à sa demande.

Si la personne gardée à vue manifeste une opposition à ce qu'il soit procédé à cet examen, il en est fait mention dans la procédure. Il convient néanmoins de requérir le médecin, et de lui présenter la personne.

3. – Le pouvoir de désigner d'office un médecin, à n'importe quel moment des délais prévus à l'article 63, pour examiner la personne gardée à vue, est également conféré au procureur de la République ou à l'officier de police judiciaire en charge de la mesure.

Il convient notamment de faire usage de cette disposition lorsque la personne fait état d'une souffrance physique ou d'un état de santé déficient, ou encore lorsqu'elle présente des troubles mentaux caractérisés. L'examen médical est également requis d'office dans le cas où la personne porte des blessures ou des traces de coups ou de violences.

L'exercice, par les autorités précédemment désignées, de cette faculté prévue par la loi doit, dans le cas où le gardé à vue ou un membre de sa famille sollicite l'examen médical prévu aux présentes dispositions, être considéré comme présentant un caractère subsidiaire.

Aussi, quand bien même l'officier de police judiciaire ou le procureur de la République aurait désigné d'office un médecin pour examiner la personne gardée à vue, et qu'il aurait déjà été procédé à cet examen, doit-il être fait droit aux demandes postérieures formées en application des deux premiers alinéas de l'article 63-3.

4. – Le choix du médecin par l'officier de police judiciaire ou le procureur de la République n'obéit à aucune règle définie.

Il n'en est pas de même lorsque l'examen médical est demandé par le gardé à vue ou par un membre de sa famille ; le praticien est alors choisi par l'auteur de la requête sur une liste établie par le procureur de la République.

L'article 63-3 alinéa 4 ne définit pas les modalités d'établissement de cette liste. On doit considérer qu'il s'agit d'une liste permanente, révisable à tout moment et tenant compte, en tant que de besoin, des contingences locales, notamment géographiques.

Le procureur de la République établit cette liste après avoir pris tout contact utile notamment avec la représentation locale du conseil de l'ordre des médecins. Le cas échéant, il veille à faire figurer sur ladite liste les praticiens de son ressort habituellement requis par l'autorité judiciaire pour accomplir des missions relevant de la médecine légale et les médecins légistes inscrits sur la liste des experts de la cour d'appel.

En règle générale, le médecin désigné d'office par l'officier de police judiciaire ou le procureur de la République peut également être choisi sur la liste visée au quatrième alinéa de l'article 63-3.

Il peut aussi être fait appel, pour l'examen des personnes gardées à vue, aux structures médico-légales implantées dans certains ressorts qui, pour certaines d'entre elles, sont en mesure d'assurer en permanence un service d'urgence. Des conventions définissant les conditions précises de ces interventions peuvent valablement être établies entre ces structures, les parquets et les services de police et de gendarmerie.

5. – Le dernier alinéa de l'article 63-3 s'attache à définir l'intervention du médecin. Celui-ci examine la personne gardée à vue et établit un certificat dont il détermine librement le contenu, la loi précisant cependant qu'il doit se prononcer sur l'aptitude de la personne au maintien en garde à vue.

Il va de soi que les principes déontologiques régissant sa profession peuvent conduire le médecin à procéder aux soins que l'état de santé du gardé à vue lui paraît nécessiter ; le médecin peut ainsi prescrire la poursuite du traitement suivi par la personne concernée.

En règle générale et sauf instructions contraires du procureur de la République ou nécessité médicale, il est procédé à l'examen dans les locaux du commissariat ou de la brigade.

6. – Lorsque la garde à vue est soumise à des règles particulières de prolongation (cf. en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants, l'article L.627-1 du code de la santé publique [abrogé ; devenu code de procédure pénale, art. 706-29], et en matière de terrorisme, l'article 706-23 du code de procédure pénale), celles-ci doivent recevoir application.

Cependant, les garanties prévues au bénéfice de la personne gardée à vue à l'article 63-3 doivent également s'appliquer ; la personne retenue ou un membre de sa famille peuvent par conséquent, solliciter un examen médical dans les délais fixés par ce texte, et le médecin est, dans ces hypothèses, désigné sur la liste établie par le procureur de la République.

7. – Dans l'attente de l'arrivée du médecin, l'officier de police judiciaire peut poursuivre son audition. La demande d'examen ne saurait en effet conduire à suspendre les investigations.

Au cas où le médecin déclare que l'état de la personne est incompatible avec la garde à vue ou avec les interrogatoires, ceux-ci ne peuvent se poursuivre ; le certificat médical est annexé au procès-verbal : l'officier de police judiciaire doit alors rendre compte immédiatement au procureur de la République, tout spécialement dans le cas où le médecin prescrit qu'il soit procédé à une hospitalisation d'urgence.

Les articles du Code déontologie médical, utilisé par le jury dans sa réflexion sont :

Article 2 : Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 4 : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 7 : Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur

handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Article 10 : Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire. Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44, l'accord des intéressés n'est pas nécessaire.

Article 32 : Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Article 34 : Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Article 36 : Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Article 71 : Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

Article 105 : Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Les articles 63, 63-1, 63-2, 63-4, 63-5, 64 et 65 du Code de procédure pénal précisent les conditions de la garde à vue, **l'article 41** définit le rôle du parquet dans la garde à vue, **les articles 706-73, 706-88** précisent les circonstances dans lesquelles la garde à vue peut être prolongée au delà de 48 heures (loi Perben II). **L'article L. 41-24-2 du Code de la santé publique** indique l'obligation pour le médecin de déférer à une réquisition et **l'article L. 41-63-7**, les sanctions en cas de refus. **L'article L.1110-1** du Code de la santé publique pose en obligation pour les personnels de santé d'assurer l'accès aux soins et la continuité des soins des patients qui leur sont confiés.

Ces articles peuvent être consultés à l'adresse : www.legifrance.gouv.fr

Instructions du ministre de l'intérieur, 11 mars 2003

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales

à

Monsieur le directeur général de la police nationale,
Monsieur le directeur général de la gendarmerie nationale,
Monsieur le préfet de police.

Instructions relatives à la garantie de la dignité des personnes placées en garde à vue

La mission prioritaire des forces de sécurité intérieure est la recherche active et systématique des auteurs d'infraction afin qu'ils soient interpellés et mis à la disposition de l'autorité judiciaire. Grâce au renforcement du travail d'investigation et de lutte contre la délinquance, à la détermination et à la motivation au quotidien des policiers et des gendarmes, les résultats se sont améliorés au cours des derniers mois.

Mieux équipés, mieux soutenus et mieux protégés par la loi, ils sont davantage en mesure d'assumer leurs responsabilités : assurer le droit à la sécurité de nos concitoyens en garantissant les libertés.

Cette démarche de modernisation doit aussi bénéficier aux personnes momentanément privées de liberté dans le cadre d'une enquête judiciaire, et qui, dois-je le rappeler, sont présumées innocentes.

J'ai constaté que, trop souvent encore, les conditions dans lesquelles se déroulent les gardes à vue sont insatisfaisantes en terme de respect de la dignité des personnes qui font, conformément à la loi, l'objet de ces mesures.

Cette situation n'est pas à l'honneur de notre pays. Elle n'est pas admissible dans la patrie des droits de l'homme.

Je vous demande, en conséquence, de mettre immédiatement en œuvre une politique de modernisation des pratiques professionnelles et des moyens consacrés à la garde à vue, conforme à l'évolution du droit et aux directives ci-après, afin de garantir la dignité des personnes placées en garde à vue.

I. L'état du droit et ses nouvelles exigences

Les conditions d'exercice de la garde à vue sont précisées par les textes et la jurisprudence. Ses modalités d'application sont, elles, insuffisamment définies, alors que l'obligation de traiter avec dignité les personnes gardées à vue est une disposition d'ordre public qui s'impose à tous.

L'évolution législative exige, en outre, la nécessité et la proportionnalité de la mesure.

L'article préliminaire III 3^e alinéa du code de procédure pénale, précise en effet : "les mesures de contrainte dont la personne suspectée peut faire l'objet sont prises sur décision et sous le contrôle effectif de l'autorité judiciaire. Elles doivent être strictement limitées aux nécessités de la procédure, proportionnées à la gravité de l'infraction et ne pas porter atteinte à la dignité de la personne".

De même, l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales édicte un droit intangible et impératif au respect de son intégrité physique et morale pour toute personne.

Il a donné lieu à une importante jurisprudence qui considère qu'il y a violence illégitime si la force utilisée n'est "ni strictement nécessaire ni proportionnée au but à atteindre". Elle proscrit les comportements visant à brimer, à humilier ou à avilir les personnes.

Cette obligation de la nécessité et de la proportionnalité s'applique à la décision du placement en garde à vue comme, ensuite, aux modalités de sa mise en œuvre.

En conséquence, la garde à vue n'est pas systématique et son application doit être adaptée aux circonstances de l'affaire et à la personnalité du mis en cause.

Je tiens à rappeler la lettre et l'esprit du code de procédure pénale dans ce domaine.

La garde à vue est une mesure restrictive de liberté prise pour "les nécessités de l'enquête" et non pour pallier des déficiences d'organisation ou de moyens.

II. Les mesures de sécurité seront adaptées.

Les mesures de sécurité sont de nature administrative ; elles ont pour finalité la protection du gardé à vue, des personnes et des tiers.

Elles sont à distinguer de la fouille opérée par l'officier de police judiciaire pour les nécessités de l'enquête, assimilée à une perquisition, ainsi que des investigations corporelles internes exclusivement réalisées par un médecin dans les cas prévus par la loi.

Parmi ces mesures de sécurité, deux modalités sont à distinguer :

– La palpation de sécurité opérée à chaque prise en charge et lors des différents mouvements de la personne gardée à vue. Son but est de révéler le port de tout objet dangereux et sa nécessité ne saurait être remise en cause. Pratiquée par une personne de même sexe et aux travers de vêtements, elle doit être complète, méthodique et méticuleuse.

– La fouille de sécurité : l'article C117 de l'instruction générale du 27 février 1959 prise pour l'application du code de procédure pénale précise que cette mesure ne peut être pratiquée que si la

personne gardée à vue est suspectée de dissimuler des objets dangereux pour elle-même ou pour autrui.

Pratiquée systématiquement, a fortiori avec le déshabillage de la personne gardée à vue, elle est attentatoire à la dignité et contrevient totalement aux exigences de nécessité et de proportionnalité voulues par l'évolution du droit interne et européen.

Il y aura donc lieu dès à présent de limiter en règle générale les mesures de sûreté à la palpation de sécurité. Dans l'hypothèse où des vérifications plus adaptées apparaîtraient nécessaires, il conviendrait d'en évoquer l'application avec l'officier de police judiciaire qui détient des éléments lui permettant une appréciation de la dangerosité des personnes.

En tout état de cause, toute instruction rendant les fouilles systématiques doit être abrogée.

Dans le même esprit, le menottage qui est soumis aux dispositions de l'article 803 du code de procédure pénale, ne doit être utilisé que lorsque "la personne est considérée comme dangereuse pour autrui et pour elle-même ou susceptible de prendre la fuite". Un menottage excessivement serré doit être proscrit.

III. Les conditions matérielles seront améliorées.

Trop souvent encore, les conditions matérielles dans lesquelles les personnes gardées à vue sont retenues ne sont pas dignes d'une démocratie moderne. Dans ce domaine, également, des efforts importants sont à entreprendre.

Des travaux de modernisation ont déjà été réalisés. Les nouvelles constructions d'hôtels de police et d'unités de gendarmerie prennent mieux en compte ces exigences. Il importe d'aller plus loin et plus vite. C'est pourquoi, je vous demande de faire accélérer les études en cours portant sur les aspects immobiliers de la garde à vue et sur l'hygiène des locaux.

Le comité européen de prévention de la torture a défini des normes selon lesquelles doivent être traitées les personnes retenues. Il convient de s'en inspirer pour définir des conditions nationales homogènes.

Dès à présent, vous devez veiller à faire appliquer les mesures suivantes :

– sauf exceptions circonstancielles, les personnes gardées à vue doivent être alimentées avec des repas chauds, aux heures normales, et composés selon les principes religieux dont elles font état.

La fourniture de ces repas doit être prise en charge sur les budgets de la police et de la gendarmerie ;

– il conviendra de vérifier que les examens médicaux ordonnés par les magistrats ou demandés par les gardés à vue se déroulent effectivement dans les plus brefs délais et sans attente inutile ;

– en attendant une redéfinition des locaux de garde à vue, les cellules doivent être maintenues dans un bon état de propreté par des nettoyages quotidiens, disposer des éléments d'hygiène nécessaires et permettre le repos auquel les personnes gardées à vue peuvent prétendre ;

– hormis les cas prévus à l'article 63-2 du code de procédure pénale, la possibilité pour le gardé à vue de faire prévenir sans délai par téléphone "une personne avec laquelle il vit habituellement ou l'un de ses parents en ligne directe, l'un de ses frères et sœurs ou son employeur", devra être effectivement assurée.

La confidentialité de l'entretien entre le gardé à vue et son avocat devra être rendue effective par la mise à disposition d'un local adapté.

La mise en œuvre et le respect de ces dispositions, auxquelles j'attache la plus grande importance, sont de la responsabilité de chaque chef de service de police ou d'unité de gendarmerie.

Elles devront faire l'objet d'une attention encore plus soutenue en ce qui concerne les placements en garde à vue de jeunes mineurs.

En outre, je vous demande de systématiser les moyens de vidéosurveillance des locaux de garde à vue pour renforcer la sécurité. C'est la contrepartie logique de l'abandon du recours systématique à la fouille de sécurité.

IV. La chaîne des responsabilités doit être précisée.

La garde à vue est placée sous une double responsabilité.

– C'est en premier lieu celle de l'officier de police judiciaire : le placement en garde à vue est en effet une décision qui relève de ses pouvoirs.

– C'est également celle des agents qui ont la charge des mesures de surveillance, de sûreté, de soins, d'alimentation, de repos et d'hygiène.

Les autorités de commandement doivent s'impliquer dans la prise en charge administrative de la garde à vue ; elles doivent prendre les décisions et les faire appliquer en les traduisant par des

ordres précis et assortis des explications nécessaires à leur bonne exécution. Elles sont responsables des ordres donnés, de leur exécution et de leurs conséquences.

En ce qui concerne la prise en charge judiciaire de la garde à vue, les pouvoirs propres de l'officier de police judiciaire ne font pas préjudice à la responsabilité qui incombe "au chef de la formation de coordonner l'exécution des opérations de police judiciaire effectuées dans son service..." (art. D2, alinéa 4 du code de procédure pénale).

C'est pourquoi, il appartient aux chefs de service et d'unités :

– de désigner un officier, ou à défaut un gradé, qui aura la charge du suivi administratif de l'ensemble des personnes en garde à vue, en liaison avec les officiers de police judiciaire. Cet officier ou ce gradé, pour l'exercice de sa mission, sera appelé "officier de garde à vue" ou "gradé de garde à vue" ;

– de contrôler au quotidien les conditions de déroulement des gardes à vue, tant au regard de la sécurité que de la dignité des personnes.

Cette coordination et ce contrôle doivent faire l'objet d'instructions écrites au niveau de chaque service ou unité afin d'en assurer la continuité. Elles varieront forcément selon la taille des services.

V. Ces avancées significatives seront encore renforcées.

Le groupe de travail que je vous ai déjà demandé de mettre en place, et auquel sera naturellement associé le ministère de la justice, devra proposer dans les prochains mois des mesures nouvelles, notamment dans le domaine de la logistique, de la programmation immobilière, de la formation et en tant que de besoin, dans le domaine juridique.

Il s'agit notamment :

– d'évaluer la situation actuelle des infrastructures immobilières et des équipements et de les adapter, afin que ceux-ci soient en mesure de garantir la dignité des personnes gardées à vue, conformément aux recommandations européennes ;

– de proposer, le cas échéant, l'adaptation des normes juridiques concernant les modalités de la garde à vue, au regard de l'état du droit et des nouvelles exigences éthiques ;

– d'actualiser les pratiques professionnelles conformément à l'évolution du droit et de la jurisprudence ;

– d'élaborer un programme de formation des fonctionnaires chargés de la prise en compte administrative des gardés à vue.

La garde à vue verra ainsi ses modalités d'application repensées à l'aune des exigences d'un État de droit moderne.

La garantie de la dignité de la personne humaine est une valeur centrale de notre droit qui s'impose à chaque fonctionnaire de police et à chaque militaire de la gendarmerie. Je demande à chacun de s'y référer dans son action quotidienne.

Nicolas SARKOZY

Annexe 3 : Score de Cushman

Points	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	< 80	81 à 100	101 à 120	> 120
Pression artérielle systolique				
18 à 30 ans	< 125	126 - 135	136 - 145	> 145
31 à 50 ans	< 135	136 - 145	146 - 155	> 155
> 50 ans	< 145	146 - 155	156 - 165	> 165
Fréquence respiratoire	< 16	16 à 25	26 à 35	> 35
Tremblements	0	Main	Membre supérieur	Généralisés
Sueurs	0	Paumes	Paumes et front	Généralisées
Agitation	0	Discrète	Généralisée et contrôlable	Généralisée et incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Phonophobie Photophobie Prurit	Hallucinations critiquées	Hallucinations non critiquées

Score < 7 : état clinique contrôlé

Score 7 à 14 : sevrage modéré

Score > 14 : sevrage sévère

Annexe 4 : certificat type et modèle de dossier médical confidentiel

**Examen médical d'une personne placée en garde à vue
Certificat établi sur réquisition**

Certificat remis à l'autorité requérante

Référence : Conférence de consensus, 2-3 décembre 2004

Je soussigné, Docteur en médecine,
agissant sur réquisition de M. (Mme), officier de police judiciaire en fonction à
certifie avoir examiné le/...../....., à heures

Dans les locaux de police Dans les locaux de gendarmerie A l'hôpital Autre lieu :

une personne déclarant se nommer :

Nom : **Prénom** : et être né(e) le / / Sexe : F / M

Aux fins de : déterminer la compatibilité de son état de santé avec son maintien en garde à vue dans les locaux de
police/gendarmerie.

..... (autre mission)

..... (autre mission)

La personne, informée de mes missions, a donné son consentement à leur accomplissement : oui / non

Doléances de la personne examinée :

Examen clinique : pratiqué non pratiqué (motif :))

Lésions traumatiques récentes visibles : oui / non **Rédaction d'un certificat descriptif de blessures** : oui / non

Décisions thérapeutiques :

- Traitement délivré directement à la personne examinée : oui / non
- Traitement remis à l'officier de police judiciaire sous enveloppe pour délivrance différée : oui / non
Heures de délivrance :
- Remise d'une ordonnance à l'officier de police judiciaire : oui / non
- Surveillance particulière pendant la garde à vue :

Conclusions (cocher l'une des 5 possibilités)

Etat de santé compatible avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police/gendarmerie pour une durée de 24 h.

Etat de santé compatible, sous réserve des conditions suivantes, avec le maintien en garde à vue dans les locaux de
police/gendarmerie :

Etat de santé incompatible avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police/gendarmerie :

- Envoi à l'hôpital et compatibilité réévaluée par le médecin hospitalier à l'issue de son examen
- Hospitalisation

Détermination de la compatibilité nécessitant un avis spécialisé sur place (préciser) :

Refus de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé avec le maintien en garde à vue :

- en raison des conditions d'examen de la personne
- en raison des conditions de rétention de la personne

Indications relatives à la capacité de la personne examinée à répondre aux interrogatoires :

Observations :

Signature :

Examen médical d'une personne placée en garde à vue
Dossier médical confidentiel

Partie médicale confidentielle non remise à l'autorité requérante

Référence : Conférence de consensus, 2-3 décembre 2004

1. Antécédents médico-chirurgicaux

Asthme : oui/non Diabète : oui/non Epilepsie : oui/non Cardiopathie : oui/non HTA : oui/non

Antécédent suicidaire : oui/non Pathologies mentales : oui/non Maladies infectieuses : oui/non

Addiction :

Alcool oui/non Drogues illicites : oui/non Médicaments psycho-actifs : oui/non

Grossesse en cours : oui/non Contraception en cours : oui/non Autres antécédents : oui/non

Si oui préciser :

.....

.....

.....

Traitements (préciser heure de la dernière prise) :

.....

.....

2. Conditions de garde à vue

.....

.....

3. Examen clinique

.....

.....

.....

.....

.....

4. Examens complémentaires éventuels – Résultats

Glycémie capillaire :

Débit expiratoire de pointe (*peak flow*) :

Prélèvement sanguin :

Prélèvement urinaire :

Radiographies :

Autres :

5. Décisions thérapeutiques

Traitement délivré directement à la personne examinée (nature et heure) :

.....

Traitement remis à l'officier de police judiciaire sous enveloppe pour délivrance différée (nature et heure) :

.....

Remise d'une ordonnance à l'officier de police judiciaire (nature des traitements et heure de délivrance) :

.....

Surveillance pendant la garde à vue :

.....

Demande d'avis spécialisé :

Hospitalisation (préciser motif) :

.....

Commentaires :

.....

.....

Les textes long et court des recommandations sont disponibles sur demande écrite auprès
de :
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
Service communication
2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine cedex
ou consultable sur le site de l'Anaes : www.anaes.fr - rubrique « Publications »