

L'intervention du médecin en garde à vue

Patrick Chariot, Médecin légiste Urgences médico-judiciaires - Hôtel-Dieu

« J'avais arrêté l'alcool, je prenais des médicaments, je ne les ai pas eus. Pendant ces 48 heures de garde à vue, je n'ai pas eu de repos non plus. Les gendarmes posaient des questions, je disais oui. Et j'ai signé. »

Dickinson : le faux coupable à la barre.

Un SDF témoignait hier au procès du meurtrier de la jeune Caroline (Libération, 8 juin 2004).

Les modalités actuelles de l'intervention du médecin auprès d'une personne placée en garde à vue sont définies par les lois des 4 janvier et 24 août 1993 (art. 63-3 c. pr. pén.). Le médecin requis auprès d'une personne en garde à vue doit déterminer si l'état de santé de la personne qu'il examine est compatible avec la poursuite de la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie. Il se trouve dans une situation inconfortable, devant concilier les nécessités d'une enquête de police et le respect des droits de la personne, répondre à une réquisition et ne pas porter atteinte au secret professionnel, et considérer les fonctionnaires de police et les militaires de gendarmerie comme participant de fait à une surveillance paramédicale sans que ceux-ci aient reçu de formation spécifique dans ce domaine. Le médecin engage sa responsabilité et encourt des sanctions pénales. Assurer la continuité des soins, constater d'éventuelles lésions de violences survenues lors de l'interpellation ou pendant la garde à vue font partie de la mission du médecin requis.

Quel médecin ?

Lorsqu'il existe dans les environs une unité hospitalière de médecine légale, c'est le médecin de permanence de l'unité qui est généralement appelé. En l'absence de telles unités, les médecins libéraux sont habituellement sollicités, payés à l'acte par les frais de justice. Il s'agit le plus souvent de médecins généralistes, faisant ou non partie d'une association de gardes médicales d'urgence. Il arrive à presque tous les médecins urgentistes hospitaliers d'intervenir auprès de personnes gardées à vue, en première ligne devant un état nécessitant à l'évidence des soins hospitaliers, ou plus souvent en deuxième ligne, lorsque le médecin intervenu dans les locaux de police a jugé nécessaire un transfert à l'hôpital. Les psychiatres intervenant aux urgences sont, eux aussi, régulièrement sollicités, à la demande des médecins somaticiens, ou, d'emblée, à la demande de l'officier de police judiciaire.

Quelle mission, quel examen médical ?

Le code de procédure pénale (art. 63-3) précise que le médecin doit se prononcer « notamment » sur la compatibilité de l'état de santé avec la garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie. En dehors des cas où des demandes particulières sont formulées sur la réquisition, la mission du médecin n'est pas définie par le code de procédure pénale. Comment orienter l'examen clinique pour évaluer au mieux cette compatibilité ? Lorsqu'il existe une demande particulière de la personne ou lorsque celle-ci présente à l'évidence une affection aiguë, l'examen sera orienté par cette demande ou cette affection. Il importe de faire préciser par la personne, comme pour tout patient vu pour la première fois par un médecin, quels sont ses antécédents médicaux et chirurgicaux importants ou récents et s'il prend des médicaments. L'interrogatoire fait partie intégrante de l'examen clinique, en particulier pour ce qui concerne l'évaluation des fonctions supérieures et de l'état psychologique. Il est utile de poser à la personne des questions concernant le motif de sa mise en garde à vue, non pas pour faire un morceau d'enquête de police mais dans un but strictement médical : les

réactions à l'état de garde à vue dépendent certes des conditions matérielles de cette garde, mais aussi de sa durée, du fait que c'est la première ou non, des suites prévisibles (par exemple, aller en prison ou y retourner). Les questions concernant l'alcool sont particulièrement importantes car le sujet est rarement abordé spontanément par la personne elle-même, à la différence des prises d'opiacés. La dépendance alcoolique - qui concerne deux millions de personnes en France - et les risques médicaux qui en découlent doivent être systématiquement évalués par le médecin.

Description des lésions traumatiques

Lorsqu'une personne présente des « blessures ou des traces de coup ou de violence », l'examen médical est requis d'office - ou devrait l'être, selon la circulaire générale du 1er mars 1993. Le relevé et la description des lésions traumatiques sont des éléments importants de l'examen. Les certificats médicaux successifs versés à la procédure seront des pièces décisives en cas de plainte pour mauvais traitements de la part d'une personne en garde à vue ou lorsque des violences ont eu lieu avant l'interpellation, ayant ou non un lien avec la mise en garde à vue. Il importe donc de décrire les lésions constatées avec une attention et une rigueur particulières. Lorsque la description des blessures et la détermination de la durée d'incapacité totale de travail (ITT) ne sont pas demandées par l'autorité requérante, mais qu'il existe des signes de violences ou lorsque la personne examinée se plaint d'avoir été frappée, il est licite de décrire les lésions constatées, par exemple sur un schéma, et utile d'évaluer la durée d'ITT dans un document annexe que le médecin conserve, même si cette durée ne figure pas dans le document transmis à l'officier de police judiciaire. En cas de plainte ultérieure par la personne, la description dans le temps de la garde à vue peut être un élément de preuve important.

Fausse allégations

Le contexte de la garde à vue est propice aux allégations fantaisistes d'affections ou d'états divers, notamment asthme, diabète et grossesse. Distribuer sans discernement un flacon d'aérosol bronchodilatateur à toute personne se disant asthmatique équivaut à valider médicalement, aux yeux des policiers ou des gendarmes, une maladie imaginaire.

Par ailleurs, les violences policières existent, lors de l'interpellation ou pendant la garde à vue, mais les violences auto-infligées, voire préexistantes à l'intervention des forces de l'ordre, sont parfois utilisées par certaines personnes habituées de la garde à vue pour influencer la décision du médecin. Comme pour tout certificat, mais avec une vigilance particulière liée à la situation de garde à vue, il importe de séparer clairement le recueil des doléances et la description des lésions.

Refus d'examen

Quelle que soit la personne qui a demandé l'examen - personne en garde à vue, magistrat, policier ou gendarme -, la personne a le droit de refuser l'examen lorsque le médecin se présente. Le médecin doit se rendre auprès de la personne pour s'assurer de la réalité du refus, s'efforcer d'en comprendre les motifs et vérifier, même sans entrer dans la cellule, que la personne ne se trouve pas dans un état confusionnel évident ou en situation de détresse vitale apparente, cas où des soins d'urgence devraient être prodigués.

Lorsque la personne gardée à vue refuse d'être examinée, le médecin ne doit pas se prononcer sur la compatibilité avec la rétention dans les locaux de police ou de gendarmerie. Il doit néanmoins répondre par écrit à la réquisition en établissant un certificat mentionnant son heure de venue et faisant état du refus et de l'absence de détresse vitale visible : l'absence d'examen n'est en effet pas équivalente à une absence de déplacement du médecin, au cas où un incident surviendrait et où sa responsabilité serait discutée.

Place du médecin

La formule « ni médecin de la police, ni médecin des gardés à vue », supposée représenter la

prétendue neutralité du médecin dans les locaux de police, ne lève pas les ambiguïtés attachées de longue date à la médecine légale, tant par le corps médical que par les personnes en garde à vue, et parfois par les magistrats et les policiers. Il est artificiel de considérer un juste milieu où pourrait se situer le médecin, d'imaginer une symétrie de part et d'autre des barreaux, entre la position du policier et celle de la personne en garde à vue. Lorsqu'il voit quelqu'un en garde à vue, le médecin intervient en accord avec celui-ci et souvent à sa demande ; il est bien médecin de la personne en garde à vue (1). Si une position de neutralité est souhaitable, elle se situe vis-à-vis de la police : le médecin requis n'est ni médecin de la police, ni médecin contre la police. Le médecin n'a pas à se prononcer sur la réalité de l'infraction motivant la garde à vue, ni à moduler son intervention en fonction de la gravité de l'infraction retenue, ou des sentiments que celle-ci lui inspire. Dans l'intérêt de la personne retenue, il est important de concilier les priorités du médecin et celles des policiers, et d'avoir en mémoire que la plus grande partie de la période de garde à vue se passe en dehors de la présence d'un médecin. En pratique, la distance nécessaire avec les policiers ou les gendarmes est difficile à respecter par le médecin qui intervient régulièrement dans un commissariat ou une unité de gendarmerie, en y étant rapidement connu de tous, voire en établissant des liens amicaux avec certains.

Quelles personnes sont examinées ?

La consultation d'un médecin est un droit pour toute personne gardée à vue, dont elle doit être informée systématiquement au début de la garde à vue. L'existence d'un problème de santé n'est donc pas un prérequis nécessaire à la venue du médecin. En pratique, la grande majorité des personnes examinées sont en bonne santé et ne nécessitent aucun traitement. Il s'agit d'un exercice de la médecine qui diffère d'une situation de soins traditionnelle. Ceci ne signifie pas que la visite du médecin est inutile, même si aucun traitement n'est délivré. La garde à vue est une situation anxiogène en soi, surtout si la personne n'y a jamais été confrontée, et les conditions de rétention sont suffisamment mauvaises pour favoriser l'aggravation de tout état pathologique préexistant.

Lieu et conditions de l'examen

Le code de déontologie médicale (art. 15) précise que « le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, le médecin ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux. » A l'exception de Paris, où les examens à l'hôpital sont la règle et les examens dans les locaux de police encore l'exception, la plupart des examens ont lieu dans les locaux de police ou de gendarmerie. L'examen sur les lieux de la garde à vue ne permet pas d'effectuer un examen clinique dans d'aussi bonnes conditions techniques qu'à l'hôpital. Cependant, le faible pourcentage de personnes nécessitant des soins hospitaliers après examen médical - entre 3 et 12 % selon les départements, d'après les deux études disponibles - justifie cette approche. Par ailleurs, l'examen effectué sur place permet d'apprécier au mieux les conditions matérielles de rétention et, dans une certaine mesure, l'état des relations entre la personne en garde à vue et ceux qui assurent sa surveillance. Les policiers ou les gendarmes en charge d'une personne gardée à vue atteinte d'une maladie chronique stable, ou d'une affection aiguë jugée peu inquiétante par le médecin, endossent de fait le rôle d'auxiliaires médicaux. Il est important d'évaluer les possibilités de collaboration avec eux. Cette évaluation est impossible si la personne est transportée à l'hôpital, les policiers chargés du transport n'étant pas ceux qui surveillent les personnes dans les locaux de police.

Le déplacement du médecin dans les locaux de garde à vue paraît la solution la plus satisfaisante en pratique : elle prend en compte le fait que les personnes gardées sont, pour la plupart, en bonne santé mais que leurs conditions de rétention sont le plus souvent mauvaises. Lourdeur d'organisation pour les équipes médicales et nécessité de longs et fréquents déplacements des médecins sont les inconvénients de ce mode de fonctionnement. Les personnes pour lesquelles le médecin souhaite compléter son examen clinique par des examens complémentaires peuvent être conduites aux urgences de l'hôpital le plus proche.

Conditions de rétention : le regard du médecin

L'alimentation des personnes en garde à vue n'est pas satisfaisante, qualitativement et quantitativement : on ne leur propose en général pour toute nourriture en vingt-quatre heures qu'un sandwich à midi et un autre le soir, même si les instructions du ministre de l'Intérieur en mars 2003, visant notamment à améliorer ces conditions, commencent à être suivies d'effet (2). L'argument, fréquemment avancé par certains fonctionnaires de police, selon lequel « la garde à vue n'est pas l'hôtel » et que le médecin, ainsi que la personne en garde à vue elle-même, devraient songer à l'infraction ayant motivé la mise en garde à vue avant de se plaindre et d'exiger un confort accru, paraît difficilement recevable aux yeux du médecin. Jusqu'où les conditions de la garde à vue peuvent-elles être un moyen de pression pour obtenir des aveux ? La garde à vue n'est pas une condamnation ; pourtant, les conditions d'hébergement sont pires que dans la plupart des établissements pénitentiaires. Bien sûr, les durées ne sont pas les mêmes. Comment justifier certaines conditions de rétention, parfois proches de brimades, telles l'absence de lit et même de couvertures, y compris en plein hiver, et l'impossibilité de se laver ou de se nourrir correctement ? Comment laisser six personnes pendant trois jours dans une même cellule de deux mètres sur deux, comportant un unique banc de bois ayant pour dossier un mur suintant et dont le sol est recouvert d'une seule couverture ? C'est pourtant une situation observée personnellement à Paris en décembre 2003. Se pose alors la question de la caution apportée à l'organisation de la garde à vue par le médecin acceptant d'intervenir dans ces conditions. Un médecin qui, marquant son désaccord, déciderait systématiquement que l'état de santé des personnes qu'il examine n'est pas compatible avec leur maintien en garde à vue dans les locaux de police, serait rapidement mis « hors-jeu » : les officiers de police judiciaire ne feraient plus appel à lui, s'il s'agissait d'un médecin libéral. Les médecins requis, non pas en leur nom propre, mais dans le cadre de leurs fonctions dans une unité médico-judiciaire, auraient contre eux le poids de la situation existante : alors que les conditions de rétention tendent plutôt à s'améliorer, dénoncer brutalement un fonctionnement accepté pendant des années serait difficilement compris. Une décision collégiale des unités médico-judiciaires, ou, mieux, une pression associative relayée par une intervention politique, pourrait être plus efficace.

En pratique actuellement, le médecin décide que l'état de santé de certaines personnes non malades, mais fragiles, n'est pas compatible avec leur maintien en garde à vue dans les locaux de police, du fait de ces mauvaises conditions d'hébergement. Ainsi, on hospitalise des personnes qui n'auraient aucune raison d'être gardées à l'hôpital dans un autre contexte. Cette décision médicale, coûteuse, parfois disproportionnée aux besoins sanitaires de la personne concernée, est nécessairement suivie d'effet : hospitalisation ou, selon la décision du parquet (et la gravité de l'affaire), levée de la garde à vue.

Compte rendu de l'examen médical : contenu du certificat

Il existe à travers la France des divergences considérables dans le certificat délivré par le médecin, en réponse à des réquisitions formulées de manière proche et après des examens cliniques menés de façon similaire. Que choisir : privilégier le respect strict du secret professionnel ou la satisfaction des autorités requérantes ? Certains magistrats, policiers et gendarmes acceptent mal que le médecin ne dévoile pas l'existence d'une maladie virale transmissible, telle l'infection par les virus du sida ou de l'hépatite B ou C. On pourrait objecter que des précautions sanitaires systématiques devraient limiter tout risque de transmission, indépendamment de toute information sur un statut sérologique, comme c'est le cas en milieu médical.

Lorsque le certificat délivré mentionne seulement la compatibilité ou non à poursuivre la garde à vue dans les locaux de police, la confidentialité des informations médicales est préservée. Cependant les services de police ne sont pas informés par écrit des risques évolutifs potentiels à court terme d'un éventuel processus pathologique. Une telle présentation ne rend pas non plus compte à l'autorité requérante de la présence éventuelle de lésions traumatiques.

A l'inverse, reporter, sur le certificat transmis, toutes les informations recueillies, supposerait que les personnes gardées à vue soient informées - et aient pleinement conscience - que les

renseignements qu'elles donnent au médecin seront transmises intégralement à l'autorité judiciaire, ce qui n'est pas le cas en pratique. Une telle attitude, nuisant également à l'établissement de tout dialogue et de toute relation de confiance entre la personne gardée à vue et le médecin, serait contraire à l'esprit du secret professionnel. Un compromis consiste à mentionner les données objectives de l'examen clinique dans le certificat remis à l'autorité, mais pas les antécédents médicaux, ni aucune autre donnée recueillie par le médecin et qui ne concernerait pas la compatibilité de l'état de santé avec la poursuite de la garde à vue dans les locaux de police. Une uniformisation des certificats, alliée à une homogénéité des pratiques, aurait des implications pour le respect du droit des personnes en garde à vue, mais aussi pour la crédibilité des actes médicaux vis-à-vis des autorités de police et de justice.

Continuité des soins

En cas d'affection aiguë nécessitant des soins immédiats (fracture, crise d'asthme...), la décision de conduite à l'hôpital est facile à prendre pour le médecin requis. La garde à vue, si elle est maintenue, sera poursuivie sous surveillance policière en milieu hospitalier, là où les soins seront délivrés. La situation est plus délicate en cas d'affection chronique stabilisée, avec ou sans traitement, mais qui peut s'aggraver rapidement et de façon difficilement prévisible. Le diabète, l'asthme et l'épilepsie en sont des exemples fréquents. Assurer la continuité des soins doit être un objectif essentiel de la prise en charge d'une personne en garde à vue : le médecin doit s'assurer qu'un traitement médical pourra être poursuivi malgré la privation de liberté.

En pratique, l'intervention d'un médecin - de même que celle d'un avocat - auprès d'une personne en garde à vue, si elle ne garantit pas le respect des droits de l'homme, permet l'éclairage d'une situation souvent délicate par un élément extérieur au couple policier - personne retenue. Le médecin a une double mission : établir un constat, ce à quoi le médecin légiste est habitué, et procurer les soins nécessaires, ce qui nécessite une évaluation globale de l'état de la personne et de ses conditions de rétention. Signalons, pour conclure, la prochaine tenue d'une conférence nationale de consensus sur l'intervention du médecin en garde à vue (3), qui devrait contribuer à harmoniser les pratiques.

Références

I. Monnet, P. Chariot, Asthme et garde à vue, *Med Leg Soc* 2001, 4, 63-4 ; P. Chariot, Droit aux soins et garde à vue, *Med Leg Soc* 2001, 4, 64-6 ; Anonymous, Three-faced practice : doctors and police custody (editorial), *Lancet* 1993, 341, 1245-7 ; A. Busuttil, Doctors and police custody, *Lancet* 1993, 341, 1657 ; D. Veniel, F. Teissière, Conditions d'examen médical d'une personne en garde à vue, *Med Leg Soc* 2001, 4, 66-7 ; N. Bourokba, P. Chariot, Incompatibilité de l'état de santé avec la garde à vue dans les locaux de police des Hauts-de-Seine, *in* *Garde à vue : réalités médicales*, Biotem, Paris, 2004 (sous presse) ; P. Chariot, H. Landman, Pratique des examens médicaux de garde à vue dans les locaux de police à Paris, *in* *Garde à vue : réalités médicales*, Biotem, Paris, 2004 (sous presse) ; F. Teissière, Examen médical d'une personne en garde à vue, *Med Leg Hosp* 1998, 1, 33-5 ; P. Chariot, F. Teissière, P. Werson, Certificat médical de compatibilité avec la garde à vue. *Med Leg Soc* 2001, 4, 69-70.

Mots clés :

GARDE A VUE * Examen médical

(1) La position exprimée ici ne représente pas l'opinion de l'ensemble des médecins intervenant en garde à vue, mais seulement d'une partie d'entre eux. D'autres considèrent en effet que le médecin n'intervient en garde à vue que comme auxiliaire de justice, devant avant tout, voire uniquement, faciliter le déroulement de la procédure judiciaire. Ces deux profils de médecins ont été mis en évidence lors de l'enquête réalisée dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) du ministère de la Santé, consacré à l'étude nationale des pratiques d'intervention médicale auprès des personnes en garde à vue

(PHRC national 2002, en cours de réalisation en 2003-2004).

(2) Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité intérieure et des Libertés locales, Instructions relatives à la garantie de la dignité des personnes placées en garde à vue, 11 mars 2003.

(3) La conférence est publique et ouverte, sur inscription, aux professionnels concernés (médecins, policiers, gendarmes, magistrats, avocats, juristes). Elle se tiendra à Paris au ministère de la Santé les 2 et 3 décembre 2004. Renseignements auprès de l'auteur : patrick.chariot@htd.ap-hop-paris.fr

AJ Pénal © Editions Dalloz 2009