

L'intervention du médecin en garde à vue : le chemin sinueux vers une harmonisation des pratiques (1)

Patrick Chariot, Professeur de médecine légale et droit de la santé, université Paris 13 et Unité médico-judiciaire, hôpital Jean-Verdier (AP-HP), Bondy (93), patrick.chariot@jvr.aphp.fr

Cyril Boraud, Médecin légiste, praticien hospitalier, unité médico-judiciaire, hôpital Jean-Verdier, Bondy

L'intervention du médecin en garde à vue est désormais le domaine de la médecine légale du vivant où les professionnels disposent d'un référentiel validé au plan national. Dans une précédente mise au point (2), nous exprimions le voeu et annoncions la mise en oeuvre d'une harmonisation des pratiques médicales en garde à vue, que devait permettre la tenue d'une conférence nationale de consensus, sous l'égide des quatre ministères concernés (santé, justice, intérieur, défense) et avec la participation de professionnels de tous horizons. Cette conférence a bien eu lieu les 2 et 3 décembre 2004, avec le soutien de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, devenue Haute autorité de santé, suivie de l'élaboration, au début 2005, de recommandations par un jury comportant médecins, magistrats, avocats, policiers et gendarmes. Les textes des experts et les interventions orales lors de la séance publique ont été publiés (3). Le texte de ces recommandations est accessible sur le site de la Haute autorité de santé (4). Ces recommandations nationales, n'ayant pas d'équivalent à l'étranger, ont aussi fait l'objet d'une publication en langue anglaise dans une revue internationale de médecine légale (5).

Pour autant plusieurs questions restent en suspens, parce que certains points n'ont pas été abordés, ou plus souvent en raison de l'absence d'application des recommandations du jury de la conférence. Dans cet article, nous présenterons les avancées permises par la conférence et les principales questions non résolues.

Le médecin en garde à vue : des logiques contradictoires, une triple mission

L'intervention 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. Ces principes de respect se heurtent à la réalité des conditions, souvent humiliantes, de la garde à vue.

Le cadre de la relation médecin-patient en garde à vue 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. Ces contraintes s'ajoutent à l'inconfort et aux privations de tous ordres (repos, hygiène...) caractérisant la majorité des gardes à vue en France.

Enfin, 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.

Le jury de la conférence a identifié une triple mission pour le médecin :

- mission de protection de la dignité, de l'intégrité physique et psychique et de la santé de la personne, 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 ;
- mission de type expertal, réalisée dans l'intérêt de la personne gardée ou de l'autorité requérante et qui se distingue d'une expertise vraie au sens juridique du terme ; le jury a recommandé que le médecin 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. 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 ;
- mission d'expertise, dans certains cas où 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.

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

Particularités de l'exercice médical en garde à vue

Les particularités principales sont les difficultés d'anamnèse liées au contexte : risque de fausses allégations ; risque de dissimulation. Par ailleurs, la garde à vue entraîne un risque d'aggravation aiguë de certaines affections.

En règle générale, l'examen médical doit se dérouler sur les lieux de la garde à vue, dans un local approprié. Un complément d'examen à l'hôpital peut s'avérer nécessaire si les conditions d'un examen acceptable ne sont pas réunies ou lorsque le recours à un avis, à des examens complémentaires ou à un traitement en milieu hospitalier sont nécessaires. Le médecin peut prescrire une réévaluation de l'état de santé de la personne gardée à chaque fois qu'il l'estime nécessaire.

La recommandation de pratiquer l'examen médical dans les locaux de police ou de gendarmerie chaque fois que cela est possible 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 ;
- qu'il doit exercer la médecine dans des conditions techniques souvent insatisfaisantes.

Conditions d'examen médical

Des conditions de réalisation de l'examen médical, autant que de son cadre légal, dépend le respect du droit des citoyens mis en garde à vue. 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 de la conférence a recommandé 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 l'état de la personne et 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 ;
- relativement à la sécurité : la sécurité devrait 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.

Secret professionnel, indépendance du médecin

Il est nécessaire, pour le médecin, d'informer 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 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 de la personne elle-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.

Une fois ces principes justement affirmés par le jury, il convient de souligner les limites de l'information effective de la personne, de l'indépendance du médecin et les difficultés de respect du secret professionnel en garde à vue.

Ainsi, 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 de la personne gardée 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.

Le secret professionnel est difficilement respecté lorsqu'un traitement prescrit n'est pas immédiatement disponible. Dans le cas où la personne gardée dispose de ses médicaments ou dans le cas où la famille peut les faire parvenir, le médecin doit procéder 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. L'expérience quotidienne montre que, quelles que soient les modalités de délivrance envisagée, les policiers ou gendarmes posent souvent la question au médecin de la nature et de l'indication du traitement prescrit, et qu'ils acceptent difficilement que le médecin ne leur réponde pas et se retranche - à juste titre - derrière le secret professionnel.

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. Le médecin n'a pas de compétence pour apprécier l'opportunité de lever la mesure de garde à vue en elle-même. Dans la grande majorité des cas, la garde à vue a lieu dans un commissariat de police ou une brigade de gendarmerie. Dans ce cadre le médecin peut certifier que la garde à vue :

- peut se poursuivre sur place et 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 ;

- peut se poursuivre sur place à certaines conditions. Il s'agit là d'une solution permettant souvent, dans la pratique, de concilier les intérêts et les contraintes de chacun ; 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 insulinorequérant),

- à des conditions particulières de garde à vue (condition de rétention et de conduite de l'interrogatoire) ;

- ne peut pas se poursuivre sur place, 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 oeuvre dans les locaux de police ou de gendarmerie et nécessitant une hospitalisation.

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

Le jury de la conférence a rappelé que l'hospitalisation n'était pas de droit et ne s'imposait à l'établissement que si le médecin hospitalier confirmait 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. La mise en oeuvre de ces recommandations en 2008, plus de trois ans après leur publication, est parfois difficilement acceptée par les officiers de police judiciaire.

Certificat médical

La forme et le contenu du document rédigé par le médecin à l'issue de son examen, particulièrement hétérogènes, ont été précisés à l'issue de la conférence. La réponse médicale devrait prendre 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 deux exemplaires, le premier pour l'autorité requérante, le deuxième pour le médecin. Un troisième exemplaire pourrait être destiné à 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).

Le second volet, non transmis à l'autorité requérante, constituera une fiche médicale confidentielle, conservée par le médecin. Un deuxième exemplaire pourrait être destiné à la personne gardée, 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. Cette fiche a pour fonction de recueillir et de conserver la trace d'informations médicales ne concernant pas directement la réponse à la question ou aux questions posée(s) au médecin sur réquisition mais qui peuvent étayer la décision de compatibilité avec la garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure.

Les données recueillies concernent :

- les antécédents médico-chirurgicaux, y compris les conduites addictives, fréquentes et d'intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique majeur dans le temps de la garde à vue ;
- les traitements en cours, le jour et l'heure de la dernière prise ;
- les conditions de la garde à vue : les réactions psychologiques face à une décision de placement en garde à vue dépendant notamment de l'expérience que la personne peut avoir de la mesure, une attention médicale particulière doit être portée aux personnes placées en garde à vue pour la première fois ;
- les données d'examen clinique : le contenu de l'examen clinique est à l'appréciation du médecin, orienté par les déclarations de la personne. La description succincte systématique de l'état psychique permet de situer le contexte de l'examen médical général ;
- les examens complémentaires éventuellement pratiqués ;
- la nature des traitements éventuellement prescrits : la nature des traitements administrés est en effet couverte par le secret professionnel et ne doit pas être communiquée à l'autorité requérante, sauf dans l'intérêt direct de la personne et avec son accord. Elle doit cependant figurer dans la fiche médicale.

Le dispositif de surveillance recommandé : une garde effectivement à vue

La surveillance d'une personne placée en garde à vue, assurée par les fonctionnaires de police ou les militaires de gendarmerie, doit être directe, à vue, ou par l'intermédiaire de caméras de surveillance. Le gardien doit pouvoir entendre à tout moment l'appel de la personne gardée. Cette recommandation a suscité le trouble dans certaines unités de gendarmerie, où de fait une surveillance constante n'est pas assurée à certaines heures de la nuit.

La consultation médicale comme lieu de repérage

Le médecin devrait avoir pour objectif le repérage des principaux risques : suicide, conduites addictives (alcool, substances illicites, médicaments psychotropes), pathologies mentales.

L'approche médicale doit permettre de recueillir les doléances du patient. 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.

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 avertir 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.

Quelle place pour le soin en garde à vue ?

Cette question concerne en premier lieu les médecins, mais aussi les gardiens, policiers ou gendarmes.

Le jury de la conférence, suivant en cela plusieurs avis d'experts, a affirmé le principe du nécessaire respect de la continuité des soins. La garde à vue ne constitue pas le moment approprié, sauf cas particuliers, pour débiter de nouveaux traitements non urgents. Le médecin doit se préoccuper de la continuité des soins en aval et notamment de la transmission des informations à l'administration pénitentiaire ou au médecin traitant ou hospitalier.

La place du soin dans l'intervention du médecin auprès d'une personne en garde à vue ne va pas de soi. Le principe de continuité des soins semble légitime, le médecin devant 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'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. Cependant, la délivrance de soins peut aussi apparaître comme découlant d'une préoccupation - bien contestable - de rendre l'état d'une personne compatible avec la rétention.

Le refus d'arrondir les angles pour garantir la compatibilité d'un état de santé avec le maintien de la personne gardée dans les locaux de police peut provenir de la personne elle-même. Ainsi, un jeune homme d'une vingtaine d'années placé en garde à vue a été récemment conduit à l'hôpital Jean-Verdier (Bondy) aux fins d'examen médical, demandé par la police. Ensanglanté, il présentait de nombreuses lésions de violence récentes, en particulier au visage. Il a calmement mais fermement refusé tout examen clinique et tout soin afin, disait-il, que les policiers aient devant eux, durant toute sa garde à vue, le résultat des violences qu'ils lui avaient fait subir.

Le rôle des gardiens, dont les fonctions et la formation ne permettent pas de les considérer comme des auxiliaires médicaux, a été utilement précisé lors de la conférence de consensus : la prise en charge médicale de la personne gardée 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 remis à l'autorité requérante, les modalités particulières de surveillance nécessaires au maintien de la garde à vue.

Mise en oeuvre des recommandations, réexamen des questions posées : un accompagnement institutionnel incertain

La constitution d'un groupe de travail à l'initiative du ministère de la Justice en juin 2006, sur le même thème - l'intervention du médecin en garde à vue - que la conférence de consensus tenue un an et demi auparavant a suscité l'interrogation des acteurs de la conférence. La rédaction d'un guide de bonnes pratiques a été initiée. La mise en place au plan national du modèle attendu de certificat médical uniformisé reste un projet. L'absence de conclusions des travaux de ce groupe près de deux ans plus tard n'a pas dissipé les craintes d'un renoncement

institutionnel à toute harmonisation des pratiques. Divergences locales et pratiques médicales individuelles persistent, de même que les conditions indignes de rétention. Le nombre de placements en garde à vue continue à croître en France et a atteint 562 000 en 2007 (6).

Mots clés :

GARDE A VUE * Examen médical * Questions pratiques

(1) L'AJ Pénal, dans son numéro 6/2008, a consacré un dossier à La garde à vue : questions pratiques ? constitué, outre la présente contribution, des articles suivants :

La garde à vue du code d'instruction criminelle à nos jours par Hervé Vlamynck, p. 257 ;

Approche policière de la garde à vue par Hervé Vlamynck, p. 262 ;

L'intervention du médecin en garde à vue : le chemin sinueux vers une harmonisation des pratiques par Patrick Chariot et Cyril Boraud, p. 265 ;

Garde à vue : la *French touch* par Emmanuel Daoud et Emmanuel Mercinier, p. 269 .

(2) P. Chariot, L'intervention du médecin en garde à vue, AJ pénal 2004. 279-282 .

(3) P. Chariot P (dir.), *Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. Actes de la conférence de consensus*, Paris, Dalloz, 2006, 784 pages.

(4) Haute autorité de santé, Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. Texte des recommandations du jury (versions longue et courte) disponible sur www.has-sante.fr.

(5) P. Chariot, P. Martel, M. Penneau, M. Debout, Guidelines for doctors attending detainees in police custody, Int J Legal Med 2008, 122, 73-6.

(6) Selon les données communiquées par le ministère de l'Intérieur, accessibles sur www.interieur.gouv.fr.