

 la Presse Médicale & Quarterly Medical Review		ISSN 0755-4982  Volume 42 - N° 1 Janvier 2013
www.em-consulte.com/revue/lpm - www.sciencedirect.com		
Éditoriaux / Editorials		
Relation avec le patient : cœur de notre métier C. Janas	1	
<i>Narrative medicine in the international education of physicians</i> R. Charon	3	
Articles originaux		
L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? F. Goupy, G. Abgrail-Barbry, E. Adangoul, A. Chahwakilian, D. Deblotte, T. Girard, J.-M. Lassusnière, N. Roche, T.-A. Szwed, N. Dantchev, P. Inadou, C. Le Jeune	e1	
Intervention du médecin en garde à vue : proposition d'un certificat médical amélioré H. Barthe, T. Lebrun, C. Borsaud, P. Chariot	e9	
Motifs de consultation thématisée de maladie unguéale : étude prospective E. Le Bidre, Y. Pasquies, E. Estève	e16	
Groupes d'échange de pratique entre pairs : un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale P. François, A.-C. Philibert, G. Esturillo, É. Sellier	e21	
Revue systématique		
Stratégies d'arrêt du traitement de substitution par méthadone K. Ksouda, Y. Bloch, J. Dugarin, G. Dupuy, X. Laqueille, J.-P. Lépine, F. Vaispan	e28	
Mises au point		
Place du consentement dans les relations entre médecins et patients : un point de vue philosophique M. Marzano	6	
Adipocytokines : des acteurs de l'inflammation dans les rhumatismes inflammatoires chroniques et les maladies auto-immunes ? E. Toussaint	13	
Abstinence dans l'alcoolodépendance : approche critique et actualisation des recommandations nationales de 2001 B. Rolland, V. Laprevote, P.A. Geoffroy, D. Guardia, R. Schwan, O. Cottencin	19	
Effets indésirables cardiaques des chimiothérapies M. Castel, F. Despas, A. Modesto, C. Gales, B. Morton, M. Galinier, J.-M. Senard, A. Pathak	26	
Cas clinique		
Hyperplasie nodulaire régénérative secondaire à une chimiothérapie à base d'oxaliplatine D. Béchade, G. Dissolunz, M. Forck, I. Soubeyran, Y. Bécouarn, S. Evraud	102	
Lettres à la rédaction		
Activité physique intense responsable d'une insuffisance aortico-hypophysaire chez un patient atteint d'un kyste de la poche de Rathke J.-C. Maiza, S. Schneebeli	108	
Angiocholite aiguë : mode de révélation d'un carcinome épidermoïde par de la vésicule biliaire M. Bouassida, B. Mroua, A. Douggaz, M.M. Mighri, H. Touinssi, S. Sassi	110	
Vascularite cutanée d'évolution favorable après excrèse d'un phéochromocytome S. Sovala, P. Belenotti, N. Ené, F. Sebag, J. Serratrice, P.-J. Weiller	113	
Maladie de Still de l'adulte au cours d'une grossesse S. Hammami, A. Barhoumi, C. Loussaief, S. Mahjoub, M. Chakroun	114	
Images en médecine		
Douleurs osseuses chroniques : métaplasie myéloïde L. Raffray, C. Dieval, J.-F. Viillard	117	
Correspondances		
Réponse des auteurs à la correspondance à propos de l'article « Interaction entre créatininémie et kaliémie chez les patients atteints d'une intoxication digitalique » F. Lapostolle, E. Devallière, A. Alhéritière, F. Adnet	120	
Correspondance à propos de l'article « Interaction entre créatininémie et kaliémie chez les patients atteints d'une intoxication digitalique » B. Megarbane, M. Aout	120	
Correspondance à propos de l'article « Pseudo-microangiopathie thrombotique : un piège diagnostique » B. Viret	122	
Remerciements aux experts	123	
Infections et parasitoses intestinales aiguës		
Infections et parasitoses intestinales aiguës : il est urgent d'éclairer la « boîte noire » ! O. Bouchaud	42	
Microbiote intestinal : de la diarrhée post-antibiotiques aux maladies inflammatoires intestinales E. Quévrain, P. Seksik	45	
Diarrhées infectieuses aiguës de l'adulte : épidémiologie et prise en charge L. Beaugerie, H. Sokol	52	
Conduite à tenir devant une diarrhée aiguë chez l'enfant T. Van Trieu, L. De Pontual	60	
Quand faut-il demander une coproculture ? B. Picard	66	
Les <i>Escherichia coli</i> entérohémorragiques : des entérobactéries d'actualité M. Gouali, F.-X. Weill	68	
Diarrhées du voyageur : épidémiologie, prévention et conduite à tenir B. Marchou	76	
Pourquoi faut-il éviter l'antibiothérapie dans la diarrhée aiguë présumée infectieuse ? A. Lefort	82	
Quand peut-on évoquer et comment traiter une parasitose intestinale en France ? O. Bouchaud	84	
Infections intestinales aiguës : vaccins actuels et futurs P. Erlich, P.J. Sansonetti	93	
Indexé dans / Indexed in : MEDLINE/PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Life Sciences, EMBASE/Excerpta Medica, Science Citation Index/SCI, FASCIA (INRS-ENFS), SCOPUS®		

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Intervention du médecin en garde à vue : proposition d'un certificat médical amélioré

Hugo Briffa¹, Thomas Lefèvre¹, Cyril Boraud¹, Patrick Chariot^{1,2}

1. AP-HP, hôpital Jean-Verdier, service de médecine légale, 93140 Bondy, France
2. Université Paris-13, institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), UMR 8156-997, UFR SMBH, 93017 Bobigny cedex, France

Reçu le 10 janvier 2012
 Accepté le 3 avril 2012

Disponible sur internet le :
 4 juillet 2012

Correspondance :

Patrick Chariot, Hôpital Jean-Verdier, service de médecine légale, avenue du 14-Juillet, 93140 Bondy, France.
patrick.chariot@jvr.aphp.fr

Summary

Physicians attending detainees in police custody: An improved format of the doctor's opinion

Objective > Physicians attending detainees in police custody should decide whether the detainee's health status is compatible with detention in a police station. According to a recent French law on police custody (April 14, 2011), the physician is expected to make any useful observations. Standard documents have been proposed since 2004. They have not been extensively used so far. Our objective was to analyze the content and the limitations of such documents and to elaborate a new model.

Methods > We analyzed available models, studied how they fit to national guidelines, and proposed a new model which was more in accordance with the existing guidelines.

Results > Recommended format of the doctor's opinion consists in two parts: a standard medical certificate to be sent to the authority who requested the doctor's attendance and a confidential medical record, which is not sent to the requesting authority. Some guidelines were not followed, e.g. detection of psychiatric illnesses and addictive behaviours, and a systematic record of traumatic injuries. The new model has been tested

Résumé

Objectif > Le médecin intervenant en garde à vue doit se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec son maintien en garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure. La loi du 14 avril 2011 précise que le médecin procède à toutes constatations utiles. Depuis 2004, des modèles de certificat ont été proposés, leur utilisation reste inhabituelle. Notre objectif était d'analyser les caractéristiques de ces certificats et de proposer un nouveau modèle prenant en compte leurs limites.

Méthodes > Nous avons analysé les certificats existants, étudié dans quelle mesure ils prenaient en compte les recommandations de la conférence nationale de 2004 et proposé un modèle plus conforme à ces recommandations.

Résultats > La réponse médicale recommandée depuis 2004 prend la forme d'un document comportant deux volets : le certificat médical remis à l'autorité requérante et le dossier médical confidentiel. Certaines recommandations n'étaient pas prises en compte, comme la description systématique des lésions traumatiques et le repérage des conduites addictives et des maladies mentales. Le nouveau modèle de certificat, éprouvé par une pratique collective de 18 mois, précise désormais la localisation d'éventuelles blessures et suggère la détermination systématique d'une durée d'incapacité totale de travail, même en l'absence de rédaction d'un

for 18 months by a group of 25 forensic physicians. It includes the description of traumatic injuries and suggests that the doctor systematically assesses a duration of total incapacity to work, even if an extensive description is not requested by the authority. The confidential medical record mentions psychiatric history and addictive behaviours.

Conclusion > The proposed model could help detainees to assert their rights. It could also take part in characterizing health hazards to which detainees can be exposed.

L'intervention d'un médecin est un droit pour toute personne placée en garde à vue en France [1]. Le médecin, requis par un officier de police judiciaire, doit au terme de son examen se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec son maintien en garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure. La loi n'informe pas sur le contenu du certificat [1]. Il existe une hétérogénéité marquée des informations transmises par le médecin [2]. À l'issue d'une conférence nationale de consensus en 2004, le jury recommandait que la réponse médicale prenne la forme d'un document uniformisé et comporte deux volets, le premier volet constituant le certificat remis à l'autorité requérante, le second volet, non trans-

certificat descriptif. Le volet confidentiel précise les antécédents psychiatriques et les conduites addictives.

Conclusion > Le modèle proposé pourrait contribuer à ce que les personnes gardées à vue fassent mieux valoir leurs droits et à mieux caractériser les risques sanitaires auxquels elles seraient exposées.

mis, constituant le dossier médical confidentiel [3,4]. En 2009, le ministère de la Justice a publié un guide de bonnes pratiques incluant un certificat type, inspiré du modèle précédent [5]. En 2012, l'utilisation de ces modèles reste inhabituelle. Le comité européen de prévention de la torture, à la suite d'une visite en France, a recommandé leur utilisation [6]. Le faible recours aux modèles existants pourrait être dû aux défauts de leur contenu, inadapté à la diversité des médecins intervenants en garde à vue : médecins généralistes, urgentistes ou médecins légistes [7].

L'objectif principal de cette étude, dans le contexte de la loi du 14 avril 2011 relative à la garde à vue qui précise les missions du médecin requis [1,8], était de procéder à une analyse critique des certificats types existants. L'objectif secondaire était de proposer un nouveau modèle, utilisable par tout médecin, familial ou non des examens en garde à vue.

Méthodes

Nous avons analysé, dans les deux certificats types issus de la conférence de consensus de 2004 [3] et du guide de bonnes pratiques du ministère de la Justice de 2009 [5], le contenu du certificat transmis à l'autorité requérante et celui du volet médical confidentiel.

Mise en œuvre des recommandations du jury de la conférence de 2004

Dans une première étape, nous avons étudié dans quelle mesure les recommandations de la conférence [3] étaient ou non prises en compte dans les modèles proposés. Ces recommandations concernaient les domaines suivants [3] : le premier volet, transmis à la justice, devait préciser l'identité du médecin, de l'autorité requérante et de la personne examinée, les date, heure et lieu d'examen, les doléances de la personne, les consignes particulières de surveillance et les conclusions sur la compatibilité de l'état de santé avec la garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure ; le second volet, non transmis à la justice, devait inclure les antécédents médicaux, les pratiques addictives, les traitements en cours, les remarques sur les conditions de garde à vue, le résultat de l'examen clinique et la décision thérapeutique.

Ce qui était connu

- Le médecin requis pour examiner une personne gardée à vue doit se prononcer par écrit **sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la garde à vue**.
- Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 14 avril 2011, **le médecin doit également faire « toutes constatations utiles » dans son certificat**.
- **Les modèles de certificats types** recommandés en 2004 et 2009 **sont rarement utilisés**.

Ce qu'apporte l'article

- **Un certificat permettant la mise en œuvre de recommandations nationales** non prises en compte dans les modèles existants.
- **La première page, certificat remis à l'autorité requérante**, comporte systématiquement la localisation d'éventuelles lésions traumatiques récentes.
- **La seconde page, fiche médicale confidentielle**, constitue un guide orientant le médecin vers l'appréciation des antécédents psychiatriques, des conduites addictives, des violences rapportées et des lésions traumatiques constatées.

Élaboration d'un nouveau certificat

Dans une seconde étape, nous avons élaboré un nouveau certificat permettant la mise en œuvre des recommandations qui n'avaient pas été prises en compte dans les deux premiers modèles. Nous avons limité l'espace rédactionnel à deux pages, une pour le certificat remis à l'autorité requérante, une pour le dossier médical confidentiel. Trois questions utilisées dans une évaluation de la santé ressentie standardisée à l'échelon européen ont été incluses [9,10], comme suit (*encadré 1*) : « Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ? », « Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? », « Comment jugez-vous votre état de santé général ? ». Pour les pratiques addictives, les critères d'usage et de dépendance étaient ceux du DSM IV. La réalisation éventuelle d'une intervention addictologique brève était mentionnée [11]. En cas de lésions traumatiques, la durée d'incapacité totale de travail était déterminée suivant les recommandations de bonne pratique publiées par la Haute Autorité de santé [12].

Validation du modèle proposé

Le processus de validation a été interne à un collectif de 25 médecins diplômés de médecine légale, intervenant à parts égales dans les locaux de police ou de gendarmerie de Seine-Saint-Denis et à l'hôpital Jean-Verdier (Bondy). Le recueil des critiques a porté sur la mise en page du certificat, sa facilité d'utilisation quotidienne, ainsi que sur la pertinence de ses différentes rubriques. Après prise en compte des critiques et suggestions, le modèle proposé a fait ensuite l'objet d'une validation pratique de plus d'un an par les médecins du service de médecine légale de l'hôpital Jean-Verdier.

Résultats

Modèle proposé en 2004 (conférence de consensus)

Les éléments effectivement contenus dans les deux volets de ce modèle sont dans l'*encadré 2* et dans la référence [3]. Un exemplaire supplémentaire des deux volets décrits était produit,

ENCADRÉ 1

Évaluation de la santé ressentie [9]

1. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

Oui – Non – NSP

2. Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

Oui, fortement limité – Oui, limité – Non – NSP

3. Comment jugez-vous votre état de santé général ?

Très bon – Bon – Moyen – Mauvais – Très mauvais

NSP : ne se prononce pas.

ENCADRÉ 2

Contenu du certificat proposé à l'issue de la conférence de consensus de 2004 [3]

Première page, certificat remis à l'autorité :

- identification du médecin effectuant l'examen et de l'autorité requérante ;
- nom, prénom et date de naissance de la personne examinée ;
- lieu, date et heure de l'examen, missions du médecin, notamment celle de déterminer la compatibilité de l'état de santé de la personne avec son maintien en garde à vue ;
- consentement de la personne gardée à l'accomplissement des missions du médecin, ou son refus ;
- doléances de la personne examinée ;
- précision si l'examen clinique a été pratiqué ou pour quel motif il ne l'a pas été ;
- existence de lésions traumatiques récentes visibles ;
- nature des décisions thérapeutiques : traitement délivré directement ou remis sous enveloppe à l'officier de police judiciaire pour délivrance différée, dont l'heure était alors précisée, remise d'une ordonnance, nécessité d'une surveillance particulière ;
- conclusion sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec son maintien dans les locaux de police ou de gendarmerie : compatibilité pour une durée de 24 heures ou sous réserve de certaines conditions à préciser, incompatibilité avec le maintien en garde à vue, nécessité du recours à un avis spécialisé, refus de conclure en raison des conditions d'examen ou de rétention de la personne ;
- indications relatives à la capacité de la personne à répondre aux interrogatoires ;
- autres observations.

Seconde page, volet constituant le dossier médical confidentiel :

- antécédents médicochirurgicaux : asthme, diabète, épilepsie, cardiopathie, hypertension artérielle, antécédent suicidaire, pathologies mentales, maladies infectieuses, addictions (consommation d'alcool, de drogues illicites, de médicaments psychoactifs), grossesse évolutive, contraception. En présence d'une des situations citées, espace rédactionnel permettant d'apporter des précisions ;
- traitements actuels et heure de la dernière prise ;
- observations éventuelles sur les conditions de garde à vue ;
- données d'examen clinique, rédigées de manière libre ;
- examens complémentaires réalisés et résultats ;
- décisions thérapeutiques, traitements prescrits et modalités d'administration ;
- nécessité éventuelle d'une surveillance pendant la garde à vue ou d'une hospitalisation.

par exemple sous la forme de feuillets autocopiés, afin d'être transmis aux médecins intervenant ultérieurement ou chargés du suivi, en particulier à l'hôpital ou en milieu pénitentiaire. Plusieurs éléments figurant dans les recommandations de la conférence n'apparaissaient pas dans ce modèle. Les données concernant les pratiques addictives ne précisaient pas les modalités de consommation ni l'existence d'une dépendance. Les données recueillies sur les troubles mentaux ne permettaient pas de distinguer les antécédents et l'état actuel.

Modèle proposé en 2009 (ministère de la Justice)

En 2009, un guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue publié par la direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la Justice, proposait un modèle de certificat inspiré de celui de 2004. Il conservait la même organisation que le précédent, en deux volets. Le médecin était invité à se prononcer sur l'existence de troubles mentaux relevant d'une hospitalisation d'office. Dans la fiche médicale confidentielle, le médecin était invité à rapporter l'existence de violences alléguées survenues avant, pendant ou après l'interpellation. Il devait indiquer la fréquence cardiaque, la tension artérielle et les résultats de l'auscultation, ainsi que la nature et l'emplacement d'éventuelles lésions traumatiques récentes visibles.

Plusieurs éléments figurant dans les recommandations de la conférence n'apparaissaient pas dans ce modèle. Il n'était plus demandé au médecin de fournir des indications sur la capacité de la personne à répondre aux interrogatoires. Les données concernant les pratiques addictives et les troubles mentaux, manquant dans le certificat de 2004, n'avaient pas été introduites.

Document utilisé depuis 2010 (Seine-Saint-Denis)

Le certificat utilisé en Seine-Saint-Denis depuis juin 2010 a été élaboré sur la base des deux précédents, suite à leur utilisation pendant 18 mois, à raison de 22 000 examens par an, par une équipe de 25 médecins. À l'issue de cette période, quelques modifications mineures de mise en page de la fiche médicale confidentielle ont été apportées (figure 1, disponible en complément électronique). Désormais, la localisation d'éventuelles lésions traumatiques récentes figure sur le certificat remis à l'autorité, ainsi que la mention, s'il y a lieu, de la rédaction d'un certificat descriptif de blessures. La partie médicale confidentielle, quant à elle, indique si l'examen est demandé par la personne et, si tel est le cas, le motif de cette demande. En cas de problèmes psychologiques ou d'affection psychiatrique déclarée, des informations sur un suivi ou une hospitalisation en psychiatrie, sur un référent psychiatrique actuel et sur les dates de la dernière et de la prochaine consultation doivent compléter la recherche d'antécédents, dont les tentatives de suicide. De même, des données recueillies sur les pratiques addictives permettent d'apprécier la fréquence et la quantité, le mode

de consommation, l'âge de début et l'heure de la dernière prise pour chaque produit. Le médecin doit ensuite qualifier l'usage de chaque substance, normal, à risque ou nocif, ou une dépendance. Il mentionne si une démarche de soins addictologiques est en cours. L'heure de début de garde à vue, l'existence de gardes à vue antérieures et s'il y a lieu le délai depuis la dernière mesure, le type d'infraction et l'appréciation de la personne sur le déroulement général de la garde à vue sont indiqués. Il précise, en cas de violences déclarées, leur lieu de survenue. Le médecin est invité à apprécier l'état psychique et le niveau de vigilance de la personne et, s'il constate des lésions traumatiques récentes visibles, à déterminer une incapacité totale de travail, qu'elle soit demandée sur réquisition ou non. Il doit préciser si les traitements délivrés le sont dans le cadre d'une démarche de continuité des soins ou de l'instauration d'un nouveau traitement médicamenteux.

Discussion

Les modèles successifs de certificats attestent d'une préoccupation commune : mettre à disposition de tout médecin intervenant en garde à vue un support rédactionnel identique, distinguer la réponse à la réquisition judiciaire et les renseignements médicaux confidentiels. En 2009, l'évolution portait surtout sur la structuration de la partie médicale confidentielle. En 2010, le modèle prévoit explicitement la mention d'éventuelles lésions traumatiques constatées et permet le recueil de données sur l'état de santé perçu, la santé mentale et les pratiques addictives. Les données présentées à l'occasion de la conférence de consensus de 2004 ont montré que certains médecins n'intervenaient que de manière exceptionnelle en garde à vue. Ils ne sont familiers ni des particularités de l'examen médical d'une personne gardée à vue, ni des modalités de réponse à une réquisition judiciaire et des limites du secret professionnel dans ce contexte. Mettre à la disposition de tout médecin intervenant en garde à vue un support rédactionnel identique favorise l'harmonisation des pratiques médicales, au-delà de la seule rédaction d'un certificat transmis à l'autorité judiciaire requérante. Ainsi, le jury de la conférence ayant retenu le principe d'une continuité des soins en garde à vue, la mention, sur le support rédactionnel, de différentes modalités de délivrance des traitements prescrits est un guide favorisant sa mise en œuvre. La réponse du médecin sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la garde à vue doit souvent être nuancée. Pour le jury, conclure à une compatibilité sous conditions permettait de concilier intérêts et contraintes de chacun [3]. Proposer au médecin sur le certificat, parmi les choix de conclusions, la compatibilité sous conditions permet de s'adapter à la réalité des décisions prises sur le terrain. La compatibilité sous conditions représentait en effet plus de la moitié des conclusions dans une série d'examens de personnes gardées à vue en Allemagne [13]. Le jury a estimé qu'au-delà des missions attendues, le médecin devait donner également des indications sur la

capacité de la personne gardée à répondre aux interrogatoires, cette capacité pouvant être altérée par la consommation de substances psychoactives, médicamenteuses ou non [3]. Le certificat proposé en 2004, en réservant un espace rédactionnel à cette question, invitait chaque médecin à s'interroger sur la capacité de la personne gardée à répondre aux interrogatoires de police, prenant ainsi exemple sur les pratiques habituelles au Royaume-Uni [14].

L'intervention d'un médecin en garde à vue se déroule le plus souvent dans un cadre inhabituel, peu satisfaisant au regard des conditions matérielles minimales d'exercice médical. La réponse du médecin requis concerne des informations couvertes par le secret professionnel. Au-delà d'une simple réponse par oui ou par non à la question de la compatibilité de l'état de santé avec la garde à vue, le recueil et la retranscription de données constituent un élément de preuve de la réalisation d'un examen clinique en cas de plainte ou d'événement sanitaire grave ultérieur et permettent la traçabilité des actes médicaux, en particulier en cas d'examens répétés au cours de la même garde à vue. Ainsi, à l'issue de la conférence de consensus de 2004, le jury a proposé un document en deux volets dont un seul était remis à l'autorité, ce qui permettait de répondre à la réquisition sans porter atteinte au secret médical. Le second volet constituait un dossier médical confidentiel établi en deux exemplaires : l'un conservé par le médecin, l'autre qui peut être remis sous enveloppe à la personne à l'issue de sa garde à vue ou transmis, avec son accord, aux médecins chargés de son suivi. La production d'un exemplaire supplémentaire répondait à la demande d'une meilleure articulation entre les soignants intervenant pendant la garde à vue et les structures de soins en milieu pénitentiaire.

En 2009, dans le certificat figurant en annexe du guide de bonnes pratiques publié par le ministère de la Justice, il n'était plus proposé au médecin de fournir des indications sur la capacité de la personne à répondre aux interrogatoires. Certains enquêteurs craignaient en effet que l'expression de réserves sur la capacité de la personne à être interrogée n'induisse des contestations sur la force probante des renseignements obtenus lors des auditions. Le volet médical était enrichi par l'ajout d'un paragraphe sur les violences alléguées et la constatation de lésions traumatiques, mettant ainsi en application la recommandation de la conférence de 2004 qu'un examen cutané soit conduit devant toute suspicion de violences [3]. L'introduction, dans la loi du 14 avril 2011, de la nécessité pour le médecin de procéder à toutes constatations utiles, reflète probablement cette préoccupation [1,8].

Depuis 2010, le certificat utilisé en Seine-Saint-Denis témoigne d'une volonté de développer les possibilités de recueil épidémiologique, en particulier dans le domaine des pratiques addictives et de la santé mentale. Il permet le recueil de données sur la nature d'éventuelles lésions traumatiques et leur contexte de survenue, indépendamment d'une demande judiciaire

spécifique de décrire de telles lésions. Le volet transmis en réponse à la réquisition mentionne l'existence de lésions traumatiques récentes et leur localisation. Cette précision a pour fonction d'attirer l'attention du destinataire du certificat, officier de police judiciaire ou magistrat, ou d'un lecteur, avocat ou médecin intervenant ultérieurement. Ces informations sont associées à une description de la nature et du siège des lésions constatées, ainsi qu'à la détermination d'une incapacité totale de travail de manière systématique sur le volet confidentiel. Ainsi, les intérêts de la personne gardée sont préservés en cas de plainte de sa part à l'issue de la garde à vue. La partie médicale précise l'origine de la demande d'examen, par les services enquêteurs ou par la personne elle-même, et dans ce cas le motif de la demande, afin d'orienter l'entretien et l'examen. Les questions standardisées sur l'état de santé perçu ajoutent une dimension d'observatoire de santé à l'examen des personnes gardées, souvent peu médicalisées. Les informations recueillies sur les pratiques addictives et la santé mentale complètent cette approche de santé publique ; elles permettent de dépister et de prévenir les complications qui pourraient survenir pendant la garde à vue, tels les syndromes de sevrage, parfois à l'origine de faux aveux [15]. L'obtention de ces données facilite en outre le lien avec les structures de soins. Dans certains cas cependant, la continuité des soins et l'établissement d'une relation de confiance avec la personne en garde à vue sont difficiles, compte tenu des conditions d'examen, de l'horaire de la consultation et du caractère non choisi du médecin.

Attirer l'attention du médecin sur l'existence de gardes à vue antérieures contribue à sa capacité d'apprécier le niveau d'anxiété associée à la privation de liberté, souvent d'autant plus grande que la personne n'a jamais été soumise à une telle mesure. Connaître le motif de placement, par ce qu'en dit la personne ou par lecture de la mention écrite, inconstante, de ce motif sur la réquisition à médecin, permet également de comprendre le contexte de la privation de liberté et les suites qui pourraient être données. Ces préoccupations ne s'inscrivent pas dans une perspective d'enquête ou d'interrogatoire déguisé : il s'agit d'apprécier la compatibilité avec le maintien dans les locaux de police ou l'indication à une surveillance ou une réévaluation médicale avant la fin de la période de 24 heures. L'appréciation de l'état de conscience et du niveau de vigilance est désormais explicitement attendue, en raison de son poids dans la détermination de la compatibilité de l'état de santé d'une personne avec son maintien en garde à vue dans les locaux de police ou de gendarmerie.

L'identification explicite de différentes situations dans lesquelles l'état de santé de la personne est compatible avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police a une utilité pédagogique, en particulier lorsque le médecin requis a une expérience limitée de l'intervention en garde à vue. Ainsi, les raisons médicales pour qu'une garde à vue ne soit possible dans des locaux de police ou de gendarmerie que jusqu'à une heure

donnée sont souvent liées aux conditions de repos, très précaires et ne pouvant convenir, par exemple, à une femme enceinte de six mois ou encore à un patient ayant un syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Dans les décisions d'incompatibilité, bien que la décision d'hospitalisation revienne au médecin hospitalier, il est utile d'informer l'officier de police judiciaire de l'existence ou de l'absence d'une indication d'hospitalisation. La mention explicite de ces différentes situations a été guidée par l'expérience de situations où une personne gardée à vue n'est pas dans un état de santé lui permettant de rester dans les conditions précaires offertes par des locaux de police. Pour autant, si la personne se trouvait à domicile avant le placement en garde à vue, elle pourrait y revenir et il n'y a pas d'indication à une hospitalisation. Les pratiques judiciaires peuvent varier localement et selon la gravité de l'infraction suspectée mais il y a habituellement dans ces situations une levée de la garde à vue et il est important que l'officier de police judiciaire en soit informé clairement et par écrit, afin de faciliter l'information et les décisions du parquet. Quant au format du certificat, nous avons conservé la limite d'espace rédactionnel de deux pages, en prenant en compte les modèles précédemment décrits ainsi que les autres certificats publiés, tous au Royaume-Uni, l'un en six pages [16], peu compatible avec une utilisation fréquente, l'autre en une page [17], fruit d'une pratique individuelle peu transposable à un collectif.

Conclusion

Le certificat de 2010 a permis de concilier plusieurs objectifs : la protection des intérêts de la personne examinée, en cas de

mauvaises conditions d'interpellation ou de garde à vue, la protection du médecin en cas de contestation ultérieure par la personne ou par les services de police ou de justice, le recueil de données épidémiologiques, notamment dans les situations de violences [18], tout en respectant les recommandations du ministère de la Justice en 2009. Le certificat proposé a fait l'objet d'une première validation par une pratique collective de plus d'un an. Les modifications apportées dans la partie transmise à l'autorité requérante se situent dans l'esprit de la loi réformant la garde à vue en 2011. Son intérêt et sa validation pratique seront majorés par une utilisation étendue à des médecins n'intervenant en garde à vue que de manière exceptionnelle (nous invitons le lecteur à consulter la *figure 1* en complément électronique). La mise en œuvre de la réforme de la médecine légale initiée par les ministères de la Justice et de la Santé est l'occasion d'une harmonisation des pratiques dans une perspective nationale. La garde à vue est un des domaines dans lesquels les structures hospitalières, désormais mieux identifiées, pourront conforter leur légitimité par le développement de la recherche clinique en santé publique.

Déclaration d'intérêts : Patrick Chariot a présidé le comité d'organisation de la conférence de consensus sur l'intervention du médecin en garde à vue (2004). Il a participé au groupe de travail mis en place par le ministère de la Justice, à l'origine du guide de bonnes pratiques pour l'intervention du médecin en garde à vue (2009).

Remerciements : Drs M. Addouche, X. Alberti, K. Arbaoui, P. Bayeh, H. Ben Bdira, M. Bounetta, C. Dang-Hauter, C. Denis, A. Faure, A. Hafidallah, R. Hamidou, Y. Jaber, P. Kerleguer, A.-S. Lorin, M. Mehdi, M.-O. Pruvost, A. Sahrane, M. Seyller, C. Sharma-Leroy, M. Tedlaouti, C. Wemama (service de médecine légale de l'hôpital Jean-Verdier), pour leur participation à l'analyse critique des versions préalables du certificat présenté.



Complément électronique disponible sur le site Internet de *La Presse Médicale* (<http://www.em-consulte.com/revue/lpm>)

Figure 1 Modèle de certificat utilisé en Seine-Saint-Denis depuis 2010

Références

- [1] Code de procédure pénale, article 63-3 (modifié par la loi du 14 avril 2011).
- [2] Chariot P, Teissière F, Werson P. Certificat médical de compatibilité avec la garde à vue. *Med Leg Soc* 2001;4:69-70.
- [3] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. Textes des recommandations. Saint-Denis: ANAES; 2005. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Garde_vue_long.pdf, consulté le 18 mai 2012.
- [4] Chariot P, Martel P, Penneau M, Debout M. Guidelines for doctors attending detainees in police custody. *Int J Legal Med* 2008;122:73-6.
- [5] Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue. Juillet 2009 <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/gav2009.pdf?download=1>, consulté le 18 mai 2012.
- [6] Comité européen pour la prévention de la torture. Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 27 septembre au 9 octobre 2006. Strasbourg, 2007. <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2007-45-inf-fra.htm>, consulté le 18 mai 2012.
- [7] Chariot P. Pratiques médicales en garde à vue en France. In: Actes de la conférence de consensus, l'intervention du médecin en garde à vue. Paris: Dalloz; 2006. p. 11-6.
- [8] Loi n° 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue. *Journal officiel de la République française*, 15 avril 2011.
- [9] Cox B, van Oyen H, Cambois E, Jagger C, Le Roy S, Robine JM *et al*. The reliability of the Minimum European Health module. *Int J Public Health* 2009;54:55-60.
- [10] Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Determinants of the frequency of online health information seeking: results of a web-based survey

Intervention du médecin en garde à vue : proposition d'un certificat médical amélioré

- conducted in France in 2007. *Inform Health Soc Care* 2010;35:25-39.
- [11] Daeppen JB, Bertholet N, Gaume J, Fortini C, Faouzi M, Gmel G. Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:69-75.
- [12] Haute Autorité de santé. Certificat médical concernant une personne victime de violences. Octobre 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf, consulté le 18 mai 2012.
- [13] Heide S, Stiller D, Lessig R, Lautenschläger C, Birkholz M, Früchtnicht W. Medical examination of fitness for police custody in two large German towns. *Int J Legal Med* 2012;126(1):27-35.
- [14] Norfolk GA. Fitness to be interviewed and the appropriate adult scheme: a survey of police surgeons' attitudes. *J Clin Forensic Med* 1996;3:9-13.
- [15] Allain PH. Dickinson : le faux coupable à la barre. Un SDF témoignait hier au procès du meurtrier de la jeune Caroline. *Libération*, 8 juin 2004. <http://www.liberation.fr/societe/0101491587-dickinson-le-faux-coupable-a-la-barre>, consulté le 18 mai 2012.
- [16] Wall I. Fitness for detention and interview proforma. Faculty of Forensic and Legal Medicine. <http://fflm.ac.uk/upload/documents/1194536634.pdf>, consulté le 18 mai 2012.
- [17] Bruce-Chwatt RM. The use of a template for forensic medical examinations for fitness to detain and interview and its potential as a basic research tool. *J Forensic Legal Med* 2009;16:178-81.
- [18] Lefèvre T, Briffa H, Thomas G, Chariot P. Evaluating the functional impairment of assault survivors in a judicial context. A retrospective study. *J Forensic Legal Med* 2012;19:215-8.