



# INTERVENTION DU MÉDECIN EN GARDE À VUE : CONTENU DU CERTIFICAT MÉDICAL ET DE SES À-CÔTÉS

par **Patrick Chariot**

Médecin légiste

**Hugo Briffa**

Interne en médecine générale

et **Aude Lepresle**

Interne de psychiatrie

L'article 63-3 du code de procédure pénale, modifié par la loi du 14 avril 2011<sup>1</sup>, pose comme principe le droit d'être examiné par un médecin pour toute personne placée en garde à vue.

Le médecin, requis par un officier de police judiciaire, doit au terme de son examen, dans un certificat médical, 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. En revanche, la loi reste muette quant au contenu de ce certificat, tout en précisant désormais que le médecin « procède à toutes constatations utiles »<sup>2</sup>. De fait, il existe une hétérogénéité marquée des informations transmises par le médecin, d'un praticien à l'autre<sup>3</sup>. Pendant longtemps, la transmission des informations médicales en garde à vue n'était pas formalisée et, selon les praticiens, se limitait à la mention d'une compatibilité de l'état de santé avec la garde à vue ou était accompagnée de certaines données médicales pourtant couvertes par le secret professionnel. Cette situation d'hétérogénéité des réponses était préjudiciable aux personnes examinées en garde à vue et aux médecins susceptibles de devoir répondre de leurs actes. Le soin apporté par le rédacteur à remplir le certificat était notoirement variable. 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 transmis, constituant le dossier médical confidentiel<sup>4</sup>. En 2009, le ministère de la Justice a publié un guide de bonnes pratiques incluant un certificat type, inspiré du modèle précédent<sup>5</sup>. Cependant, à ce jour, 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<sup>6</sup>. Le faible recours aux modèles existants pourrait être dû aux défauts de leur contenu, inadapté à la diversité des médecins intervenant en garde à vue : médecins généralistes, urgentistes ou médecins légistes, intervenants habituels ou au contraire exceptionnels<sup>7</sup>. Dans ce dernier cas, certains médecins 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. Ainsi, nous avons élaboré puis utilisé un nouveau modèle de certificat. Cet article présente les éléments du certificat contenus dans son premier volet puis insiste sur l'originalité du second volet, s'inscrivant dans le courant des recommandations nationales. Le certificat est reproduit en figure 2. Un exemplaire supplémentaire des deux volets décrits est produit sous la forme de feuillets autocopiés, afin de faciliter la transmission d'informations aux médecins intervenant ultérieurement ou chargés du suivi, en particulier aux urgences hospitalières ou en milieu pénitentiaire (Figure 1).

**Ainsi, la localisation d'éventuelles lésions traumatiques récentes figure désormais 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.**

## ■ Le premier volet : le certificat médical établi sur réquisition et transmis au requérant

Le certificat médical établi dans un contexte spécifique de garde à vue a cette particularité de constituer à la fois un document à contenu médical et un document judiciaire à valeur probante.

### Un document à contenu médical

Ce certificat, qui sera pièce jointe à la procédure, doit caractériser la situation d'examen : auteur de la demande, heure de la demande,

(1) L. n° 2011-392 du 14 avr. 2011 relative à la garde à vue, JO 15 avr. 2011.

(2) *Ibid.*

(3) P. Chariot, F. Teissière, P. Werson, Certificat médical de compatibilité avec la garde à vue. *Med Leg Soc* 2001 ; 4 : 69-70.

(4) 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](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Garde_vue_long.pdf); V. également, P. Chariot, P. Martel, M. Penneau, M. Debout, 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. [www.web.ordre.medecin.fr/actualite/gav2009.pdf](http://www.web.ordre.medecin.fr/actualite/gav2009.pdf)

(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 sept. au 9 oct. 2006. Strasbourg, 2007. <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2007-45-inf-fra.htm>

(7) P. Chariot, 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, 11-6.

identité de la personne examinée, identité du médecin examinateur, lieu et heure de l'examen. Le contenu de la réquisition judiciaire ainsi que la réponse aux questions posées doivent y figurer. Les éventuelles attentions particulières de la part des gardiens nécessitées par l'état de la personne examinée doivent être clairement indiquées, tel l'horaire de délivrance d'un traitement. En revanche, il ne précise pas la nature des traitements éventuellement délivrés, qui reste confidentielle. Il doit être compréhensible par des non-médecins et pouvoir attirer l'attention du magistrat sur l'existence de lésions traumatiques récentes constatées dans le temps de la garde à vue, et non à distance, indépendamment de toute réquisition spécifique. Ainsi, la localisation d'éventuelles lésions traumatiques récentes figure désormais 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 réponse du médecin sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la garde à vue doit souvent être nuancée. Proposée 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. Les conditions invoquées peuvent être la mise à disposition d'une couverture ou d'un matelas en cellule, ou la nécessité d'un nouvel examen médical dans un délai déterminé, avant la fin du délai de 24 heures, par exemple chez une personne alcool-dépendante ou diabétique traitée par insuline. Une telle compatibilité sous conditions représentait en effet plus de la moitié des conclusions dans une série d'examen de personnes gardées à vue en Allemagne<sup>8</sup>. 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 qu'uniquement 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 6 mois ou encore à un patient présentant un syndrome d'apnée du sommeil appareillé. Suite aux 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. On peut citer le cas d'une personne ayant un membre inférieur immobilisé par un plâtre cruro-pédieux. 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.

**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.**

### Un document judiciaire à valeur probante

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 médicales dans la seconde page du document constituent un élément de preuve de la réalisation d'un examen clinique en cas de plainte ou d'événement médical grave ultérieur et permettent la traçabilité des actes médicaux, en particulier en cas d'examen répétés au cours de la même garde à vue.

La question des conditions matérielles de l'examen conduit à s'interroger sur les conditions de l'entretien avec la personne. Contrairement aux recommandations de 2004 ainsi qu'à une pratique déjà ancienne au Royaume-Uni<sup>9</sup>, le certificat figurant en annexe du guide de bonnes pratiques publié par le ministère de la Justice en 2009 ne propose plus 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.

Depuis la conférence de consensus de 2004, l'affirmation d'une nécessaire unicité du support rédactionnel est associée à la distinction, tout aussi nécessaire, de la réponse à la réquisition judiciaire (premier volet) et de la mention de données médicales soumises au secret professionnel (second volet).

### ■ Le second volet : le document médical confidentiel, accessible à la personne examinée, à son conseil, ou au magistrat qui en ordonnerait la saisie

Cette fiche médicale, qui ne sera pas jointe à la procédure, doit caractériser les antécédents pathologiques de la personne et son traitement éventuel, en particulier ceux qui pourraient influencer sur la décision de compatibilité avec le maintien dans les locaux où se déroule la mesure. Elle doit également préciser les modalités de surveillance et la nécessité éventuelle d'un nouvel examen médical avant la fin des 24 premières heures de garde à vue. Elle peut comporter des termes médicaux. Elle inclut le résultat de l'examen clinique, en particulier pour ce qui concerne l'existence de lésions traumatiques récentes et la nature des traitements délivrés.

En 2009, l'évolution portait surtout sur la structuration de la partie médicale confidentielle. Le modèle mis en place en Seine-Saint-Denis depuis 2010, prévoit explicitement la mention systématique d'éventuelles lésions traumatiques constatées et permet le recueil de données sur l'état de santé perçu, la santé mentale et les pratiques addictives.

(8) S. Heide, D. Stiller, R. Lessig, C. Lautenschläger, M. Birkholz, W. Früchticht, Medical examination of fitness for police custody in two large German towns. *Int J Legal Med* 2012; 126 : 27-35.

(9) GA Norfolk, Fitness to be interviewed and the appropriate adult scheme : a survey of police surgeons' attitudes. *J Clin Forensic Med* 1996; 3 : 9-13.



## Une préoccupation législative de protection de la personne placée en garde à vue

Dans l'introduction de la partie médicale confidentielle, le médecin précise si l'examen est demandé par les services enquêteurs ou par la personne elle-même et, dans ce dernier cas, le motif de cette demande. Cette donnée initiale éclaire le médecin sur le contexte de son intervention, du point de vue de la personne examinée, et contribue à orienter son examen. En cas de problèmes psychologiques ou d'affection psychiatrique déclarée, des informations sur un suivi ou une éventuelle 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.

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. La fiche médicale invite le médecin à préciser, en cas de violences déclarées, leur lieu de survenue et le type de violences (nature des coups s'il s'agissait de coups, auteurs, qualité de ces derniers). Ces éléments, recueillis de manière succincte auprès de la personne, constituent une source d'informations d'une valeur particulière en raison du moment de leur recueil, pendant la garde à vue et non à distance de celle-ci. Les allégations de violences et la constatation de lésions traumatiques récentes sont loin d'être exceptionnelles en garde à vue. Ainsi lors d'une série d'examens en garde à vue chez 2 694 personnes consécutives en 2010, 686 — soit 25 % d'entre elles — rapportaient avoir subi des violences, 55 % de ces violences ayant eu lieu lors de l'interpellation et 13 % pendant la garde à vue. Dans cette même étude, nous avons constaté l'existence de lésions traumatiques récentes chez plus des trois quarts (79 %) des personnes rapportant des violences <sup>10</sup>.

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 au sens pénal, 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. Ainsi, le jury de la conférence ayant retenu le principe d'une continuité des soins en garde à vue <sup>11</sup>, la mention, sur le support rédactionnel, de différentes modalités de déli-

vance des traitements prescrits est un guide favorisant sa mise en œuvre.

Plus particulièrement, 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, d'après les dires de 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. La loi du 14 avril 2011, introduisant la nécessité pour le médecin de procéder à toutes constatations utiles, reflète probablement cette préoccupation de protection. L'évolution vers une meilleure signalisation des violences pouvant survenir à l'occasion d'un placement en garde à vue semble régulière depuis 2004. En effet, la conférence de 2004 a recommandé qu'un examen cutané soit conduit devant toute suspicion de violences <sup>12</sup>. En 2009, le volet médical du document a été enrichi par l'ajout d'un paragraphe sur les violences subies alléguées par les personnes placées en garde à vue et la constatation de lésions traumatiques, mettant ainsi en application la recommandation précédente. Le document médical présenté ici 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 <sup>13</sup>. Le volet transmis en réponse à la réquisition mentionne l'existence de lésions traumatiques récentes. 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 précisées par une description de la nature et de la localisation des lésions constatées, ainsi que par la détermination d'une incapacité totale de travail au sens du code pénal de manière systématique sur le volet confidentiel. Les intérêts de la personne gardée sont préservés en cas de plainte de sa part à l'issue de la garde à vue.

## L'introduction d'une perspective de santé publique

Dans cette perspective, plusieurs limites sont apparues lors de l'utilisation des premiers modèles de certificats proposés. En effet, la mention des lésions traumatiques éventuelles était très inconstante, et relevait d'initiatives personnelles du médecin ; la mention de déclarations de la personne examinée sur leur contexte de survenue était inhabituelle ; la précision des antécédents médicaux mentionnés, qu'ils soient somatiques ou psychiques, était en règle faible, voire absente. Il n'y avait pas la possibilité pratique d'un recueil de données épidémiologiques dans une perspective de santé publique, contrairement aux préconisations d'experts intervenus lors de la conférence de consensus <sup>14</sup>. Tout en augmentant la quantité d'informations recueillies, nous avons conservé un espace rédactionnel limité à deux pages, une pour le certificat remis à l'autorité requérante, l'autre pour le dossier médical confidentiel. Les premiers médecins utilisateurs ont apporté des critiques et suggestions sur une version initiale, qui portaient sur la mise en page du certificat, sa facilité d'utilisation quotidienne, ainsi que sur la pertinence de ses différentes rubriques. Le modèle a dès lors été utilisé pour plus de 30 000 examens médicaux en garde à vue. Il a été mis à la disposition du corps médical grâce à sa publication dans *La Presse Médicale*, revue médicale généraliste <sup>15</sup>.

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

(10) S. Gahide, A. Lepresle, C. Boraud, TS Mahindhoratep, P. Chariot, Reported assaults and observed injuries in detainees held in police custody. *Forensic Sci Int* 2012 dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.08.031.

(11) 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.

(12) Préc., note 11.

(13) S. Gahide, A. Lepresle, C. Boraud, TS Mahindhoratep, P. Chariot, préc., note 10.

(14) A. Fagot-Largeault, in Actes de la conférence de consensus, l'intervention du médecin en garde à vue. Paris, Dalloz, 2006, 384-5.

(15) H. Briffa, T. Lefèvre, C. Boraud, P. Chariot, Intervention du médecin en garde à vue : proposition d'un certificat médical amélioré. *Presse Med* 2012 dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2012.04.027.



médecin doit ensuite qualifier l'usage de chaque substance, qualifié de manière standardisée comme normal, à risque ou nocif, ou une dépendance. Pour les pratiques addictives, les critères d'usage et de dépendance étaient ceux de la classification internationale la plus communément utilisée (DSM IV). Le médecin mentionne si une démarche de soins addictologiques est en cours. La connaissance de telles données contribue à prévenir la survenue de complications au cours de la garde à vue et à préciser la nature des attentions particulières requises de la part des gardiens.

Trois questions utilisées dans une évaluation de la santé ressentie standardisée à l'échelon européen ont été incluses <sup>16</sup>, comme suit : « 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 ? ». En cas de lésions traumatiques, la durée d'incapacité totale de travail au sens du code pénal était déterminée suivant les recommandations de bonne pratique publiées par la Haute autorité de santé <sup>17</sup>. Cette mention avait pour fonction de donner une évaluation systématique du retentissement fonctionnel des lésions traumatiques éventuellement constatées.

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 <sup>18</sup>. L'obtention de ces données facilite en outre le lien avec les structures de soins. 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.

## ■ Conclusion

Le certificat actuel concilie plusieurs objectifs : (1) la protection des intérêts de la personne examinée et information du magistrat, en

cas de mauvaises conditions d'interpellation ou de garde à vue, (2) la protection du médecin en cas de contestation ultérieure par la personne ou par les services de police ou de justice, (3) le recueil de données épidémiologiques, notamment dans les situations de violences, tout en respectant les recommandations du ministère de la Justice en 2009. 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. La mise en œuvre, en janvier 2011, 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 <sup>19</sup>. Avocats et magistrats, mieux informés de l'existence d'un document médical établi pendant le temps de la garde à vue, non transmis à l'autorité requérante mais néanmoins accessible, pourront contribuer plus efficacement au respect des droits de la personne privée de liberté ou constater d'éventuels manquements.

(16) B. Cox, H. van Oyen, E. Cambois, C. Jagger, S. Le Roy, J.-M. Robine, I. Romieu, The reliability of the Minimum European Health Module. *Int J. Public Health* 2009; 54 : 55-60.

(17) 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](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 24 sept. 2012.

(18) Ph. Allain, 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 24 sept. 2012.

(19) P. Chariot, Organisation nationale de la médecine légale en France. *Rev Prat* 2012. 62 : 2-4.

Figure 1. Architecture du document de deux pages

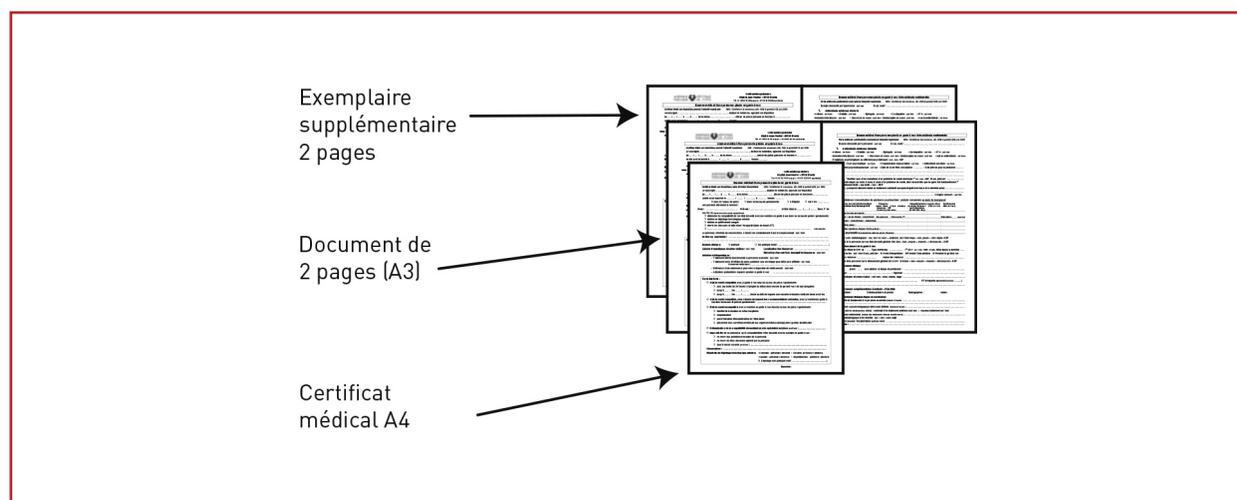


Figure 2. Modèle de certificat utilisé en Seine-Saint-Denis depuis 2010

	<b>Unité médico-judiciaire</b> <b>Hôpital Jean-Verdier – 93140 Bondy</b> Tel. 01 48 02 65 06 (accueil) – 01 48 02 65 08 (secrétariat)
<b>Examen médical d'une personne placée en garde à vue</b>	
Certificat établi sur réquisition, remis à l'autorité requérante Réfs : Conférence de consensus, déc. 2004 & guide DACG, juil. 2009 Je soussigné ..... docteur en médecine, agissant sur réquisition du ..... / ..... / ..... à ..... h ..... de M./Mme ..... officier de police judiciaire en fonction à ..... certifie avoir examiné le ..... / ..... / ..... à ..... heures ..... <input type="radio"/> dans les locaux de police <input type="radio"/> dans les locaux de gendarmerie <input type="radio"/> à l'hôpital <input type="radio"/> autre lieu : ..... une personne déclarant se nommer :	
<b>Nom :</b> ..... <b>Prénom :</b> ..... et être né(e) le ..... / ..... / ..... Sexe : F / M aux fins de [cocher la ou les case(s) appropriée(s)]: <input type="radio"/> déterminer la compatibilité de son état de santé avec son maintien en garde à vue dans les locaux de police / gendarmerie <input type="radio"/> réaliser un dépistage toxicologique urinaire <input type="radio"/> réaliser un prélèvement sanguin <input type="radio"/> décrire les blessures et déterminer l'incapacité totale de travail (ITT) <input type="radio"/> ..... (autre mission)	
La personne, informée de mes missions, a donné son consentement à leur accomplissement : oui / non <b>Doléances exprimées :</b> ..... .....	
<b>Examen clinique :</b> <input type="radio"/> pratiqué <input type="radio"/> non pratiqué (motif : .....) <b>Lésions traumatiques récentes visibles :</b> oui / non <b>Localisation des blessures :</b> ..... <b>Rédaction d'un certificat descriptif de blessures :</b> oui / non	
<b>Décisions thérapeutiques :</b> - 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 : ..... - Délivrance d'une ordonnance pour mise à disposition de médicaments : oui / non - Attentions particulières requises pendant la garde à vue : .....	
<b>Conclusions :</b> <input type="radio"/> <b>Etat de santé compatible</b> avec la garde à vue dans les locaux de police / gendarmerie <input type="radio"/> pour une durée de 24 heures à compter du début de la mesure de garde à vue / de la prolongation <input type="radio"/> jusqu'à ..... h le ..... / ..... <input type="radio"/> jusqu'à ..... h le ..... / ..... , heure au-delà de laquelle une nouvelle évaluation médicale devra avoir lieu <input type="radio"/> <b>Etat de santé compatible, sous réserve du respect des recommandations suivantes,</b> avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police / gendarmerie : ..... <input type="radio"/> <b>Etat de santé incompatible</b> avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police / gendarmerie : <input type="radio"/> transfert et évaluation en milieu hospitalier <input type="radio"/> hospitalisation <input type="radio"/> pas d'indication d'hospitalisation, en l'état actuel <input type="radio"/> placement sous surveillance médicale aux urgences médico-chirurgicales / gynéco-obstétricales <input type="radio"/> <b>Détermination de la compatibilité nécessitant un avis spécialisé sur place (préciser) :</b> ..... <input type="radio"/> <b>Impossibilité</b> de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé avec le maintien en garde à vue : <input type="radio"/> en raison des conditions d'examen de la personne <input type="radio"/> en raison du refus d'examen exprimé par la personne <input type="radio"/> pour la raison suivante (préciser) : ..... <b>Observations :</b> ..... <b>Résultats du dépistage toxicologique urinaire :</b> • Cannabis : présence / absence • Cocaïne : présence / absence • Opiacés : présence / absence • Amphétamines : présence / absence <input type="radio"/> Dépistage non pratiqué (motif : ..... )	
Signature :	


**Examen médical d'une personne placée en garde à vue : fiche médicale confidentielle**
*Partie médicale confidentielle non remise à l'autorité requérante Réfs : Conférence de consensus, déc. 2004 & guide DACG, juil. 2009*

Examen demandé par la personne : oui / non Si oui, motif : .....

**1. Antécédents médicaux déclarés**

- Asthme : oui / non      • Diabète : oui / non      • Epilepsie : oui / non      • Cardiopathie : oui / non      • HTA : oui / non
- Maladies infectieuses : oui / non      • Grossesse en cours : oui / non      • Contraception en cours : oui / non      • Autres antécédents : oui / non
- Problèmes psychologiques ou affections psychiatriques : oui – non – NSP
  - Si oui : • Suivi psychiatrique : oui / non      • Hospitalisation en psychiatrie : oui / non      • Antécédent suicidaire : oui / non
  - Réfèrent psychiatrique actuel : oui / non      • Date de la dernière consultation : .....      • Date prévue pour la prochaine : .....

Précisions : .....

Actuellement, "Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?" oui – non – NSP Si oui, préciser : .....

 "Etes-vous limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?"
 

- oui, fortement limité – oui, limité – non – NSP

• Traitements, y compris traitement retard ou traitement substitutif aux opiacés (préciser heure de la dernière prise) : .....

..... Allergies connues : oui / non

 • Pratiques addictives / consommation de substances psychoactives : produits consommés au cours du mois passé

Mode de consommation habituel injecté/fumé/inhalé/bu/mangé/sniffé	Fréquence		Usage/dépendance Us. normal / à risques / nocif / dépendance [NI / UR / UN / Dép]	Age de début (délai si <1 an)	Dernière prise (délai, en h ou j)
	jamais	<1/sem n fois/sem			
Alcool : Nb max de verres par occasion :					
Tabac : fumeur – ancien fumeur – jamais fumé	Nb cigarettes/j	Délai avant la 1 <sup>re</sup> :			Ethylométrie : (mg/L d'air)
Cannabis: fumeur – ancien fumeur – jamais fumé					
Cocaïne / crack, préciser :					
Héroïne & autres opiacés ou drogues illicites, préciser :					
Médicaments psychoactifs hors prescription médicale, produit, fréquence :					

Démarche de soins addictologiques : oui, suivi en cours – ancienne, suivi interrompu – non, jamais – sans objet – NSP

• Appréciation de la personne sur son état de santé général : très bon – bon – moyen – mauvais – très mauvais – NSP

**2. Déroulement de la garde à vue**

 Délai depuis le début de GAV (h) : ..... Type d'infraction : ..... 1<sup>re</sup> GAV : oui – non – NSP, si non, délai depuis la dernière : ....

 Violences déclarées : oui / non Si oui, préciser :  Avant l'interpellation  Pendant l'interpellation  Pendant la garde à vue

Si oui, lieu des violences : ..... nature des violences : .....

• Appréciation de la personne sur le déroulement général de la GAV : très bon – bon – moyen – mauvais – très mauvais – NSP

**3. Examen clinique**

TA : ..... / ..... , pouls : ..... auscultation cardiaque et pulmonaire : .....

Etat psychique : ..... Vigilance : .....

Lésions traumatiques récentes visibles : oui / non ; si oui, nature, siège : .....

..... ITT éventuelle (demandée ou non) : ..... j

**4. Examens complémentaires éventuels – Résultats**

Glycémie capillaire : ..... Débit expiratoire de pointe : ..... Radiographies : ..... Autres : .....

**5. Décisions thérapeutiques et conclusions**

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

Traitement remis sous enveloppe pour délivrance différée (nature et heure) : .....

Si traitement (délivré directement ou différé) : continuité d'un traitement antérieur oui / non – nouveau traitement oui / non

Délivrance d'une ordonnance (nature des traitements et heure de délivrance) : .....

Intervention addictologique brève réalisée : oui – non – sans objet

Avis spécialisé (résultat) / hospitalisation (préciser motif) : .....

Commentaires : .....

