

Université de Nantes

Faculté de droit et des sciences politiques

Mémoire pour le diplôme de Master 2

Droit pénal et sciences criminelles

2012-2013

**GARDE A VUE : ETUDE A PARTIR DE L'EXAMEN
MEDICAL**

ARTUS CLEMENCE

Directeur de la recherche : Mme Sylvie Grunvald

Membres du jury : Mme Sylvie Grunvald, M. Jean Danet et M. Renaud Clément

Date de la soutenance : 26 juin 2013

Je tiens à remercier Mme Sylvie Grunvald, Professeur à l'Université de Nantes et directrice de mon mémoire, pour l'encadrement et les conseils qu'elle m'a apporté tout au long de mon travail.

Je remercie aussi M. Renaud Clément, médecin légiste au Centre hospitalier universitaire de Nantes pour son accueil à la Faculté de médecine, ainsi que sa présence et son aide lors de la réalisation de l'étude empirique sur les mineurs en garde à vue.

SOMMAIRE :

<u>INTRODUCTION :</u>	1
<u>PARTIE I – L’EXAMEN MEDICAL, UN DROIT DE LA DEFENSE DES PERSONNES EN GARDE A VUE :</u>	7
Chapitre 1– Un moyen de contrôler les abus policiers devenu un droit inhérent à la garde à vue :	10
Section 1- Une création de 1957, issue de la volonté d’encadrer les pratiques policières :	10
Section 2- Un examen médical érigé comme l’un des droits du gardé à vue par la réforme de 1993 :	13
Section 3- Un droit de la défense consolidé en 2011 :	19
Chapitre 2- Une prérogative accrue en raison de la vulnérabilité des gardés à vue mineurs :	24
Section 1- Un régime spécifique justifié par la fragilité des mineurs :	25
Section 2- Un droit à l’examen médical renforcé :	29
Section 3- Une protection particulière nécessaire en pratique :	34
<u>PARTIE II- L’EXAMEN MEDICAL, UNE GARANTIE DE LA DIGNITE DES PERSONNES EN GARDE A VUE:</u>	40
Chapitre 1 – Un examen assurant l’effectivité du droit à la santé :	42
Section 1- Un médecin présent pour déterminer la compatibilité de l’état de santé du mineur à la garde à vue :	42
Section 2- Un médecin dont l’intervention permet le respect du droit à l’accès et à la continuité des soins :	46
Chapitre 2- Un examen garant de l’application de l’article 3 de la Convention européenne des Droits de l’Homme:	52
Section 1- Les médecins intervenant en garde à vue peuvent contrôler l’existence d’éventuelles violences policières :	53
Section 2- Les médecins sont les témoins des conditions dans lesquelles se déroule la garde à vue :	58
<u>CONCLUSION :</u>	62

INTRODUCTION :

La mesure de garde à vue n'est pas née « dans l'esprit d'un législateur »¹ mais « des nécessités de l'enquête policière »². Elle n'est à l'origine qu'une pratique illégale et officieuse, dénuée de tout encadrement juridique.

En effet, parallèlement aux actes de recherches menés par les magistrats, uniques détenteurs (sauf hypothèse de flagrance) des pouvoirs d'investigations en vertu du Code d'instruction criminelle de 1808 (art9), les parquets conduisaient eux aussi, et de plus en plus, des enquêtes. Celles-ci amenaient les policiers à mettre en œuvre des rétentions qui n'avaient pas pour objectif de conserver la personne dans l'attente de son jugement, comme celles des magistrats, mais avaient pour fin l'obtention de la vérité.

Leur nombre prend une réelle ampleur à partir de la Loi Constans du 8 décembre 1897 qui, en autorisant l'avocat à assister son client lors des interrogatoires menés par le juge d'instruction, incite le parquet à développer des auditions secrètes qui lui permettent, avec les policiers, « de faire avant, sans la présence de l'avocat, ce qu'ils ne peuvent plus faire une fois le juge d'instruction saisi, c'est-à-dire obtenir des aveux »³.

Au regard de la multiplication de ces interrogatoires la mise en place de bases juridiques va devenir nécessaire. A cette fin, le décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie (article 307), donne aux enquêteurs un délai maximum de 24h pour conduire l'individu mis en cause devant le juge d'instruction. Puis, une circulaire ministérielle du 23 septembre 1943 énonce quelques conditions à la garde à vue qui seront entérinées en 1954 par la Cour d'appel de Paris⁴. Mais ces bases restent fragiles et c'est le Code de 1958 qui va réellement reconnaître et encadrer ces pratiques.

¹ Jacques Leroy « la garde à vue après la réforme », Lexis Nexis Actualité, page 1

² Ibid

³ J. Leroy précité page 3

⁴ CA Paris, 12.02.54, rec.dr.pen.1955 lue dans l'ouvrage de J. Leroy précité

La garde à vue devient donc légale avec la loi du 31 décembre 1957⁵ instituant le Code de procédure pénale de 1958 (CPP). Celui-ci officialise pour la première fois l'existence de cette mesure de contrainte pour les enquêtes de flagrance et celles préliminaires (dont il reconnaît en même temps l'existence).

Les raisons de cette consécration sont sous entendues par les propos du président de la Commission d'études pénales législatives en 1955, « il est apparu qu'il valait mieux la reconnaître que de feindre d'en ignorer l'existence »⁶. En effet, la légalisation de la garde à vue s'est avérée nécessaire pour deux motifs ; d'abord le nombre des interrogatoires mis en œuvre secrètement par le parquet puis, surtout, l'absence d'encadrement juridique de ces enquêtes diligentées par des policiers non tenus au respect de la loi Constans et qui bénéficient d'une totale liberté dans les moyens pouvant être utilisés.

Or, le fait que sous l'Ancien régime le seul intervenant extérieur à ces interrogatoires soit le médecin qui n'agit nullement pour prodiguer des soins mais dans le but de déterminer jusqu'à quel point le soupçonné peut supporter la torture⁷, laisse imaginer les types d'actes pouvant être mis en œuvre par les policiers pour contraindre l'interrogé à avouer son acte. Car, l'interdiction par Louis XIV (déclaration du 24 août 1780 et le lit de justice du 8 mai 1788) de la question préparatoire et préalable, n'empêche pas que la pratique de la torture judiciaire perdure, même à moindre intensité. La preuve en est apportée par la volonté que vont avoir les députés lors des débats relatifs à la loi de 1957, de lutter contre les violences policières au cours des interrogatoires.

En effet, les députés, parfaitement conscients des comportements violents que peuvent subir les interrogés de la part des policiers lors des auditions, vont, d'une part instaurer un cadre juridique à ces retenues policières (mesure d'une durée maximum de 24h, prolongation possible sur autorisation écrite du procureur de la République, création d'un procès-verbal d'audition et d'un registre de garde à vue) et d'autre part, édicter des règles pour parer aux risques d'atteintes physiques pour la personne gardée à vue.

⁵ Loi n° 57-1426 du 31.12.1957 instituant un Code de procédure pénale, parue au JO du 1 janvier 1958

⁶ Propos de Monsieur le procureur général Besson, Président de la Commission d'études pénales législatives, lue dans l'article de Benoit Dumontel « l'avocat et la garde à vue : aspects pratiques et critiques », Actualité juridique pénale (AJP) 2004 p 275.

⁷ Lue dans la thèse de M. Fabrice Trolliet « Les gardes à vue dérogatoires »

Le régime de la mesure de garde à vue va être institué au travers de plusieurs articles du Code de procédure pénale⁸ dont l'un d'eux, l'article 64, va instaurer l'existence d'un examen médical du gardé à vue. Alors, le médecin intervient de nouveau à cette phase de la procédure mais son rôle a changé ; il ne corrobore plus les pratiques policières mais en devient le garde-fou.

Dans l'esprit des députés, « bon nombre des dysfonctionnements en matière de justice pénale » provenant « de l'importance de l'aveu donné au cours de la garde à vue »⁹, le médecin par son intervention, allait pouvoir vérifier que la place primordiale accordée à l'obtention de cette confession ne mène pas les policiers à des pratiques excessives.

La possibilité d'être examiné par un médecin en garde à vue va connaître une évolution trente-cinq ans plus tard, lors de l'importante réforme de la procédure pénale par la loi du 4 janvier 1993. Ce texte, exclusivement orienté vers la protection de l'individu¹⁰, va instaurer pour la première fois des droits pour le gardé à vue et renforcer celui dont il bénéficiait déjà depuis 1958, le droit à l'examen médical.

L'intervention du médecin ne va plus seulement être un garde-fou aux abus policiers mais devenir l'un des droits de la défense du gardé à vue énoncés au titre II de la loi. Il va en outre, rejoindre les droits qui vont être appliqués de manière renforcée à partir de 1993, aux mineurs gardés à vue.

Ainsi, avec cette loi, l'examen médical n'est plus considéré comme une barrière aux abus policiers mais comme l'un des droits attachés au statut du gardé à vue, qui garantit le respect de ses libertés fondamentales lors de la mesure.

Aujourd'hui, le médecin intervient toujours lors de la garde à vue. Il procède ainsi soit à des fouilles corporelles internes qu'il est le seul à pouvoir effectuer depuis 2011¹¹, soit il examine

8 Articles 63, 64 et 65 du CPP pour l'enquête de flagrance et 77 et 78 pour celle préliminaire, JO (Journal officiel de la République française) 8.01.1958 p 00264

9 Rapport fait par M Michel Pezet, n°2932 (92-93), enregistré le 2 Octobre 1992, page 54 (propos tenus par M.. Alain Vidalies lors de son audition par la Commission des de l'Assemblée Nationale relatifs à la future loi du 4 janvier 1993)

10 Jean Pradel « Les droits de la personne suspecte ou poursuivie depuis la loi n° 93-1013 du 24 août 1993 modifiant celle du 4 janvier précédent », D n°41, 1993, p299

11 Article 63-7 al 2 du CPP

la personne soumise à la mesure puisque le droit à l'examen médical n'a pas disparu. Conformément au Code de procédure pénale, toute personne placée en garde à vue, quel que soit son âge et l'infraction commise, peut demander à être examinée par un médecin (ces deux circonstances font cependant varier les règles de son intervention¹²).

Ainsi, l'examen médical instauré il y a 50 ans est le premier droit dont a pu bénéficier la personne gardée à vue. Depuis sa création, il a subi plusieurs évolutions, qui ont toutes accru le rôle du médecin lors de la mesure; la plus récente est la loi du 14 avril 2011. Celui-ci n'était au départ qu'une simple barrière aux abus policiers, il est aujourd'hui acquis comme l'un des droits protecteurs du gardé à vue qui ne peut disparaître, au même titre que le droit à l'assistance de l'avocat ou celui de prévenir sa famille.

Pourtant, il est possible de s'interroger sur les motifs de cette qualification « de droit de la défense » car, d'après la loi, le médecin a simplement pour mission de déterminer la compatibilité de l'état de santé du gardé à vue avec cette mesure privative de liberté et de présenter les éventuelles constatations qu'il estime utiles.

Cet énoncé relativement général sur la fonction du médecin en garde à vue pose la question de son rôle au regard de la protection des droits et des libertés de l'individu que doivent normalement garantir tout droit de la défense.

L'implication de l'avocat en matière de défense lors de la mesure est explicite non seulement dans l'esprit des juristes mais aussi des profanes du droit, il conseille et assiste le gardé à vue. Mais tel n'est pas le cas de celle du médecin, professionnel de la santé, qui intervient lors d'une phase d'enquête.

Or, le rôle de garde-fou contre les violences policières qui lui avait été confié en 1958 par les députés, rendait sa fonction de défense claire mais les missions édictées aujourd'hui par la loi

12 Articles 706-88 et 706-88 -1 du CPP concernant la garde à vue en matière de délinquance et criminalité organisée et l'article 4 de l'ordonnance du 2 février 1945 concernant les règles relatives aux mineurs

sont beaucoup moins explicites quant à la protection que le médecin peut apporter à la personne privée de sa liberté.

Si le but des garanties mises en place par la loi en matière de garde à vue est de permettre la primordiale conciliation entre recherche des auteurs d'infractions et respect des droits fondamentaux lors de la mesure, comment ce droit à l'examen médical permet-il d'assurer le respect des droits et libertés du gardé à vue ? Quelles garanties procédurales l'intervention du médecin apporte-t-elle à celui qui subit la mesure, justifiant une qualification de droit de la défense ?

Avant de répondre à ces questions, il convient de préciser que les premiers développements du mémoire ne font pas de distinction entre le droit à l'examen médical des mineurs et des majeurs. La suite s'intéresse plus particulièrement au droit au médecin dont bénéficient les gardés à vue de moins de dix-huit ans.

En effet, une partie des arguments exposés trouvent leurs origines dans une étude¹³ menée à partir des constatations médicales résultant des examens pratiqués par les médecins légistes du CHU de Nantes, sur la période de juillet à décembre 2012, à l'issue de l'examen des gardés à vue mineurs.

Cette recherche a été conduite en exploitant les caractéristiques sociales, médicales, et toxicologiques déterminées par l'examen médical. Ainsi, ont notamment été étudiées les données suivantes : l'âge, la présence ou l'absence de scolarisation, l'existence d'une consommation de drogues ou relativement à la mesure, la déclaration de violences, l'existence d'une prolongation ... L'étude a ainsi révélé plusieurs particularités relatives aux jeunes placés en garde à vue.

Ces résultats viennent légitimer certains des raisonnements développés dans le mémoire et justifient que la question du rôle du médecin en garde à vue soit traitée au travers de l'examen médical des mineurs. Cependant, cette délimitation du champ d'étude n'empêche pas que les arguments avancés quant à la mission du professionnel puissent être applicables à l'examen médical dont bénéficient les gardés à vue majeurs.

13 Cette étude sera indiquée d'un astérisque (*) dans le reste du mémoire

Afin de déterminer l'intérêt que représente l'intervention du médecin en garde à vue au regard de la protection des droits et libertés des personnes retenues, il est d'abord nécessaire de comprendre comment son rôle a évolué depuis sa création, c'est-à-dire par quelles modifications législatives et pourquoi dans l'esprit des députés, l'intervention de ce professionnel est passée d'une fonction de garde-fou contre les excès policiers à celle de droit de la défense du gardé à vue. Il sera ensuite opportun d'exposer le régime actuellement applicable en la matière et notamment les particularités du droit à l'examen médical des gardés à vue mineurs (I). Pour enfin, à partir de ces dispositions, des opinions des médecins intervenants lors de la mesure, de l'étude* réalisée, ainsi que de la jurisprudence nationale et internationale, expliquer pourquoi la qualification actuelle de droit de la défense de l'examen médical semble parfaitement justifiée. En effet, le rôle du médecin va bien au-delà de ce que laisse paraître la formulation de l'article 63 du Code de procédure pénale ; il n'établit pas seulement la comptabilité de l'état de santé de la personne à la mesure mais il est aussi le garant d'un traitement humain et respectueux de la dignité du gardé à vue en permettant l'application du droit à la santé ainsi que le respect de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (II).

PARTIE I – L’EXAMEN MEDICAL, UN DROIT DE LA DEFENSE DES PERSONNES EN GARDE A VUE :

Les droits de la défense n’ont pas d’existence légale reconnue¹⁴. Il en va de même au niveau constitutionnel ou aucune disposition ne garantit explicitement ces droits. Mais cela ne les rend pas moins importants. En effet, le Conseil constitutionnel a consacré leur valeur constitutionnelle en 1976¹⁵ en reconnaissant le respect de ces droits comme l’un des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République et les a plus récemment rattachés¹⁶ aux droits proclamés par l’article 16 de la Déclaration des Droits de l’Homme de 1789. Leur garantie est aussi primordiale pour la Cour européenne des Droits de l’Homme qui impose leur respect en son article 6. Mais tous deux n’en donnent pas de liste limitative¹⁷.

Le législateur et la Jurisprudence n’ayant jamais défini strictement cette notion, celle-ci reste floue et laisse ainsi à la doctrine une certaine marge de manœuvre dans la manière de définir ces droits.

Pour le pénaliste Etienne Vergès, le principe des droits de la défense s’applique comme en matière de procédure civile à la partie demanderesse et celle du défendeur. Il bénéficie alors « tout autant à la personne poursuivie, à la victime et en théorie au Ministère public »¹⁸, même si (et l’article préliminaire du Code de procédure pénal le démontre puisqu’il ne vise qu’eux), en pratique, ce principe concerne surtout les droits des parties privées : ceux de la victime et de la personne poursuivie. Concernant cette dernière « impliquée dans une affaire pénale »¹⁹, suspectée ou poursuivie²⁰, Jean Pradel définit ces droits comme un « ensemble de

14 Etienne Vergès, « Procédure pénale », Objectif droit cours, Lexis Nexis 3ème édition

15 Cons const, 2 décembre 1976, n° 76-70 DC, lue dans le Discours de M. Jean-Louis Debré, « Le Conseil constitutionnel et les droits de la défense » du 4 décembre 2009

16 Cons const, 30 mars 2006, n° 2006-535, lue dans le Discours de M. Jean-Louis Debré précité

17 Serge Guinchard et Jacques Buisson, « Procédure pénale », Lexis Nexis, Litec 6ème édition

18 E. Vergès précité, page 43

19 J. Pradel « La protection de la personne en France depuis les réformes de procédure pénale en 1993 », précité, page 2

20 Termes de l’article préliminaire du Code de procédure pénale

prérogatives accordées à la personne pour lui permettre de faire triompher la présomption d'innocence dont elle bénéficie »²¹.

Ces « prérogatives » vont concerner l'ensemble de la procédure pénale et doivent être respectées depuis l'arrestation par l'autorité de Police jusqu'à l'exécution de la peine. Pendant la phase d'enquête notamment, ces droits sont d'application essentielle puisque la personne suspectée mais présumée innocente tant que sa culpabilité n'est pas établie²², subit une procédure susceptible de porter atteinte à sa liberté. Une conciliation est donc nécessaire entre respect des libertés de l'individu et besoin de la recherche des auteurs d'infractions.²³ Ainsi la recherche des preuves doit s'effectuer dans le respect des principes directeurs de la procédure pénale et notamment des droits de la défense.

C'est particulièrement le cas lors de la garde à vue. Cette mesure qui « affecte gravement la liberté individuelle d'aller et venir et la présomption d'innocence »²⁴ d'un individu qui « n'est ni condamné ni mis en examen »²⁵, nécessite en contrepartie de garantir à celui qui la subit, le respect de certains droits lui permettant d'assurer la protection de ses intérêts et sa défense tout au long du déroulement de la mesure. D'autant plus qu'à l'issue de celle-ci, les déclarations qu'il aura faites détermineront la suite de la procédure. A cette fin, le Code de procédure pénale encadre, d'une part strictement le pouvoir de placer en garde à vue, son déroulement et son contrôle et d'autre part, énonce aussi depuis 1993 les « droits des personnes gardées à vue »²⁶ ainsi que les garanties particulières accordées aux mineurs.

Le premier dont a pu bénéficier le gardé à vue, mais qui n'était initialement pas conçu comme tel, est le droit à l'examen médical. Celui-ci, consacré comme une garantie procédurale, est aujourd'hui l'un des droits de la défense du gardé à vue (A).

²¹ Jean Pradel « La protection de la personne en France depuis les réformes de procédure pénale en 1993 », précité, page 2

²² Article préliminaire, alinéa 3 du CPP

²³ Cons const, 22 avril 1997, n° 97-389 DC, cons. 69 à 72.

²⁴ J. Leroy précité, page 1

²⁵ Ibid.

²⁶ Titre II de la loi n°93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale, parue au JO n°3 du 5 janvier 1993

Un droit qui bénéficie à toute personne en garde à vue même si le cadre de son application peut varier notamment en fonction de l'âge de l'individu retenu. En effet, lorsque le gardé à vue est mineur, le droit à l'examen médical est renforcé au regard de sa vulnérabilité (B)

Chapitre 1– Un moyen de contrôler les abus policiers devenu un droit inhérent à la garde à vue :

Le droit à l'examen médical, instauré pour la première fois par le Code de procédure pénale de 1958, n'avait au départ qu'une vocation de garde à fou (1). Il est devenu, avec la loi du 4 janvier 1993, l'un des droits inhérents à la garde à vue (2) qui n'a depuis, jamais été remis en cause et a même bénéficié d'un renforcement avec la loi du 14 avril 2011 (3).

Section 1- Une création de 1957, issue de la volonté d'encadrer les pratiques policières :

Comme énoncé précédemment, sous l'Ancien régime, le médecin intervenait lors de l'interrogatoire des accusés non pas dans le but de procéder à un examen médical, mais pour déterminer la capacité du soupçonné à supporter la torture. Avec la mise en place du premier Code de procédure pénale un nouveau rôle va lui être confié.

En effet, lors des débats relatifs à l'encadrement de la garde à vue les députés, conscients des pratiques policières pouvant être mises en œuvre lors de cette phase de la procédure, avaient exprimé le souhait d'édicter des dispositions permettant de lutter contre les dérives de l'autorité de Police lors des auditions. Et, pour eux, l'intervention du médecin en garde à vue était apparue comme la solution pouvant mettre fin à ce type de pratique. Car, le professionnel de santé capable par son examen de constater ou non l'existence de sévices sur le gardé à vue, allait pouvoir le protéger « contre le passage à tabac et les risques de passage à l'acte »²⁷. Puis, parallèlement, son intervention allait présenter un intérêt pour les policiers, puisque le constat par le médecin d'une absence de mauvais traitements empêcherait le gardé à vue d'utiliser l'existence de ces pratiques policières abusives pour remettre en cause la validité de ses aveux, en présentant au juge d'instruction ou lors de son procès des blessures dont ne seraient pas responsables les policiers qui l'ont interrogé. Comme l'exprimait M. Merle ces règles allaient permettre d'éviter la fourniture « de trop faciles prétextes à la contestation »²⁸.

L'existence de cet examen médical, n'avait au départ pas été prévue dans le projet de loi du Code de procédure pénale de 1957. C'est le député Gautier qui, par son amendement, a ajouté aux alinéas 4 et 5 de l'article 64 la possibilité pour le procureur de la République, à tout

27 Propos de M Isorni rapporteur du projet de loi de 1957, lue dans la thèse de M. F. Trollet précitée

28 M. Merle « La garde à vue » Gaz. Pal. 18 juillet 1969, 2e sem., doctrine, p. 19, lue dans la thèse de M. F. Trollet précitée

moment de la procédure, sur requête de la famille, de l'intéressé ou d'office, de désigner un médecin pour examiner le gardé à vue. Cette possibilité de solliciter un examen médical a ensuite été renforcée par un second amendement²⁹ qui donnait le droit au gardé à vue d'en demander directement le bénéfice au bout de la vingt-quatrième heure.

Ainsi, selon l'article 64 du Code, lors de la garde à vue mise en œuvre dans le cadre d'une enquête de flagrance, le parquet pouvait discrétionnairement, soit d'office, soit sur requête d'un membre de la famille, demander pendant les premières vingt-quatre heures que soit effectué l'examen. Passé ce délai, celui-ci pouvait être sollicité de droit par le gardé à vue.

Puis d'après la loi, quel que soit le demandeur, c'était le procureur de la République qui choisissait librement le médecin intervenant, ou par exception l'officier de police judiciaire s'il était l'auteur de la demande, puisque d'après l'article 60 du Code, celui-ci pouvait « requérir toutes personnes qualifiées pour procéder à des constatations ne pouvant être différées ».

Concernant la mission du médecin, celle-ci n'était pas précisée par le Code, mais il devait logiquement vérifier l'existence de blessures sur le gardé à vue puisque cette mission était la raison d'être de l'instauration de son intervention en garde à vue. Puis le décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation des services de Police³⁰ laissait apparaître un second rôle, celui de déterminer si la personne pouvait être ou non maintenue en garde à vue puisque, conformément aux articles 123 et 127, si le médecin émettait l'avis selon lequel la personne n'était pas en état de supporter la mesure, l'officier de police judiciaire devait en informer le procureur et se conformer à ses instructions.

Enfin, à propos de la garde à vue effectuée dans le cadre d'une enquête préliminaire, il semble que l'examen médical était de droit en cas de prolongation puisque l'article 77 du Code renvoyait au dernier alinéa de l'article 64.

²⁹ Amendement du député Cot Débats, Assemblée Nationale. 3e séance du 25 juin 1957, J.O. 26 juin 1957, p. 3008, lue dans la thèse de M. F. Trollet précitée

³⁰ Décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie, Article 123 concernant les gardes à vue mises en œuvre dans le cadre des enquêtes de flagrance (aujourd'hui abrogé) et 127 pour celles préliminaires

Cette création de 1957 avait été qualifiée à l'époque par M. Isorni « d'innovation révolutionnaire sans précédent ».³¹ Et il est vrai que l'instauration d'un examen médical était une réelle avancée dans le sens d'une meilleure protection du gardé à vue. Pourtant, au vu des modalités législatives édictées et de la pratique mise en place, l'intervention du médecin n'avait qu'un impact limité. Ce sentiment était partagé par une partie de la doctrine, qui considérait que ce droit était la preuve de l'incapacité du législateur à empêcher les brutalités policières juste constaté par le médecin après avoir été pratiquées³². Et surtout, comme l'explique M. Jacques Leroy, le mode de désignation était en réalité « laconique » puisqu'en pratique, c'était l'officier de police judiciaire ou le juge d'instruction qui étaient les autorités compétentes pour procéder à la désignation ; la demande de la famille n'aboutissait à un examen que si le procureur l'estimait nécessaire et celle du gardé à vue ne liait celui-ci qu'en cas de prolongation³³. De plus, cette intervention du médecin démontrait pour les policiers l'existence « d'une présomption légale de brutalité »³⁴ policière qu'ils condamnaient.

Enfin, certains auteurs, loin de remettre en cause ce droit, en critiquaient les modalités. Ainsi, M. Lambert désapprouvait la liberté de choix du médecin par le procureur en dénonçant les raisons qu'il pourrait avoir dans la désignation de tel ou tel professionnel³⁵. Celui-ci proposait donc en conséquence la création d'une liste de médecins pouvant être désignés dans chaque ressort de Cour d'appel. D'autres³⁶ regrettaient les lacunes du Code; qui laissait en suspens certaines questions, telles que l'absence d'indication quant à l'examen pratiqué lors des gardes à vue effectuées dans le cadre des commissions rogatoires ou encore l'absence de précision sur l'action exacte du médecin.

Ces carences et ces critiques ont trouvé réponses en les réformes de 1993³⁷, qui ont non seulement précisé le cadre de l'intervention du médecin mais aussi et surtout, fait de l'examen médical l'un des droits de la défense de la personne gardée dans les locaux de Police pour y être interrogée.

31 Article du Journal Le monde, 10 juillet 1957 p 5, lue dans la thèse de M. Trolliet précitée

32 Rapport par M. Pezet n°2932 précité page 90 (Propos de Jean Denis Bredin dans la gazette du palais de 1958)

33 J. Leroy précité, page 78

34 A. Vitu, « Procédure pénale » p.215, lue dans la thèse de M. Trolliet précitée

35 Thèse de M. Trolliet précitée

36 Ibid.

37 Thèse de M. Trolliet précitée

Section 2- Un examen médical érigé comme l'un des droits du gardé à vue par la réforme de 1993 :

Jusqu'en 1993, donc pendant plus de 30 ans, les dispositions énoncées par le Code et notamment celles relatives à l'examen médical, ne vont pas être remises en cause et cela malgré le fait que les garanties posées ne sont en réalité pas efficaces. La Cour de cassation énoncera en effet dans sa jurisprudence, pendant toute cette période, que les règles des articles 63 et 64 et donc du droit à l'examen médical « ne sont pas prescrites à peine de nullité [...], tant que n'est pas démontrée l'existence d'un vice lors de la recherche et l'établissement de la vérité »³⁸. Mais à partir de la fin du XX^{ème} siècle, le législateur va s'attacher à instaurer des droits effectifs pour le gardé à vue dont celui à la visite d'un médecin.

Cette évolution est explicable par plusieurs facteurs. Tout d'abord, la ratification par la France de la Convention européenne des Droits de l'Homme le 3 mai 1974 et l'obligation d'appliquer ses articles 3 et 5 y compris lors de la garde à vue.³⁹ Puis la première condamnation de la France par la Cour européenne des Droits de l'Homme, lors de l'arrêt Tomasi du 27 août 1992⁴⁰, concernant des sévices infligés par des policiers lors de la mesure. Enfin, cette remise en cause du droit existant a aussi pour origine une phase d'enquête qui prend de plus en plus de place, menant à une très forte augmentation du nombre de gardes à vue (en 1988, elles étaient environ 330 000 pour 370 000 en 1992⁴¹) et dont l'encadrement législatif en vigueur ne permet pas une bonne protection de la personne retenue. C'est ce que va estimer la Commission « justice pénale et droit de l'homme », présidée par Mme Delmas-Marty, dans son rapport de 1990 sur « la mise en état des affaires pénales »⁴². Elle constate que les garanties juridictionnelles du Code de procédure pénale de 1958 « accordées à la défense restent encore limitées »⁴³ car « les personnes entendues, quelles que soient les charges qui

38 Cass. Crim, 17 mars 1960, Bull n° 156, p. 330, jurisprudence constante jusqu'en 1992 (décision du 22 avril 1992 Bull. n° 172) lue dans le Rapport annuel de la Cour de cassation de 2007, Troisième partie « Etude : La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation »

39 Impérativité rappelée par la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH), affaire « Carine Simon c. Belgique », 28 août 2012, requête (req) n°71407/10, §27

40 CEDH, affaire « Tomasi c. France », 27 août 1992, req n°12850/87

41 Rapport n° 419 de M. Charles Jolibois, fait au nom de la commission des Lois, Annexe au procès-verbal de la séance du 10 juin 1999.

42 Rapport de la Commission Justice pénale et Droits de l'homme « La mise en état des affaires pénales », Décembre 1991

⁴³ Rapport de la Commission Justice pénale et Droits de l'homme précité, page 30

pèsent sur elles, se trouvent seules devant la police »⁴⁴ et que le « formalisme légal n'est pas sanctionné expressément [...] puisque la jurisprudence considère qu'il n'y a nullité que s'il est démontré que la recherche et l'établissement de la vérité s'en sont trouvés viciés fondamentalement »⁴⁵.

Finalement, au moment où le traité de Maastricht prévoit de renforcer la coopération pénale entre les pays européens, la nécessité d'une harmonisation « non des procédures mais des garanties et des droits des individus » va s'imposer.⁴⁶

Ainsi va être édictée la loi du 4 janvier 1993⁴⁷ qui, contrairement au Code de procédure pénale de 1958, ne pose plus seulement des règles encadrant les pratiques des policiers pour empêcher leurs abus mais énonce aussi pour la première fois des droits inhérents à la garde à vue. En effet, les députés, guidés par un objectif de garantie des libertés individuelles⁴⁸, vont métamorphoser les droits du suspect⁴⁹ et notamment ceux dont bénéficie le gardé à vue. Comme l'explique Jacques Leroy⁵⁰, la volonté du législateur va être traduite formellement par une rédaction proclamant le rattachement de plusieurs prérogatives au gardé à vue démontrée par l'expression « toute personne gardée à vue peut à sa demande » inscrite dans plusieurs articles relatifs à la mesure.

Avec ce texte, de nouveaux droits sont créés, notamment pour la première fois le gardé à vue a la possibilité de s'entretenir avec un avocat et peut prévenir ou faire prévenir par téléphone un membre de sa famille de la mesure dont il fait l'objet⁵¹. De plus, le droit à l'examen médical dont bénéficiait l'intéressé depuis le Code de procédure pénale de 1958 va être renforcé.

⁴⁴ Rapport de la Commission Justice pénale et Droits de l'homme précité, page 30.

⁴⁵ Ibid. page 35

⁴⁶ Rapport n°2932 de M. Pezet précité, page 12

⁴⁷ Loi n°93-2 du 4 janvier 1993 précitée

⁴⁸ Cet objectif est clairement exprimé par la Circulaire d'application de la loi du 27 janvier 1993 relative à la présentation de l'ensemble des dispositions de la loi du 4.01.93 « La loi vise à améliorer les garanties individuelles (...) renforcer la présomption d'innocence (...) sanctionner les atteintes au principe posé par l'article 9 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen »

⁴⁹ J. Pradel « La protection de la personne en France depuis les réformes de procédure pénale en 1993 », précité

⁵⁰ J. Leroy précité

⁵¹ Art 63-4 et 63-2 du CPP

A cette fin, la loi va redéfinir « les conditions dans lesquelles une personne placée en garde à vue peut faire l'objet d'un examen médical »⁵² et poser des bases juridiques à l'intervention du médecin.

Cette intervention devient alors l'un des droits de la défense de la personne retenue au même titre que les autres prérogatives créés par la loi, dont va bénéficier le gardé à vue en contre partie de la privation de liberté qu'il subit. Dans le texte, le droit à l'examen médical va intégrer la partie relative aux « droits des personnes gardées à vue »⁵³.

La création de ce véritable « droit » à l'examen médical est issue d'une demande de M. Pezet, effectuée lors de la 2^{ème} séance devant l'Assemblée Nationale du 8 octobre 1992⁵⁴. Celui-ci, désirant combattre « les incidents rarissimes qui voient des personnes décéder au cours de leur rétention faute de soins requis par les syndromes dont ils sont porteurs »⁵⁵, va proposer par amendement, la possibilité pour le gardé à vue de demander un examen médical non seulement au moment de la prolongation mais aussi dès son placement en garde à vue.

Les nouvelles dispositions vont ainsi énoncer que l'examen par un médecin peut être demandé par le gardé à vue, une fois par période de 24h, ou à défaut de demande par celui-ci, par un membre de sa famille dont la requête devient de droit. Le procureur ne peut donc plus s'opposer à cette demande. D'après la loi, la famille est entendue au sens strict et ne comprend pas le conjoint de plus, l'avocat ne peut le demander comme cela avait été proposé par certains députés lors de la 1^{ère} lecture devant le Sénat⁵⁶. Enfin, le texte énonce clairement à l'article 64 qu'en outre l'officier de police judiciaire peut le requérir à tout moment, celui-ci n'intervenant donc plus de manière exceptionnelle en cette matière, en vertu de l'article 60 du Code.

Puis les députés, en plus d'instaurer la possibilité de demander un examen médical dès les premières vingt-quatre heures, vont aussi préciser et modifier les modalités de l'intervention du médecin, renforçant d'autant plus l'existence d'un droit du gardé à vue à être examiné.

52 Circulaire d'application du 27.01.93 précitée

53 Loi du 4 janvier 1993 précitée, titre II

54 Débats, Ass. Nat, 2e séance du 8 octobre 1992, J.O. 9 octobre 1992 p. 3510 lue dans la thèse de M. F. Trollet précitée

55 Rapport n° 2932 précité, p91

56 Débats Sénat, 18 novembre 1992, J.O.19 novembre 1992, p.3210, lue dans la thèse de M. F. Trollet précitée

En premier lieu, les règles relatives à sa désignation sont remaniées. Dorénavant, le médecin est désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire lorsqu'ils sont les auteurs de la requête mais lorsque la demande est effectuée par le gardé à vue ou un membre de sa famille, ce professionnel doit être «choisi en priorité dans l'ordre d'une liste établie par le procureur »⁵⁷. Cette règle est le résultat d'un long débat qui a opposé les députés et professionnels qui, comme le syndicat des avocats de France⁵⁸, étaient désireux que l'examen soit réalisé par le médecin choisi par le gardé à vue et ceux qui, comme M. Pezet, estimaient que seul le procureur devait pouvoir le faire en raison des doutes existants quant à l'objectivité du choix⁵⁹ des officiers de police judiciaire.

Cette nouvelle disposition, à défaut de faire l'unanimité, a le mérite de prendre en compte en partie les critiques faites par certains auteurs concernant l'ancien article du Code de procédure pénale, critiques relatives aux motifs du choix de tel ou tel médecin par le procureur. Avec cette liste le choix du magistrat est encadré.

En second lieu, l'article 63-3 est modifié afin de préciser le rôle du médecin. Il énonce dorénavant que « Le certificat par lequel il doit notamment se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue est versé au dossier ». Cette disposition est explicitée d'avantage par la circulaire d'application de la loi qui, en affirmant qu'il « va de soi que les principes déontologiques régissant sa profession peuvent conduire le médecin à procéder aux soins que l'état de santé du gardé à vue lui paraît nécessiter »⁶⁰, sous-entend que le médecin, avant tout professionnel soignant peut, même si cela n'est pas énoncé expressément dans la loi, accomplir tous les actes imposés par l'état de santé du gardé à vue.

Cette circulaire va de plus, reprendre les dispositions du décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie, en énonçant que dans l'hypothèse où le certificat du médecin établit une absence d'aptitude, la garde à vue doit prendre fin et

57 Texte n° 3055 transmis à l'Assemblée Nationale le 20 novembre 1992 (2ème lecture), page 5.

58 Ibid. page 56

59 Rapport n° 3079 de M. Pezet, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 26 novembre 1992, p. 24 lue dans la thèse de M. F. Trolliet précitée

60 Article C 63-3 al 5, de la Circulaire Générale du 1er mars 1993 relative à l'application de la loi du 4 janvier 1993, lue dans l'ouvrage sur la Conférence de consensus, annexe 2 page 771

l'officier de police judiciaire doit en informer immédiatement le procureur et suivre ses instructions⁶¹.

Le texte va également combler une des lacunes de l'article 64 du Code qui fut reprochée par la doctrine, en énonçant que les droits du gardé à vue dans la cadre de l'enquête de flagrance s'appliquent désormais aussi en cas de garde à vue effectuée lors d'une enquête préliminaire (articles 63-1, 63-2 et 63-3 du CPP) et dans le cadre d'une commission rogatoire (art 10 du projet de loi). L'examen médical devient donc un droit quel que soit le cadre juridique dans lequel la personne est gardée à vue.

Enfin, ce droit à l'examen médical est, à partir de 1993, réellement effectif puisque d'une part, l'article 64 de la loi oblige l'officier de police judiciaire à inscrire dans le procès-verbal d'audition toutes les demandes du gardé à vue y compris celles relatives à l'examen médical, ainsi que la suite qui leur a été donnée. D'autre part, son article 71 vient modifier les articles 170 à 174 du Code pour y développer les nullités. Ainsi, le gardé à vue n'ayant pas bénéficié de son droit à l'information concernant la possibilité pour lui de demander l'intervention d'un médecin peut dorénavant agir en nullité en saisissant par requête la chambre de l'instruction.

Cette disposition vient répondre à la critique énoncée par la Commission « Justice pénale et droit de l'homme ».

La consécration de droits du gardé à vue par la loi du 4 janvier 1993 va être perçue par tous les praticiens du droit comme une réelle avancée en matière de protection de la personne retenue. C'est ce que démontrent les propos de l'avocat Jean Michel Braun Schweig dans le rapport de M. Jean Tiberi « le texte de janvier est une avancée considérable des droits de la défense et une mise en conformité de la France à la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales »⁶². Le droit à l'examen médical est

⁶¹ Article C63-3 al 7, Ibid.

⁶² Rapport n°375 de M. Jean Tiberi, enregistré le 23 juin 1993 au sénat, page 30

considéré comme essentiel⁶³, y compris pour les policiers, puisqu'il permet d'éviter toute suspicion⁶⁴.

Son importance va être rappelée quelques mois plus tard par M. Tibéri lors des débats relatifs à la loi du 24 août 1993⁶⁵ « le Sénat, lors de la discussion sur la loi d'août, n'a pas contesté les principes de base du nouveau régime de la garde à vue, considérant comme un acquis les droits de défense reconnus à la personne, tel que celui d'être (...) examiné par un médecin »⁶⁶. Cette loi, en revenant sur un certain nombre de dispositions du texte de janvier 1993, avec pour objectif d'encadrer les abus rendus possibles par des droits des parties parfois trop larges, ne remettra en cause ni l'existence de l'examen médical ni ses modalités (au regret de certains députés qui souhaitaient comme lors des débats de janvier, que certaines dispositions soient modifiées, par exemple celle relative à la désignation du médecin qui devait relever selon eux, d'un choix libre du gardé à vue). Seule la possibilité de demander la nullité de la garde à vue change et touche les règles de l'examen médical puisque l'article 173 nouveau vient poser un certain nombre de conditions de forme et que la loi rétablit, par une modification des articles 171 et 802 du Code de procédure pénale, le principe de 1958⁶⁷.

La loi du 4 janvier 1993 est donc venue instituer pour la première fois un véritable « statut »⁶⁸ au gardé à vue, qui a dorénavant la possibilité de demander le bénéfice d'un certain nombre de droits, notamment celui à l'intervention d'un médecin. Le droit à l'examen médical n'est donc plus seulement un moyen de limiter les abus policiers, il est aussi un droit de la défense dont jouit le gardé à vue en contrepartie de la mesure subie.

63 Ibid. page 31 (Audition de l'avocat Guy Danet, au nom du conseil National des barreaux)

64 Rapport n°375 de M. Jean Tibéri, enregistré le 23 juin 1993 au sénat, page 62 (Audition des organisations syndicales des policiers, M Alain Brillet au nom de la fédération nationale autonome des syndicats de Police)

65 Loi n°93-1013 du 24 août 1993, parue au JO n°196 du 25 août 1993

66 Rapport N°375, précité, page 8

67 Conformément aux articles 171 et 802 du CPP, les nullités ne sont invocables que s'il y a eu atteinte aux intérêts de la partie demanderesse.

68 J. Leroy, précitée, page 73

Ce droit protège aujourd'hui d'autant plus le gardé à vue qu'il a connu un renforcement par la loi n° 2011-392 du 14 avril 2011.

Ce texte a fait suite à la décision du 30 juillet 2010⁶⁹ du Conseil constitutionnel dans laquelle il a déclaré contraire à la Constitution un certain nombre d'articles du Code de procédure pénal régissant la garde à vue⁷⁰, en raison de l'absence de conciliation entre recherche des auteurs d'infractions et exercice des droits et libertés constitutionnellement garanties. Il avait ainsi laissé au législateur jusqu'au 1^{er} juillet 2011 pour réformer le régime de la mesure. Sa décision avait ensuite été suivie par la chambre criminelle de la Cour de cassation qui, dans trois arrêts du 19 octobre 2010, avait constaté l'irrespect de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des règles jurisprudentielles énoncées par la Cour garante de cette Convention⁷¹.

La réforme entreprise par le Gouvernement à l'issue de ces décisions a donc abouti à cette loi du 14 avril 2011. Celle-ci, animée notamment par l'objectif « d'accroître de façon significative les droits des personnes gardées à vue »⁷², a consolidé le droit à l'examen médical.

Section 3- Un droit de la défense consolidé en 2011 :

Les modifications de la loi du 14 avril 2011 ont accru les garanties apportées par l'intervention du médecin en garde à vue.

Tout d'abord, l'objet de l'examen médical y a été précisé. Car, comme l'expliquait M. Gosselin dans son rapport⁷³, la rédaction de l'époque, n'était pas exhaustive en raison de

69 Cons Const, 30 juillet 2010, n°2010-14/22

70 Mise en cause des articles 62, 63, 63-1, 63-4 (al. 1 à 6) et 77 du CPP

71 Notamment les arrêts « Salduz contre Turquie », 27 novembre 2008, req n°36391/0, « Dayanan c/ Turquie », 13 octobre 2009, req n°7377/03, « Medvedyev c/France », 10.07.08, req n° 3394/03, « Brusco c/France », 14 octobre 2010, req n°1466/07 ou « Moulin c/France », 23 novembre 2010, req n° 37104/06

72 Rapport n° 2855 de Mme Michèle ALLIOT-MARIE, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2010 (exposé des motifs)

73 Rapport n° 3040 de M. Philippe Gosselin, fait au nom de la commission des lois, déposé le 15 décembre 2010, p 115

l'adverbe « notamment » et ne définissait pas les autres objectifs de l'examen⁷⁴. Cette définition était donc incomplète et incidente.

Ainsi, l'article 63-3 nouveau prévoit que non seulement le médecin « se prononce sur l'aptitude au maintien en garde à vue » mais il procède aussi « à toutes les constatations utiles ». Dorénavant, le certificat rempli par le médecin vise deux objectifs ; l'établissement de la compatibilité de l'état de santé du gardé à vue à la mesure et la réalisation des constatations utiles sur l'état de santé du gardé à vue⁷⁵.

Puis, les députés, en tirant la conséquence de l'inconstitutionnalité de l'article 63-1⁷⁶ relatif au délai dans lequel les enquêteurs doivent accomplir leurs diligences envers le gardé à vue, ont précisé les règles relatives à l'examen médical. En effet, le nouvel article 63-3 reprend la règle du délai de 3h qui était inscrite dans l'article supprimé (contrairement aux propositions de l'amendement CL 35⁷⁷ qui demandait un délai de 2h) en prévoyant que, « sauf circonstances insurmontables », les diligences permettant au gardé à vue de bénéficier de son droit à un examen médical « doivent intervenir au plus tard dans un délai de trois heures. Mais il se montre aussi « plus réaliste »⁷⁸ puisque le délai court à compter du moment où la personne a formulé la demande et non plus à partir du placement, ce qui tient compte de la possibilité pour l'intéressé de solliciter un examen médical au cours de la mesure et non pas systématiquement dès son entrée en garde à vue.

Cette nouvelle disposition est également plus explicite puisqu'elle énonce que les diligences à accomplir incombent aux enquêteurs⁷⁹, ce qui reprend plus précisément les dispositions de l'ancien article 63-1 qui évoquait les « diligences résultant pour les enquêteurs de la communication des droits ».

Enfin, ce droit à l'examen médical est renforcé par les députés avec deux amendements.

74 L'article 63-3 ancien énonçait que « le certificat par lequel il doit notamment se prononcer sur l'aptitude au maintien en garde à vue est versé au dossier »

75 Rapport n° 3040, précité.

76 Cons const, 30 juillet 2010, précité

77 Rapport n°3040 précité (Amendement CL35 de Noel Mamère)

78 Ibid. page 115

79 Texte N° 316 de la commission des lois du Sénat, déposé le 16 février 2011 (Amendement n° 177 de M. Zocchetto).

Le premier est la conséquence d'une recommandation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, présenté par le député M. J.P Decool et sous amendé par M. C. Goasguen qui a reçu avis favorable de la Commission et avis de sagesse du Gouvernement. Il précise que « l'examen médical doit être pratiqué à l'abri des regards et de toute écoute extérieure afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel »⁸⁰. Cependant, cette disposition n'est pas à caractère contraignant et s'applique sauf décision contraire du médecin qui peut, notamment pour des raisons de sécurité, vouloir la présence d'un agent ou d'un officier de police judiciaire⁸¹.

Le deuxième amendement résulte d'une initiative de M. Noel Mamère et permet à l'avocat de consulter le certificat médical⁸² (63-4-1 du CPP).

S'agissant des autres dispositions régissant l'examen médical, elles restent inchangées. Celui-ci peut être demandé par le gardé à vue ou à défaut un membre de sa famille, il est alors pratiqué par un médecin désigné par le procureur ou l'officier de police judiciaire et une nouvelle demande peut être faite en cas de prolongation. Le procureur et l'officier de police judiciaire peuvent aussi en faire la demande à tout moment. Mais le juge des libertés et de la détention⁸³ et l'avocat⁸⁴ ne deviennent pas de nouveaux demandeurs malgré le souhait en ce sens de certains députés.

De même, concernant le certificat médical, le souhait de plusieurs députés d'inscrire expressément dans le texte que ce document est à caractère impératif⁸⁵, conformément d'après eux aux recommandations de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (qui constatait que dans certains cas la mesure était poursuivie malgré les conclusions du certificat), n'est pas exaucé. Car, pour M. Gosselin⁸⁶, cette précision était inutile puisque la Circulaire d'application du Code de procédure pénale rappelle que, lorsque le médecin

80 Rapport n°315 de M. François Zocchetto, déposé le 16 février 2011, page 58

81 Ibid.

82 Rapport n°315 précité

83 Texte n° 316 de la Commission des lois du Sénat précité (Amendement présenté par M. Mézard Collin, Alfonsi et al.).

84 Rapport n°3284 de M. Philippe Gosselin, déposé le 30 mars 2011 (Amendement CL 57 présenté par M. Jean-Pierre Decool)

85 Rapport n° 3040 précité, (amendement CL 36 présenté par M. Noel Mamère) et Rapport n° 315 précité (amendement n°24 présenté par Mmes Borvo Cohen Seat)

86 Rapport n° 3040 précité, p 116

constate une inaptitude, « il n'y a pas de garde à vue » preuve de l'existence de ce caractère pour les agents. Et pour M. Zocchetto⁸⁷, c'est à l'officier de police judiciaire de prendre la responsabilité d'invalider la procédure en méconnaissant les conclusions du médecin.

Enfin, contrairement à ce qu'avait voulu Mme Borvo Cohen-seat⁸⁸, le certificat est versé au dossier mais aucune copie ne peut être remise au gardé à vue ou à quelqu'un de confiance si ce dernier le demande. En effet, d'après le gouvernement et M. Zocchetto, cette initiative était louable mais susceptible d'un alourdissement de la procédure, d'autant que ce document est consultable par l'avocat qui peut en informer son client.

Malgré le refus de ces propositions qui pour leurs auteurs, auraient participé à une meilleure protection du gardé à vue, les modifications apportées par la loi renforcent substantiellement le droit à l'intervention d'un médecin. Le fait d'inscrire formellement dans le Code, la possibilité pour le professionnel de noter sur le certificat médical toutes les constatations estimées utiles vient étendre de manière officielle une mission qui n'était qu'informelle et n'existait qu'en vertu du devoir et de la conscience professionnelle du médecin⁸⁹. Puis, l'obligation d'un examen pratiqué à l'abri du regard et de l'écoute des policiers est aussi une « préconisation qui n'est pas inutile au regard de la configuration de certains locaux »⁹⁰. Enfin, l'accès de l'avocat au certificat médical va permettre au professionnel de « faire des observations à l'officier de police judiciaire sur l'état de santé de la personne interrogée »⁹¹ et l'instauration de cette possibilité vient satisfaire en partie l'exigence de la Cour européenne des Droits de l'Homme selon laquelle l'avocat doit être en mesure de discuter de l'affaire, organiser la défense de l'individu, rechercher les preuves qui lui sont favorables, préparer les interrogatoires, le soutien de l'accusé en détresse et contrôler les conditions de détention⁹², ce qui implique qu'il ait accès aux pièces du dossier.⁹³

87 1^{ère} lecture devant le Sénat, Compte rendu intégral des débats en séance publique, séance du 3 mars 2011.

88 Texte n° 316 de la Commission des lois du Sénat précité (amendement n° 27 présenté par Mmes Borvo Cohen-Seat)

89 Débats Sénat, 1er juin 1993, J.O.2 juin 1993, p.616, lue dans la thèse de M. F. Trollet précitée

90 Gabriel Roujou de Boubée « La réforme de la garde à vue », recueil Dalloz (D), 16 juin 2011, page 1570

91 Assemblée Nationale session ordinaire de 2010-2011, 1^{ère} séance du jeudi 20 janvier 2011 (Propos de M. Dominique Raimbourg)

92 CEDH affaire « Dayanan contre Turquie » précité, &32

93 CEDH affaire « Lamy c. Belgique », 30 mars 1989, req n°10444/83, lu dans la revue juridique étudiante le petit juriste « L'accès au dossier durant la garde à vue : une suite à la réforme ? », article du 17 octobre 2011

Ces évolutions viennent donc accroître la protection du gardé à vue apportée par l'examen médical.

Toutes ces dispositions, nouvelles et anciennes, relatives à l'intervention du médecin vont aussi s'appliquer au placement en garde à vue des mineurs. Ce droit est pour eux renforcé. En effet, comme l'avait rappelé Nicolas Sarkozy à l'époque Ministre de l'Intérieur, dans une instruction du 11 mars 2003, les mesures tendant à la protection du gardé à vue doivent « faire l'objet d'une attention encore plus soutenue en ce qui concerne les placements en garde à vue de jeunes mineurs »⁹⁴.

⁹⁴ Sous la direction de Patrick Chariot « Conférence de consensus, L'intervention du médecin en garde à vue », Thèmes et commentaires, Dalloz, 2006, annexe page 775

Chapitre 2- Une prérogative accrue en raison de la vulnérabilité des gardés à vue mineurs :

Il est certain que, si l'articulation entre nécessités de l'enquête et protection des droits fondamentaux est primordiale lors de la garde à vue, celle-ci l'est encore plus lorsque celui qui la subi, alors qu'il n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans, est confronté à une justice d'adulte⁹⁵. Pourtant, le législateur n'a pris conscience de l'impérativité de mettre en place « une méthode plus humaine »⁹⁶ à l'égard des enfants concernés par la justice, qu'au XXème. Jusqu'à cette période, le traitement pénal des mineurs était régi par les articles 66 et 67 du Code pénal de 1810 (CP) selon lesquels un enfant de moins de 16 ans, jugé avoir agi avec discernement, subissait les mêmes peines qu'un adulte à un moindre degré⁹⁷.

Par une loi du 22 juillet 1912, inspirée de celles mises en place depuis quelques années à l'étranger,⁹⁸ le législateur français va édicter pour la première fois une législation et des juridictions spécialisées pour les mineurs. Ce texte se basait sur deux objectifs qui semblaient « devoir être les principes des lois futures sur l'enfance coupable »⁹⁹ ; l'enfant devait bénéficier de juges et de procédures spéciales et il devait être soumis à un traitement d'éducation plutôt qu'à un régime pénal¹⁰⁰.

Cette loi s'avérait être « les premiers pas »¹⁰¹ vers une justice des mineurs qui est aujourd'hui totalement intégrée au droit pénal. L'ordonnance du 2 février 1945 édicte ainsi de l'enquête au jugement des règles spécifiques au regard de la vulnérabilité supposée du mineur¹⁰²(1), afin que l'enfant qui fait face à la justice puisse bénéficier d'une protection adaptée à son âge et aux conséquences qui en découlent. Ces règles particulières sont retrouvées dans le régime de la garde à vue qui pose des conditions et un encadrement plus strict de la mesure, ainsi que

95 Blandine Mallevay « la parole de l'enfant en justice », Recherches Familiales 1/2012 (n°9), page 117

96 Exposé des motifs de la loi du 22 juillet 1912

97 Plateforme Criminocorpus, loi du 22 juillet 1912 commentée par M. Jean-Claude Farcy

98 Exposés des motifs de la loi du 22 juillet 1912, précité (Notamment les USA suivis par l'Allemagne, le Canada ou encore l'Italie qui avait créé des juridictions spécialisées pour les mineurs)

99 Ibid.

100 Ibid.

101 Plateforme criminocorpus, loi du 22 juillet 1912 commentée, précitée

102 Cass. Crim, 25 octobre 2000, Bull. Crim 2000 n°316, lue dans le Rapport annuel de la Cour de cassation de 2009, Troisième partie : « Etude : Les personnes vulnérables dans la jurisprudence de la Cour de cassation, Vulnérabilité et procédure »

des droits accrus. Le mineur bénéficie donc d'un droit renforcé à l'examen médical (2) qui s'avère nécessaire en pratique, au regard de la situation sociale difficile dans laquelle se trouve une grande partie des mineurs en garde à vue (3).

Section 1- Un régime spécifique justifié par la fragilité des mineurs :

Selon Mme Mallevaey, « La rencontre avec le monde de la justice est douloureuse pour tout un chacun, elle l'est plus encore pour un enfant qui, en raison de sa vulnérabilité, de son inexpérience, de sa difficulté à saisir les enjeux, ne devrait jamais avoir à fréquenter les prétoires. »¹⁰³

Le dictionnaire Larousse définit l'adjectif vulnérable comme « ce qui est exposé à recevoir des blessures, des coups (...), peut servir de cible aux ennemis (...), qui par ses insuffisances, ses imperfections peut donner prise à des attaques »¹⁰⁴. Comme l'illustre cette définition, une personne vulnérable est un individu qui en raison d'une particulière fragilité (causée par ses « insuffisances » ou « ses imperfections »), est plus que les autres susceptible d'être agressée. Et celle-ci est d'autant plus exposée, qu'en raison de cette sensibilité accrue, elle est aussi moins apte que les autres à lutter, à se défendre. Comme l'énonce Jean Carbonnier, la vulnérabilité renvoie aussi à un « défaut de défense plus grand que dans la moyenne des humains »¹⁰⁵.

Dans le domaine qui nous intéresse, le droit pénal, cette notion de vulnérabilité est apparue pour la première fois dans une loi du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs¹⁰⁶ dont l'article premier aggravait la peine en cas de viol commis sur une personne vulnérable. Cette notion est ensuite retrouvée quelques années plus tard dans la loi du 22 juillet 1992 réformant les dispositions du Code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes¹⁰⁷. Cette loi listait limitativement les causes de

103 B. Mallevaey précitée, page 117

104 Dictionnaire Larousse

105 Jean CARBONNIER, Droit civil, Les personnes, personnalité, incapacités, personnes morales, Paris, P.U.F., Thémis, Coll. Droit privé, 22e éd., 2000, p. 296, lue dans la thèse de Mme Dutheil-Warolin « La notion de vulnérabilité de la personne physique en droit privé »

106 Thèse de Mme Dutheil-Warolin précitée

107 Question N° 77482 devant l'Assemblée Nationale de Mme Michèle Delaunay, publiée au JO du 27/04/10 p 4630 et réponse publiée au JO du 03/08/10 p 8598

vulnérabilité d'une personne en reprenant celles inscrites dans la loi de 1980 et auxquelles le texte ajoutait un nouveau facteur, celui de l'âge, déjà reconnu depuis 1983 par la chambre criminelle de la Cour de cassation.¹⁰⁸

Aujourd'hui, ces causes n'ont pas changé et sont inscrites dans le Code pénal. L'âge, est notamment affirmé dans plusieurs articles comme un facteur de vulnérabilité. Ainsi, y est prise en compte de manière particulière, la fragilité des personnes âgées¹⁰⁹ mais aussi de celles qui sont à leurs opposés, les plus jeunes.

Les psychiatres reconnaissent en effet le fait que l'enfant est vulnérable, qu'il est « un sujet qui peut être blessé, par définition fragile et sensible »¹¹⁰ en raison de la précarité de son équilibre émotionnel et comportemental, sa réceptivité aux suggestions ou encore sa dépendance à l'environnement familial ou social¹¹¹. Et celle-ci serait d'après eux encore plus présente lors de l'adolescence, une période de révolte, de pertes de repères, d'angoisse pour l'avenir, d'absence de motivation...

En raison de cette vulnérabilité avérée, de multiples textes internationaux protégeant les droits de l'homme, ou plus particulièrement les droits de l'enfant, demandent aux Etats de tenir compte de cette particularité du mineur. Tel est le cas de la Déclaration des droits de l'enfant de 1959 qui rappelle que le « manque de maturité physique et intellectuelle » de l'enfant justifie son « besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée »¹¹², ou de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948¹¹³ et du Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966,¹¹⁴ dont plusieurs articles proclament un droit à une aide et une protection adaptée.

108 Cass. Crim. 17 mai 1993, Pourvoi n° 92-85.880, lue dans la thèse de Mme Dutheil-Warolin précitée

109 Lorsque la victime est une personne âgée les peines encourues peuvent être aggravées, c'est par exemple le cas pour le meurtre (article 221-4 CP), de plus le Code prévoit des infractions spécifiques dont les personnes âgées peuvent être victime, comme l'existence de conditions d'hébergement contraires à la dignité humaine (art. 225-14 et 225-15 du CP).

110 Pierre Godeau, « Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ? » Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. 2002, Page 20

111 Ibid.

112 Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959 (préambule)

113 Déclaration universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948 (article 18, 23 et 24)

114 Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966 (articles 23, 24, 25 et 26)

En France, la prise en compte de cette spécificité du mineur s'est traduite par la mise en place d'un droit pénal spécial affirmé pour la première fois par la loi déjà citée du 22 juillet 1912 et remplacée depuis par l'ordonnance du 2 février 1945. Ce texte affirme la nécessité d'une protection des enfants et notamment « ceux ayant trait au sort de l'enfance traduite en justice »¹¹⁵. Ainsi, le droit pénal protège le mineur de deux manières. D'une part, comme pour les infractions commises à l'encontre des personnes âgées, les peines encourues peuvent être aggravées lorsque la victime est mineure¹¹⁶, de plus certaines infractions spécifiques sont prévues tel que le délaissement (art. 223-3 et 223-4 du CP) ou la non-révélation de privations ou de sévices (art. 434-3 du CP). Puis le Code de procédure pénale met en place certaines garanties procédurales à leur égard comme l'absence de publicité à l'audience et l'interdiction de publier les comptes rendus des débats des tribunaux pour enfants.¹¹⁷ D'autre part, il protège le mineur délinquant qui, même s'il doit répondre de ses actes, « est avant tout considéré comme un mineur en danger, qui doit être protégé ».¹¹⁸

A cette fin, des principes directeurs de la Justice pénale des mineurs¹¹⁹ ont été énoncés. Notamment le principe fondamental, reconnu par les lois de la République de spécialité, qui implique « des juridictions spécialisées »¹²⁰ et des « procédures appropriées (...) assurant la protection de leur fragilité »¹²¹. Son importance a été réaffirmée par le syndicat national des personnels de l'éducation surveillée en 1995, à une époque où certains auteurs remettaient en cause le principe d'irresponsabilité pénale des mineurs¹²². Selon lui, la réponse sociétale à la délinquance juvénile ne peut se limiter à une adaptation des règles de droit commun et doit

115 Ordonnance du 2 février 1945 (exposé des motifs)

116 Ex : en cas de meurtre (art. 221-1 du code pénal), de viol (art 222-23) ou de violences volontaires (art. 222-8, 222-10 et 222-12 à 222-14)

117 Article 14 de l'ordonnance du 2 février 1945

118 Blandine Mallevaye précitée, page 121

119 Rapport de M. André VARINARD « Entre modifications raisonnables et innovations fondamentales : 70 propositions pour adapter la Justice pénales des mineurs », remis à Madame le Garde des Sceaux ministre de la Justice le 3 décembre 2008

120 Jean-François de MONTGOLFIER « Le Conseil constitutionnel et la justice pénale des mineurs », Journée d'études UNIOPSS, 23 octobre 2008, page 8

121 Jean-François de MONTGOLFIER précité, page 8

122 Car certains auteurs le considéraient comme archaïque et contraire aux réalités nouvelles, lu dans l'ouvrage sous la direction de Roselyne Nérac-Croisier « Le mineur et le droit pénal », collection logiques juridiques, série sciences criminelles, L'Harmattan 1997

faire l'objet d'un droit spécifique qui prenne vraiment en compte les particularités de l'enfance et de l'adolescence¹²³.

Protège aussi le mineur, le principe d'implication permanente des parents ou autres représentants légaux à toutes les étapes de la procédure affirmé par les règles Beijing.¹²⁴

Ces principes sont applicables lors de toutes les phases de la procédure pénale que va être amené à connaître le mineur délinquant (de la mise en cause jusqu'au jugement) mais ils trouvent à s'appliquer de manière encore plus accrue lorsque celui-ci est privé de liberté. Or, d'après l'Assemblée Générale des Nations Unies, ce terme de privation de liberté, ne correspond pas seulement à l'incarcération du mineur mais à toutes les situations dans lesquelles il est « détenu (...) sur ordre d'une autorité judiciaire (...) et duquel il n'est pas autorisé à sortir librement quand il le souhaite »¹²⁵. Ces principes doivent donc notamment être respectés lors de la garde à vue. C'est ce que garantissent les dispositions de l'article 4 de l'ordonnance du 2 février 1945 qui, comme l'énonce la chambre criminelle de la Cour de cassation, visent bien « à protéger le mineur placé en garde à vue (...) en raison de sa vulnérabilité supposée au jour de son audition »¹²⁶.

Lors de cette phase de la procédure, ces règles protectrices doivent être parfaitement respectées, car le mineur est non seulement vulnérable au regard de son âge mais aussi en raison de sa situation de dépendance par rapport aux autorités de l'Etat¹²⁷. Effectivement, tous, auteurs et praticiens du droit, reconnaissent les effets particulièrement néfastes que peut avoir la garde à vue et parle d'elle comme une expérience traumatisante¹²⁸. Ses conséquences négatives potentielles existent d'autant plus lorsque le gardé à vue est mineur et sont susceptibles de provoquer des séquelles plus graves que pour un adulte puisque la

123 ouvrage sous la direction de Roselyne Nérac-Croisier « Le mineur et le droit pénal », collection logiques juridiques, série sciences criminelles, L'Harmattan 1997, Page 142

124 Article 10.1 des Règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing)

125 Définition issue de la résolution 45/113 du 14.12.1990 adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies relatives aux règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de leur liberté.

126 Cass. Crim. 25 octobre 2000, lue dans le rapport annuel de la Cour de cassation de 2009 précité

127 CEDH affaire «Saoud contre. France » du 9 octobre 2007, Req. n° 9375/02, lu dans le rapport annuel de la Cour de cassation de 2007 précité

128 C'est ce qu'énonce par exemple la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS) dans son rapport annuel de 2008, page 61 ou que souligne la CEDH dans l'arrêt Tomasi contre France au § 113

personnalité de celui-ci est « assurément sujette à des perturbations plus irréversibles ». ¹²⁹ Il est donc primordial de mettre en place des règles pour éviter que cet événement, qui peut être difficile et traumatisant, brise l'équilibre fragile du mineur qui ne peut être obtenu que progressivement au cours de la croissance ¹³⁰.

Lorsqu'il est gardé à vue, le mineur a donc besoin d'une protection et de droits accrus. C'est cette nécessité qui justifie l'existence d'un renforcement des droits de la défense dont bénéficie normalement le majeur pendant la mesure. C'est le cas du droit à l'intervention d'un médecin puisque le mineur jouit d'un droit consolidé à l'examen médical.

Section 2- Un droit à l'examen médical renforcé :

Cette protection accrue du mineur lors de la garde à vue n'existe que depuis 1993. A l'origine, le Code de procédure pénale de 1958 ne prévoyait en effet aucune disposition particulière, notamment aucune limite d'âge n'était posée. Simplement, la durée de la mesure devait être minimum et les agents devaient prendre certaines précautions notamment afin d'éviter leur promiscuité avec les majeurs ¹³¹.

C'est la loi du 4 janvier 1993 qui va pour la première fois édicter un régime dérogatoire pour les mineurs, qui ne seront plus à l'avenir soumis aux mêmes règles que les adultes. Cette innovation n'a pas été mise en place par le projet de loi initialement déposé à l'Assemblée nationale le 26 février 1992 mais par les amendements 1 à 10 proposés par les députés qui ont introduit dans ce projet un titre VI vus « Dispositions applicables aux mineurs », comportant plusieurs articles additionnels modifiant l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. ¹³²

Avec cette loi, une limite d'âge est posée ; les mineurs ne peuvent être placés en garde à vue qu'à partir de 13 ans et les droits les protégeant sont renforcés, notamment le droit d'être examiné par un médecin.

129 « Le mineur et le droit pénal » précité, page 212

130 Ibid. page 20

131 Instruction générale du 27 février 1959, art C116, lue dans l'ouvrage de J Leroy précité, page 40

132 Rapport n°2932 de M. Michel Pezet, précité

Ce droit à l'examen médical, a évolué depuis 1993 puisqu'il a suivi les modifications du droit des majeurs tendant à un renforcement des droits de la défense lors de la garde à vue, mais sa spécificité au regard de la minorité de l'intéressé n'a jamais été remise en cause. Ainsi dans notre droit actuel, si l'article 4 de l'ordonnance renvoie plusieurs fois aux dispositions de l'article 63-3 du Code de procédure pénale sur la garde à vue des majeurs, quelques dispositions sont spécifiques aux gardés à vue de moins de 18 ans et accroissent leur protection.

D'après la loi, le droit à l'intervention d'un médecin va s'appliquer différemment en fonction de l'âge du mineur placé en garde à vue.

Pour les mineurs de 13¹³³ à 16 ans, cette intervention est obligatoire et systématique dès le début de la garde à vue¹³⁴. Les mineurs sont donc examinés dès leur placement par un médecin désigné par le procureur de la République ou le juge d'instruction en charge de l'affaire.

Pour les mineurs âgés de plus de 16 ans, l'examen médical est facultatif comme pour les majeurs, il doit donc être sollicité. Notamment, le mineur peut en faire la demande, le médecin est alors désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire

La protection spécifique pour ces mineurs de 16 à 18 ans se traduit par le fait que les représentants légaux qui peuvent aussi demander l'examen sont, contrairement aux membres de la famille du gardé à vue majeur, obligatoirement informés de cette prérogative en même temps qu'ils le sont du placement en garde à vue de leur enfant (circulaire article 63-3 du Code de procédure pénal et article 4 ordonnance de 2 février 1945). Leur demande est de droit sauf si le gardé à vue s'y oppose. Dans cette hypothèse, le médecin doit présenter aux mineurs « les avantages de ce bilan de santé, l'assurer de sa confidentialité et tenter de le convaincre de s'y soumettre »¹³⁵ et s'il persiste dans son refus, le mentionner dans le certificat médical. Mais comme l'explique le médecin légiste M. Patrick Chariot, « l'absence d'examen

133 S'il n'a pas 13 ans, il ne peut être que retenu à la disposition d'un officier de police judiciaire pour une durée maximum de 12h renouvelable une fois (article 4 de l'ordonnance du 4 février 1945)

134 Article 4 de l'ordonnance du 2 février 1945

135 C. Rey Salmon « le mineur et la garde à vue », Actes de la cinquième journée « médecin et santé de l'adolescence, adolescents difficiles entre autorités et soins ».

n'équivaut pas à une absence de déplacement du médecin »¹³⁶ celui-ci doit donc vérifier même « sans entrer dans la cellule »¹³⁷ que la personne n'est pas dans une situation nécessitant des soins.

Enfin, le procureur de la République et l'officier de police judiciaire peuvent aussi « à tout moment » désigner d'office un médecin pour pratiquer l'examen sur le mineur de plus de 16 ans. Soit parce que les conditions de l'interpellation nécessitent une évaluation de l'état de santé, soit parce que le gardé à vue présente des blessures apparentes, fait état d'une souffrance physique ou d'un état de santé déficient ou qu'il présente des troubles mentaux caractérisés¹³⁸. Dans tous les cas, le policier a l'obligation d'être attentif à l'état de santé de la personne et de requérir un examen quand il constate un problème¹³⁹. Cette réquisition peut être effectuée « autant de fois que nécessaire, s'ils estiment que les circonstances de fait le justifient »¹⁴⁰.

Quel que soit l'âge du gardé à vue, la prolongation de la mesure donne droit à un nouvel examen médical. Et dans les deux cas, l'intervention du médecin s'effectue selon les règles prévues pour les majeurs à l'article 63-3 du Code de procédure pénale.

Ainsi, le mineur placé en garde à vue doit être immédiatement informé par un officier de police judiciaire, ou sous son contrôle, par un agent de police judiciaire et dans une langue qu'il comprend, de son droit d'être examiné par un médecin (art 63-1 du CPP). Et l'immédiateté est importante puisque d'après la chambre criminelle de la Cour de cassation, tout retard non justifié par des circonstances insurmontables porte nécessairement atteinte aux droits de la personne concernée sans que celle-ci soit tenue de démontrer un grief et les actes qui ont été irrégulièrement accomplis encourent l'annulation¹⁴¹.

136 Patrick Chariot « L'intervention du médecin en garde à vue », AJP n° 7, 16/07/2004, page 2

137 Ibid.

138 Direction des affaires criminelles et des grâces, « Guide des bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue », juillet 2009, page 5

139 Article 10 du Code de déontologie de la Police nationale du 18 mars 1986

140 Guide des bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue précité, page 5

141 C'est ce que rappelle la Cour de cassation dans de nombreux arrêts. Par exemple : Chbré Crim. 14 décembre 1999, Bull. crim. 1999, n°302, p. 935 ou plus récemment 1^{re} Civ du 27 mars 2007, Bull. 2007, I, n°133, p. 116, lue dans rapport annuel de 2007 de la Cour de cassation précité

Cet impératif de notification exige le fait que, si la personne gardée à vue « est atteinte de surdité » ou « qu'elle ne sait ni lire, ni écrire, elle doit être assistée par un interprète en langue des signes ou par toute personne qualifiée maîtrisant un langage ou une méthode permettant de communiquer avec elle »¹⁴². Il peut aussi être mis en place un dispositif technique permettant de communiquer malgré la surdité. La mention de cette notification est inscrite sur le procès-verbal de déroulement de la garde à vue puis émargée par le gardé à vue ou s'il refuse, cette opposition est mentionnée sur le procès-verbal¹⁴³.

Le médecin est obligé de déférer à la réquisition¹⁴⁴, hormis lorsqu'il est le médecin traitant du gardé à vue¹⁴⁵, qu'il est « parent ou allié vivant en communauté de vie »¹⁴⁶ de celui-ci ou qu'il considère que ses compétences médicales ne sont pas suffisantes pour pratiquer l'examen¹⁴⁷. Mais à défaut de motif légitimant le refus, il encourt des poursuites judiciaires¹⁴⁸.

De plus l'examen doit être effectué « sans délai » d'après l'article 63-3 même si la tardiveté de son intervention est sans conséquence sur la validité de la procédure, excepté si celle-ci est considérée comme fautive. Alors le médecin peut être poursuivi dans les conditions prévues à l'article L. 4124-2 du Code de la santé publique (CSP) et sanctionné disciplinairement¹⁴⁹. Dans tous les cas l'attente de l'arrivée du médecin n'empêche pas l'officier de police de commencer ou continuer ses investigations¹⁵⁰.

De par son examen, le médecin doit, d'une part établir si le mineur est apte ou non au maintien de la garde à vue et d'autre part, procéder à toutes les constatations estimées utiles sur l'état de santé de la personne. Cependant, comme le rappelle la circulaire d'application de la loi de 2011¹⁵¹, cet examen n'a pas pour objet de déterminer une incapacité totale de travail,

142 Article 63-1 al 3 du CPP

143 Article 63-1 al 2 du CPP

144 Article L367 Code la Santé Publique

145 Article 105 du Code de déontologie médicale

146 Ouvrage sur la Conférence de consensus, précité, page 104

147 Guide des bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue précité, page 22

148 Article R. 642-1 du CP et L. 4163-7 du CSP

149 Guide des bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue précité, page 10

150 Ibid.

151 Circulaire du 23 mai 2011 relative à l'application des dispositions relatives à la garde à vue de la loi n° 2011-392 du 14 avril 2011

qui nécessite la rédaction d'une nouvelle réquisition. De plus l'évaluation médicale ne peut se prononcer sur l'aptitude de la personne à répondre à l'interrogatoire, cette appréciation relevant du rôle de l'expert.¹⁵²

D'après l'article 63-3, l'examen médical doit être pratiqué à l'abri du regard et de toute écoute extérieure afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel. Le médecin doit donc être seul dans la pièce. De plus, une relation de confiance étant nécessaire entre le médecin et le gardé à vue, l'examen doit être accompli sur une personne « libre de toutes entraves »¹⁵³. Mais la garantie de la sécurité du médecin étant nécessaire, « en dehors du temps précis de l'examen clinique, une surveillance visuelle doit rester possible pour les policiers ou les gendarmes »¹⁵⁴ de plus, « les fonctionnaires ou militaires affectés à la surveillance des locaux de garde à vue doivent être en mesure d'intervenir immédiatement »¹⁵⁵. Enfin le médecin peut décider d'être accompagné.

A l'issue de l'examen, le médecin remet à l'officier de police judiciaire un certificat médical pour que celui-ci soit versé au dossier (article 63-3 CPP). Le document fait état de la compatibilité ou l'incompatibilité de l'état de santé du mineur avec le maintien de la mesure et les éventuelles modalités particulières de surveillance nécessaires à ce maintien¹⁵⁶. En cas de certificat d'incompatibilité, tout acte en cours doit être interrompu et le procureur de la République est immédiatement informé. A défaut, la poursuite de la mesure par l'officier de police judiciaire dans des conditions qui sont, selon le constat médical, incompatibles avec son état de santé, porte nécessairement atteinte aux intérêts du gardé à vue¹⁵⁷

Ce certificat peut être consulté par l'avocat du gardé à vue sur demande de celui-ci. Il ne peut cependant en faire une copie, seule la prise de note est possible (Art. 63-4-1).

Toutes ces dispositions sont aussi applicables à la garde à vue des mineurs effectuée dans le cadre de l'enquête préliminaire (article 77 CPPC) et de l'exécution d'une commission

152 Guide des bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue, page 11.

153 Ibid. page 19

154 Ibid.

155 Ibid.

156 Ibid. page 14

157 C. Girault « une nouvelle présomption de grief en matière de garde à vue », commentaire de l'arrêt Crim 27 oct.2009, Bull. crim. N°176, Dalloz actualité 10 novembre 2009

rogatoire (154CPP)¹⁵⁸. Cependant elles ne régissent pas l'examen procédé dans la cadre des régimes dérogatoires, pour lequel le droit au médecin est différent. En effet, lorsque la garde à vue est mise en œuvre dans la cadre de l'article 706-88, applicable aux mineurs de plus de 16 ans (à l'exception de ses 3 derniers alinéas relatifs à la possibilité d'un report de l'intervention de l'avocat) quand il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'au moins un majeur a participé à la commission de l'infraction (relevant de l'article 706-73 du CPP) avec le mineur, sa garde à vue peut être prolongée deux fois de 24h. Lorsque cette prolongation est décidée, il doit obligatoirement être examiné par un médecin désigné par le procureur de la République, le juge d'instruction ou l'officier de police judiciaire et peut ensuite demander un nouvel examen qui sera de droit. Le mineur doit être avisé de ce droit par l'officier de police judiciaire et la notification de cette possibilité doit être mentionnée sur le procès verbal émargé par le gardé à vue. Si celui-ci refuse il en est fait mention. Là encore l'examen se déroule dans les mêmes conditions que le droit commun (63-3CPP).

Ainsi, lorsque le gardé à vue n'a pas atteint l'âge de 18 ans, il bénéficie d'un droit renforcé à l'examen médical. Cet examen est notamment obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans, sans qu'aucune demande ne soit nécessaire.

Toutefois, les médecins qui pratiquent ces examens rapportent que les mineurs en garde vue ne souffrent pas, sauf exception, de maladies ou problèmes physiques rencontrés chez les adultes dans les mêmes conditions. En conséquence, d'un point de vue médical, se pose la question de la légitimité d'un droit accru pour les mineurs et particulièrement de la systématisation de l'examen pour ceux qui sont âgés de 13 à 16 ans.

En réalité, si l'intervention systématique d'un médecin pour les jeunes mineurs ne semble pas nécessaire pour des raisons médicales, elle l'est assurément au regard de l'âge et de la situation sociale dans laquelle se trouve la majorité des mineurs gardés à vue.

Section 3- Une protection particulière nécessaire en pratique :

Monsieur Renaud Clément¹⁵⁹, médecin légiste, s'est interrogé sur les fondements de l'obligation d'examiner les mineurs de moins de 16 ans lors de tout placement en garde à vue.

158 Loi n° 2011-392 du 14 avril 2011, Article 14

159 Monsieur Renaud Clément, Médecin légiste au CHU de Nantes

Il constate en effet, depuis qu'il intervient lors de la mesure, que les mineurs examinés contrairement aux majeurs, sont en grande majorité en parfaite santé.

Ce constat a été confirmé par l'étude* des dossiers de 2012: les fiches médicales étudiées n'ont révélé aucun problème de santé grave, seuls quelques crises d'asthme ont été traitées ponctuellement mais n'ont entraîné ni incompatibilité ni prescriptions médicales particulières.

Si la fragilité supposée des mineurs ne semble pas avérée, l'exigence d'un examen médical à chaque garde à vue n'est pas pour autant inutile.

D'abord, parce que selon les résultats de l'étude*, la majorité des personnes mineures concernées est très jeune¹⁶⁰, entre treize et seize ans (20% d'entre elles en ont au maximum 14). Or, la garde à vue, expérience incontestablement traumatisante pour tout individu, l'est sans aucun doute encore plus pour des mineurs loin de la majorité. La mesure doit donc être assortie de garanties accrues.

Et cette prise en compte de la minorité est d'autant plus importante que, depuis la loi Perben II¹⁶¹, les mineurs de 16 à 18 ans impliqués dans des infractions en matière de délinquance organisée et pour lesquels les policiers soupçonnent la participation d'un majeur, peuvent être placés en garde à vue pour une durée maximum de 96h comme les gardés à vue majeurs ayant commis les mêmes infractions¹⁶²

Puis, si une particulière fragilité physique (au sens médical du terme) n'est pas démontrée, ce n'est pas le cas de leur vulnérabilité psychologique comme il l'a été présenté précédemment¹⁶³. Enfin, la situation de fragilité sociale dont sont victimes la majorité des mineurs en garde à vue justifie cette protection particulière.

160 Ce résultat est à tempérer au vue du biais juridique existant : l'examen médical ne peut être refusé par les mineurs de moins de 16 ans ce qui induit obligatoirement un nombre d'examens plus grand que pour les mineurs plus âgés. Cf annexe 1 page 66

161 Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité

162 Article 706-88 du CPP

163 Cf Partie I, B, 1 du mémoire

Pour les sociologues, psychologues, et criminologues, échec scolaire du mineur¹⁶⁴ et difficultés familiales¹⁶⁵, en particulier l'absence de relations de qualité avec ses parents¹⁶⁶, peuvent être à l'origine de comportements sociaux à risque, consommation de drogues¹⁶⁷ et commission d'actes infractionnels. Or ces deux caractéristiques sociales sont révélées par l'étude* menée sur les fiches d'examens médicaux. En effet, les résultats de la recherche démontrent une sortie précoce du système scolaire pour un tiers des mineurs entendus¹⁶⁸, dont une majorité en 3^{ème} ou avant. Puis, l'existence de relations familiales difficiles est caractérisée par le fait que 6%¹⁶⁹ des mineurs déclarent avoir été suivis ou être suivis par un éducateur, 11% affirment vivre dans un foyer ou en dehors du domicile parental (chez un autre membre de la famille ou quelqu'un d'extérieur au cadre familial : un ami ou « petit(e) ami(e) »)¹⁷⁰ et 50% seulement ont été en mesure de dire si leurs parents avaient été prévenus de leur garde à vue.

Enfin, la corrélation entre situation sociale précaire et consommation de drogues est confirmée par l'étude*. Les chiffres révèlent que les mineurs en garde à vue ont une consommation plus importante que les autres jeunes du même âge, 77% des mineurs ont ainsi déclaré boire de l'alcool¹⁷¹, un quart d'entre eux fumer au minimum un demi-paquet de cigarettes par jour¹⁷² et s'agissant de la prise de produits illicites, 14% des mineurs ont affirmé fumer du cannabis de manière occasionnelle et 3% régulièrement¹⁷³.

164 Cf les différentes études exposées au point 55 de l'article de Maryse Esterle-Hedibel « Absentéisme, déscolarisation, décrochage scolaire, les apports des recherches récentes », *Déviance et Société* 1/2006 (Vol. 30), p. 41-65, §55 URL : www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2006-1-page-41.htm.

165 Ibid. §57

Laurent Mucchielli « La place de la famille dans la genèse de la délinquance », *Regards sur l'actualité*, 2001, n°268, p. 31-42

166 Notes de cours de M. Jean Labbé, Professeur titulaire, Département de pédiatrie Université de Laval, « la Théorie de l'attachement »

167 Jean-François Briefer « Intégration sociale et psychopathologie chez les usagers de drogues », *Psychotropes* 1/2002 (Vol. 8), p. 23-41. § 40

168 35% des mineurs ont déclarés avoir quitté le système scolaire, cf annexe 1 page 67

169 Annexe 1 page 68

170 Ibid.

171 Annexe 1 page 69

172 Ibid.

173 Annexe 1 page 70

Si ces caractéristiques sociologiques ne sont en rien une justification de l'infraction commise, ils démontrent cependant que les mineurs en garde à vue sont pour beaucoup dans une situation de fragilité sociale considérée par les chercheurs comme un facteur de risque du passage à l'acte. De ce fait, comme le rappelle Mme Mallevaye¹⁷⁴ ces mineurs sont certes des délinquants mais aussi et surtout des mineurs en danger qui doivent bénéficier d'une protection adaptée. Le régime de leur garde à vue doit donc mettre en place une protection accrue, ce que permet notamment l'intervention du médecin.

Car, c'est ce qui est attesté dans la deuxième partie de ce travail, le médecin n'est pas seulement un professionnel soignant intervenant sur réquisition de l'autorité judiciaire, mais également une des seules personnes (avec l'avocat) extérieures aux locaux de Police avec qui le gardé à vue peut parler, poser des questions sur la mesure, les suites de celle-ci, exprimer ses angoisses... et c'est en outre un professionnel qui, en intervenant dans les locaux de garde à vue, veille à la garantie du respect de la dignité humaine du mineur pendant la mesure.

Ainsi, si au départ l'examen médical n'était qu'une manière d'empêcher les policiers d'abuser de leur pouvoirs lors de la mesure, il est aujourd'hui un véritable droit de la défense du gardé à vue, composant la palette de garanties dont il bénéficie en « contrepartie des pouvoirs de l'autorité policière »¹⁷⁵. Ce droit est essentiel pour le gardé à vue et notamment pour le mineur qui, en raison de sa vulnérabilité, a besoin d'une protection accrue lui permettant de se défendre lors de la mesure.

S'ajoute à ces arguments relatifs à l'intérêt de l'intervention du médecin, le fait que l'examen médical n'est pas seulement un droit de la défense, mais également la garantie du respect de la dignité et de l'intégrité physique du gardé à vue.

174 Blandine Mallevaye précité, page 121

175 J. Leroy précité, page 4

Pour Etienne Vergès¹⁷⁶, les droits de la défense, malgré leur caractère fondamental, ne sont pas les seuls à protéger la personne poursuivie. Selon lui, d'autres droits ne s'appliquant pas seulement dans le domaine procédural mais dans « tous les aspects de la vie sociale »¹⁷⁷, possèdent cette nature et doivent aussi être respectés lors de la phase pénale. Ils correspondent d'après lui à trois garanties dont doit bénéficier la personne poursuivie. Les mesures de contrainte auxquelles elle est soumise doivent notamment garantir le respect de sa dignité. Cette impérativité est énoncée depuis 2011 à l'article préliminaire du Code de procédure pénale.

La garde à vue étant l'une de ces mesures¹⁷⁸, elle doit « s'exécuter dans des conditions assurant le respect de la dignité du gardé à vue » (article 63-5CPP).

A cette fin depuis 2011, le Code de procédure pénale énonce aux articles 63-6 et 63-7 que les investigations corporelles internes lors de la garde à vue doivent être pratiquées par un médecin de même sexe que le gardé à vue et dans un espace fermé. De plus, lors des auditions, la personne doit se voir restituer les objets dont le port et la détention sont nécessaires à sa dignité.

Dans ces deux dispositions le Code se réfère de manière expresse au respect de la dignité de la personne mais d'autres le garantissent sans qu'il soit mentionné. C'est le cas de l'article 64 al 2 qui impose la tenue par les officiers d'un registre spécial contrôlé par le procureur de la République, comportant entre autres les heures où le gardé à vue s'est alimenté et la durée de son temps de repos entre les auditions. C'est aussi le cas de l'article 41 relatif au contrôle des locaux de garde à vue par le procureur au cours desquels il doit porter attention à l'entretien des cellules, la présence de sanitaires, d'un chauffage...

Enfin, l'article 63-3 du Code peut être intégré à ces exemples. Car, si la circulaire du 23 mai 2011¹⁷⁹ relative à l'application des dispositions de la loi du 14 avril 2011, énonce que l'article 41 du Code « participe pleinement » au contrôle du respect de la dignité des gardés à vue et qu'effectivement, le procureur de la République, autorité de contrôle de la mesure et des

176 Etienne Vergès précité, page 53

177 Ibid.

178 Article 62-2 du CPP nouveau

179 Circulaire du 23 mai 2011 précitée

règles qui l'encadrent, joue un rôle primordial en cette matière, il n'est pas le seul, le médecin lorsqu'il intervient en garde à vue en devient aussi le garant.

L'article 63-3 fait donc partie des dispositions du Code qui, sans en faire une référence expresse protège la dignité du garde à vue.

PARTIE II- L'EXAMEN MEDICAL, UNE GARANTIE DE LA DIGNITE DES PERSONNES EN GARDE A VUE:

Dans sa décision du 30 juillet 2010¹⁸⁰, le Conseil constitutionnel rappelle les garanties énoncées au Préambule de la Constitution de 1946, en vertu duquel « tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés et que la sauvegarde de la dignité de sa personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation, est au nombre de ces droits et constitue un principe à valeur constitutionnelle »¹⁸¹. Il réaffirme ensuite que résulte de ces dispositions, l'obligation pour les « autorités judiciaires et de police judiciaire compétentes de veiller à ce que la garde à vue soit, en toutes circonstances, mise en œuvre dans le respect de la dignité de la personne »¹⁸².

L'observance de la dignité humaine, n'est pas seulement un impératif pour le Conseil constitutionnel, au niveau européen, la Cour européenne des Droits de l'Homme s'avère aussi très exigeante. Ce principe, indirectement garanti par l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme condamnant la torture, les peines et actes inhumains ou dégradants¹⁸³, est pour la Cour « l'une des valeurs les plus fondamentales d'une société démocratique »¹⁸⁴. En vertu de cette disposition, elle pose à la charge de l'Etat Français, une obligation négative et absolue¹⁸⁵ de ne pas porter atteinte à la dignité de tous individus et une obligation positive de tout mettre en œuvre pour garantir l'application du principe.

Dans le cadre de la garde à vue, la Cour considère que l'article 3 n'est respecté qu'à partir du moment où la force physique développée par le ou les policiers a été rendue strictement nécessaire par le comportement de celui privé de sa liberté¹⁸⁶.

Ainsi, au travers de l'article 3 elle impose une absence totale de violences policières illégitimes. Mais cette obligation n'est pas la seule à découler de cette disposition. Pour la Cour, elle prescrit aussi une exigence de protection de la santé au travers de la mise en place

180 Conseil Constitutionnel (Cons Const) 30 juillet 2010 précité

181 Ibid. cons 19

182 Ibid. cons 20

183 Manuel S Guinchard et J Buisson précité page 535

184 Aisling Reidy « L'interdiction de la torture, Un guide sur la mise en œuvre de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme » Précis sur les Droits de l'Homme, n° 6, 2003, Page 8

185 Article 15 al 2 de la CESDH

186 Aisling Reidy précité, page 21

de soins médicaux requis¹⁸⁷. En effet, en vertu de l'article 3, les états doivent, d'après elle, mettre en place des mesures de soins protégeant la santé des personnes privées de leur liberté et cette exigence ne concerne pas seulement les détenus mais aussi les individus placés en garde à vue. C'est ce que rappelle clairement la Cour dans un arrêt de 2007 « face à des personnes détenues, placées en garde à vue (...) et se trouvant dans un rapport de dépendance par rapport aux autorités de l'Etat, ces dernières ont une obligation de protection de la santé. Celle-ci implique de diligenter des soins médicaux lorsque l'état de santé de la personne le nécessite ».¹⁸⁸

Ainsi, au nom de la dignité humaine, la Cour condamne d'une part les éventuelles violences policières qui pourraient intervenir pendant la mesure et d'autre part, impose aux Etats que la santé des personnes gardées à vue soit garantie et que leur bien être soit assuré pendant toute la durée de privation de liberté¹⁸⁹.

Cette jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme, démontre l'importance du rôle que joue le médecin lorsqu'il effectue l'examen médical d'un gardé à vue. Par son intervention, ce professionnel assure le respect d'un droit à la santé de la personne gardée à vue (A). Puis, en pratiquant autant que possible son examen médical dans les locaux de garde à vue, il est en mesure de contrôler les conditions et les lieux dans lesquels se déroulent la mesure comme le procureur lorsqu'il effectue ses visites (B)

Ce rôle, va être d'autant plus important lorsque le gardé à vue est un mineur et donc plus vulnérable¹⁹⁰ qu'un adulte face à d'éventuels mauvais traitements, pressions psychologiques ou blessures et maladies.

187 CEDH affaire « Mouisel c. France », 14.11.02, n°67263/01, lue dans rapport annuel de 2007 de la CCASS précité, page 7

188 CEDH affaire « Saoud c/ France » précité

189 C'est ce qu'elle rappelle clairement dans l'arrêt « Slimani contre France » du 27.07.04, req n°57671/00, lorsqu'elle affirme que les états ne doivent pas soumettre les personnes privées de leur liberté « à une détresse (...) qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention », car outre la santé de l'intéressé « c'est aussi son bien être qui doit être assuré », lue dans rapport de la CCASS 2007 précité page 7

190 CEDH Affaire « A. c. Royaume-Uni », 23 septembre 1998, req. n° 25599/94 § 22 ou « Z. et autres c. Royaume-Uni », 10 mai 2001, req. n° 29392/95, § 73, lue dans la thèse de Mme Lydie Dutheil-Warolin précitée

Chapitre 1 – Un examen assurant l’effectivité du droit à la santé :

Le droit à la santé, est un droit de l’homme consacré par de nombreuses dispositions. Au niveau international, la Convention des droits de l’enfant est l’un des textes qui rappelle cette obligation pour les Etats d’assurer « à l’enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être »¹⁹¹. Ou encore, au niveau régional, la Charte sociale européenne qui leur impose de rendre effectif le droit pour toute personne de bénéficier de « toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu’elle puisse atteindre »¹⁹².

En France, le préambule de la constitution du 27 octobre 1946 garantit à tous et « notamment à l’enfant (...) la protection de la santé »¹⁹³.

Ce droit fondamental¹⁹⁴, comme l’affirment toutes ces dispositions, doit être mis en œuvre « au bénéfice de toute personne »¹⁹⁵ et donc y compris aux mineurs privés de leur liberté.

C’est ce qu’énonce M. Dominique Latournerie en évoquant le droit aux soins des personnes placées en garde à vue « une société est d’autant plus assurée d’elle-même qu’elle sait traiter avec équité ceux qui ignorent ou transgressent ses règles. Le droit (...) ne peut tolérer qu’il reste des zones échappant à son emprise »¹⁹⁶.

C’est ce droit que permet de garantir l’intervention du médecin. Celui-ci, lors de l’examen, va s’assurer que l’état de santé du gardé à vue est compatible avec la mesure imposée pour au moins 24h (1) après avoir diagnostiqué l’état physique et psychologique de la personne et lui avoir éventuellement prodigué des soins (2).

Section 1- Un médecin présent pour déterminer la compatibilité de l’état de santé du mineur à la garde à vue :

L’article 63-3 du Code de procédure pénal pose deux obligations au médecin ; celle notamment de se prononcer sur l’aptitude au maintien en garde à vue de la personne soumise à la mesure.

191 Convention relative aux droits de l’enfant du 20 novembre 1989 (article 3 al 2)

192 Charte sociale européenne révisée du 3 mai 1996 (article 11)

193 Point 12 du Préambule de la constitution du 27 octobre 1946

194 L1110-1 CSP

195 Ibid.

196 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 53 (propos de M Latournier, Conseiller d’état honoraire et président de la commission nationale des accidents médicaux)

Cette mission existe depuis 1957 car, contrairement à ce qu'avait énoncé M. Mirin¹⁹⁷ et comme vu précédemment, il semble que le rôle du médecin était double. Il ne devait pas seulement se prononcer sur d'éventuels abus policiers mais aussi sur l'aptitude au maintien en garde à vue de la personne.

Aujourd'hui cette fonction existe toujours et est même devenue d'après la Cour de cassation, l'objectif prioritaire de l'examen médical¹⁹⁸, s'opposant ainsi à celle du médecin sous l'empire du premier Code de procédure pénal : constater l'absence ou non de brutalités policières afin d'attester, en cas de fausses allégations, de l'inexistence de sévices pratiqués à l'encontre du gardé à vue et donc de la validité de ses aveux.

Comme l'a énoncé M. Jean Danet, cet examen de la compatibilité poursuit aussi cette finalité car vérifier la capacité du gardé à vue permet d'attester de « la liberté et de l'authenticité » de ses propos¹⁹⁹. Mais il permet aussi de s'assurer que la garde à vue en tant que telle, c'est-à-dire au regard des conditions dans lesquelles elles se déroulent ne met pas en danger la santé de la personne. Le professionnel peut pour cela imposer aux policiers ou gendarmes un certain nombre d'exigences garantissant cette protection.

En effet, par cette évaluation, le médecin ne doit pas apprécier si la mesure doit être levée ou non²⁰⁰ mais établir si la santé du gardé à vue dans sa globalité permet la détention. Cela signifie qu'aucun risque pour la santé physique ou psychique de la personne n'existe ou que ces risques sont maîtrisés pendant la mesure et au vu des circonstances dans lesquelles elle est pratiquée²⁰¹.

Ainsi, les résultats de l'examen sont importants puisqu'ils conditionnent la poursuite ou non de la garde à vue.

D'abord, le médecin peut déclarer l'état de la personne compatible sans aucune restriction. Dans ce cas, la mesure se poursuit et en cas de prolongation, un deuxième examen peut être demandé pour vérifier que le diagnostic n'a pas changé.

197 M. Mimin, JCP 1959 I 1500 n°17, il y énonçait que le médecin avait seulement pour mission de constater l'état de santé du gardé à vue puisque le Code de procédure pénale ne lui donnait pas le droit de dire si la personne était capable ou non de supporter la garde à vue., lue dans la thèse de M. F. Trolliet, précitée

198 Rapport annuel de la Cour de cassation de 2007 précité

199 Jean Danet « La notion d'état de santé et la détention en Europe », Revue Sc crim 1996, page 3

²⁰⁰ P. Chariot et Cyril Boraud « L'intervention du médecin en garde à vue : le chemin sinueux vers une harmonisation des pratiques », AJ Pénale n° 6, 13/06/2008 page 4

²⁰¹ Guide des bonnes pratiques précité, page 11

Puis, il peut constater que la garde à vue peut se poursuivre mais sous réserve que certaines conditions soient respectées²⁰². Soit la personne ne peut être retenue dans les locaux de Police ou de gendarmerie que jusqu'à une heure maximum qu'il fixe²⁰³ (par exemple lorsque le gardé à vue souffre d'un « syndrome d'apnée du sommeil appareillé »²⁰⁴), soit un réexamen doit être réalisé à l'issue d'une certaine période²⁰⁵. Puis, le déroulement de la mesure et notamment les conditions de rétention et des interrogatoires, peuvent être soumis à certaines modalités particulières²⁰⁶ (par exemple l'apport d'une couverture, d'une bouteille d'eau..).

La poursuite de la garde à vue peut encore être soumise à la réalisation de soins dans les locaux où la personne est retenue (poursuite d'un traitement commencé avant la garde à vue ou obligation pour les policiers ou gendarmes de surveiller la personne)²⁰⁷. Le médecin peut aussi conditionner la compatibilité de l'état de santé à la mesure, à l'accomplissement de soins à l'hôpital. C'est le cas par exemple lorsqu'une injection est nécessaire ou lorsque la personne est diabétique et doit prendre un repas spécifique (insulinorequérant)²⁰⁸.

Enfin, il peut estimer que l'état de santé du gardé à vue ne permet pas le maintien de la mesure dans les locaux où elle se déroule. Soit parce qu'il est nécessaire d'effectuer des examens complémentaires dans un centre de soins, soit parce qu'un avis de type expertal doit être donné²⁰⁹. Dans ces deux cas, les résultats des examens et les avis vont permettre de réévaluer cette compatibilité. Cette évaluation peut également répondre à l'obligation d'une hospitalisation de la personne²¹⁰.

Concernant cette dernière, la loi « restant muette »²¹¹ c'est la chambre criminelle de la Cour de cassation qui a donné certaines indications quant au statut du gardé à vue pris en charge à l'hôpital. Tout d'abord en 1997, elle a énoncé que l'hospitalisation momentanée d'une personne placée en garde à vue et effectuée à l'initiative ou sous le contrôle des policiers en

202 P. Chariot et al. AJ Pénal 2008 précité

203 Ibid.

204 P Chariot « intervention du médecin en garde à vue : contenu du certificat médical et de ses à-côtés », AJ Pénal 2012 p521, page 1

205 P. Chariot et al. AJ Pénal 2008 précité

206 Ibid.

207 Ibid.

208 Ibid.

209 Ibid.

210 P. Chariot et al. AJ Pénal 2008 précité

211 Rapport annuel de 2007 de la Cour de cassation précité, page 5

raison d'une incompatibilité du comportement de celle-ci avec son audition, « n'a pas pour conséquence de suspendre de plein droit l'exécution de cette mesure »²¹². Puis un an plus tard, que la durée « d'une prise en charge médicale momentanée ne doit être imputée sur celle de la garde à vue qu'autant que cette mesure est toujours en cours pendant la période de soins »²¹³, ce qui implique que la personne est toujours interrogée et qu'il n'y a pas seulement une surveillance de celle-ci. Si le délai légal de la garde à vue va être dépassé dans l'attente de la fin de l'hospitalisation, la mesure doit être levée.

D'après un rapport de 2007 de la Cour de cassation, ces deux arrêts démontrent la volonté de concilier les besoins de l'enquête, diligentée dans le but d'identifier l'auteur de l'infraction, avec la nécessité de respecter le droit fondamental du gardé à vue à la protection de sa santé, considéré comme prioritaire²¹⁴.

Ainsi, l'intervention du médecin est loin d'être sans effet. Si le professionnel impose le respect de certains actes ou certaines conditions, l'officier de police judiciaire doit s'y tenir s'il ne veut pas se voir opposer un certificat d'incompatibilité. Dans cette seconde hypothèse, l'évaluation du médecin a une conséquence « directe »²¹⁵ sur la mesure, celle de remettre en cause le maintien de la personne en garde à vue. En effet, l'officier de police judiciaire doit mettre fin aux actes en cours afin de ne pas poursuivre la mesure dans des conditions qui, d'après la chambre criminelle de la Cour de cassation, porteraient nécessairement atteinte aux intérêts de celui dont la santé ne permet pas de supporter la garde à vue.²¹⁶

Il est donc possible de dire que le médecin par cet examen de la compatibilité, agit d'une part, comme l'affirmait en 1996 M. Jean Danet²¹⁷ dans l'intérêt de la procédure, puisqu'il certifie que les éventuels aveux ont été donnés librement par une personne capable physiquement et mentalement de supporter la garde à vue. Et d'autre part, dans l'intérêt du gardé à vue, puisque le médecin vérifie qu'au regard de son état de santé la mesure ne met pas en danger sa santé voir sa vie.

212 Cass. Crim. 27 mai 1997, pourvoi n° 97-81.635, lue dans le rapport annuel de 2007 de la CCASS de 2007 précité et l'ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 55

213 Cass. Crim. 13 octobre 1998, pourvoi n° 98-82.522, lue dans le rapport de 2007 de la CCASS précité

214 Ibid. page 5

215 Jean Danet, précité, page 3

216 C. Girault, précité.

217 Jean Danet, précité.

Le médecin reste donc un soignant même lorsqu'il intervient dans le cadre particulier de la garde à vue. Ce rôle est aussi démontré par la possibilité de prodiguer des soins au gardé à vue.

Section 2- Un médecin dont l'intervention permet le respect du droit à l'accès et à la continuité des soins²¹⁸ :

Lors des débats parlementaires relatifs à l'adoption de la loi du 4 janvier 1993, certains députés avaient critiqué le fait que la mission du médecin n'était pas assez clairement définie dans le Code de Procédure Pénale et qu'il en allait de même dans le projet de la loi déposé devant les députés. M. Dreyfus-Schmidt énonçait notamment le souhait que le certificat médical fasse état des opérations et constatations que le médecin avait effectuées ainsi que les résultats de celles-ci, de l'aptitude au maintien en garde à vue, et des précautions à prendre et prescriptions à suivre²¹⁹. Mais cette volonté n'avait pas trouvé de concrétisation car, pour le Gouvernement et la Commission des lois, ces dispositions risquaient d'alourdir le texte alors que ces missions correspondaient à l'évidence au devoir et à la conscience professionnelle du médecin²²⁰.

Ainsi depuis 1993, même si cette mission n'est pas explicitement évoquée par le Code de Procédure Pénale, le médecin a le devoir de permettre les soins requis par l'état de santé de la personne.

En effet, comme l'énonce le médecin légiste M.P Chariot, l'examen médical en garde à vue « est d'abord un acte médical »²²¹ et même si son opinion n'est pas partagée par tous les intervenants en garde à vue²²², médecins²²³ et magistrats confirment l'existence de cette mission de soins.

218 Expression du CSP art L1110-1 et L4127-47

219 Amendement de M. Dreyfus-Schmidt, Débats Sénat, 18 novembre 1992, J.O.19 novembre 1992, p.3210 lue dans la thèse de M.F. Trollet précitée

220 Débats Sénat, 1er juin 1993, J.O.2 juin 1993, p.616, Ibid.

221 Ouvrage sur la Conférence de consensus précitée, page 11.

222 Comme il l'expliquait lors de son intervention à la conférence de consensus, les recherches démontrent deux profils, les médecins estimant n'être que des auxiliaires de justice « devant avant tout faciliter le déroulement de la procédure » et ceux qui restent des soignants agissant « dans un cadre particulier », Ibid. page 11

223 Ibid. Cf par exemple page 71 (propos de M. Thierry Jacquet-Francillon), page 79 (propos de M. Laurent Fildago) ou page 99 (propos de M. Yves Bot, procureur général, Cour d'appel de Paris).

De ce fait, le médecin qui cherche à déterminer si l'état de santé de la personne est compatible ou non avec la mesure, doit aussi effectuer un diagnostic « alors l'examen clinique est le même que lors d'une visite auprès d'un patient non privé de sa liberté »²²⁴. Puis, s'il découvre une pathologie, il peut être amené à prodiguer des soins²²⁵ ou orienter la personne vers un établissement hospitalier²²⁶. Enfin, il peut éventuellement prescrire certains médicaments²²⁷.

Comme l'explique M. Chariot, l'examen médical doit être « un lieu de repérage »²²⁸ des principaux risques (suicide, présence de pathologies mentales ou de conduites addictives) et éventuelles pathologies. A partir de son diagnostic le médecin doit prodiguer les soins requis.

Dans ces hypothèses, tous les actes de soins effectués par le médecin, restent soumis à l'ensemble des dispositions du Code de Déontologie Médicale²²⁹. Les principes de ce Code impliquent que le médecin intervienne « dans l'intérêt du patient et dans le respect de sa dignité »²³⁰, que celui-ci bénéficie de son droit d'accès à des soins de qualité et au respect de son droit à l'information, il doit être informé du « cadre de l'intervention médicale et ses conséquences »²³¹ et en particulier des données « transmises à l'autorité judiciaire et celles qui restent couvertes par le secret médical »²³². De plus, le médecin doit « s'assurer du consentement éclairé »²³³ du gardé à vue qu'il examine.

Enfin, le professionnel doit respecter le secret médical qui s'impose à tout médecin et couvre « tout ce qui est venu à sa connaissance (...), ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris »²³⁴. En conséquence, s'il constate l'existence ou est informé par le gardé à vue d'une pathologie qui peut évoluer et nécessiter une réaction médicale, il ne pourra transmettre cette information aux autorités judiciaires que s'il a reçu préalablement l'accord

224 Ouvrage sur la Conférence de consensus précitée, page 82 (propos de M. Laurent Foldago)

225 Ibid.

226 Ibid. page 83

227 Ibid.

228 P. Chariot, AJ Pénal 2008 précitée, page 5

229 José Coelho « Garde à vue, examen médical et confidentialité » AJ Pénal n° 1, 16/01/2006, page 1

230 Article 2 et 4 du Code de déontologie médicale

231 José Coelho, précité, page 3

232 Ibid.

233 Ibid.

234 R.4127-4 du CSP et Article 4 du Code de Déontologie médicale

du gardé à vue²³⁵. A défaut, il est susceptible d'être considéré comme responsable d'une violation du secret professionnel et peut être poursuivi pénalement²³⁶ et disciplinairement.²³⁷

Cette contradiction entre obligation au secret et nécessité d'informer l'autorité judiciaire requérante démontre la situation difficile dans laquelle se situe le médecin agissant en garde à vue. Celui-ci doit concilier devoir de soins applicable à tous citoyens « coupable ou innocent »²³⁸ et mission requise par les autorités judiciaires. A cette difficulté s'ajoute le cadre dans lequel il intervient : l'absence de bonnes conditions matérielles lorsque l'examen est effectué dans les locaux de Police²³⁹, le comportement difficile du gardé à vue (qui peut effectuer de fausses allégations ou s'être infligé lui-même des violences dans l'espoir que le médecin établisse un certificat d'incompatibilité²⁴⁰, être alcoolisé, refuser l'examen par méfiance envers le médecin considéré comme « un auxiliaire de police »²⁴¹...), s'ajoute également comme difficulté la pression exercée par les autorités requérantes²⁴².

Pourtant, ces missions doivent être accomplies avec la plus grande diligence. Tout d'abord, parce que la garde à vue au regard du stress qu'elle engendre et des conditions dans lesquelles elle se déroule peut entraîner « un risque d'aggravation aiguë de certaines affections »²⁴³. Ainsi, si le professionnel constate que l'état de la personne est compatible au moment où l'examen est pratiqué mais qu'il existe un risque de dégradation brutale de l'état de santé, celui-ci doit en avertir le personnel de surveillance et pour les situations les plus à risque,

235 Rapport annuel de 2007 de la Cour de cassation, précité, page 5

236 Article 226-13 du CP

237 Il peut être poursuivi par l'ordre des Médecins, garant de la déontologie médicale et donc du secret médical.

238 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 11 (propos de M. P. Chariot)

239 Au commissariat de Waldeck Rousseau de Nantes, une salle spécifique est prévue mais elle ne contient qu'une table, deux chaises et un évier (cassé lors de ma visite), il n'y a notamment pas de lit pour faire allonger la personne et l'examiner. De plus la personne n'est pas forcément très propre ce qui peut rendre difficile l'examen.

240 P. Chariot, AJ Pénal 2004 précité.

241 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 110 (propos de M. Patrick Meynier, Commissaire divisionnaire et directeur départemental de la sécurité publique du Loir et Cher)

242 Ibid, page 85. M. Laurent Fildago explique que la possibilité qu'à l'issue de l'examen le médecin remet en cause le maintien en garde à vue ou la suspension de la mesure en raison d'une hospitalisation « conditionne nécessairement » les rapports du policier avec celui-ci. Et même si la collaboration sur le terrain est satisfaisante, elle ne fait pas pour autant disparaître totalement « une certaine pression exercée inconsciemment sur le médecin »

243 P. Chariot, AJ Pénal 2008 précitée, page 2

contacter le 15 pour pouvoir organiser à l'avance une éventuelle prise en charge du gardé à vue aux urgences²⁴⁴.

Ensuite le médecin doit être extrêmement attentif, sachant que le cadre difficile dans lequel est effectué l'examen médical n'empêche pas la mise en cause de sa responsabilité. En effet, dans l'hypothèse où il aurait eu connaissance d'un risque médical grave pour le gardé à vue et qu'il n'aurait pas accompli les diligences nécessaires, sa responsabilité pénale peut être engagée. C'est ce que démontre une décision de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 4 février 2003²⁴⁵ venue confirmer la condamnation d'une Cour d'Appel pour homicide involontaire d'une personne gardée à vue. Dans cet arrêt, la Cour, après avoir constaté que la seule cause directe du décès était la crise d'asthme du gardé à vue, a énoncé que le médecin avait procédé trop rapidement à l'examen médical, qu'il avait diagnostiqué la présence d'une maladie asthmatique sans pour autant, dans le certificat de compatibilité, énoncer des indications concernant les mesures à prendre en cas de crise et enfin qu'il n'avait pas procédé à un nouvel examen de la personne lors de son intervention de nuit dans les locaux de garde à vue. Elle énonçait ainsi que le professionnel avait omis de prendre les mesures qui auraient permis d'éviter le dommage et qu'il avait commis une faute caractérisée exposant le gardé à vue à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer. Pour elle, ces négligences étaient significatives d'un manquement caractérisé aux obligations professionnelles.

C'est ce qu'explique M. Laurent Fildago médecin généraliste libéral, si dans la majorité des cas le médecin n'agit qu'en tant « qu'expert »²⁴⁶ sur une réquisition de l'autorité judiciaire « issue d'une attitude systématique et dictée par le Code de procédure pénale »²⁴⁷ et ne procède qu'à un interrogatoire dans le but de conclure ou non à la compatibilité de l'état de santé à la garde à vue, « la situation n'est pas toujours aussi simple » et la mission d'expertise peut nécessairement devenir « une mission de soins »²⁴⁸.

244 P. Chariot, AJ Pénal 2008 précitée, page 6

245 Cass. Crim. 4 février 2003, pourvoi n°02-81.720, lue dans le Rapport annuel de 2007 de la CCASS précité, page 5 et dans l'ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 65 (propos de M. Bruno Cotte)

246 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 81

247 Ibid.

248 Ibid.

Cette affirmation est encore plus vraie dans le cadre de la garde à vue des mineurs où dans une très grande partie des cas « l'examen (...) présente peu de difficultés »²⁴⁹. Mais il existe quand même certaines hypothèses pour lesquelles la « situation est plus délicate »²⁵⁰. C'est ce que confirme l'étude* menée en 2012 : si dans une grande partie des cas les mineurs n'avaient aucun souci de santé, pour certains d'entre eux une intervention allant au-delà d'un examen de la compatibilité était nécessaire. Ainsi, 5 mineurs souffraient d'asthme, un jeune garçon suivait un traitement et un autre souffrait de vomissements inexplicables. A cela, s'ajoutaient les blessures légères entraînées par certaines interpellations (notamment un jeune garçon brûlé au visage après avoir reçu des gaz lacrymogènes) et le cas d'un jeune homme dépendant au cannabis et dont l'addiction devait être prise en compte lors de la poursuite de la mesure. Enfin, certains mineurs n'avaient pas vu de médecin depuis plus d'un an et cet examen s'avérait alors être une occasion d'évaluer leur état de santé. En effet, comme l'explique M. Patrick Meunier, certains gardés à vue, en raison d'une situation précaire, n'ont pas bénéficié d'un bon suivi médical antérieur et « la rencontre avec le médecin peut être l'occasion d'un dépistage ou d'une éducation à la santé qui vont bien au-delà de l'objectif fixé dans la réquisition policière »²⁵¹.

De ce fait, même si elle n'est pas présente lors de tous les examens médicaux, la mission de soins reste primordiale. Le médecin est requis dans le but de déterminer la compatibilité ou non de l'état de santé avec la mesure mais il est aussi un professionnel soignant qui, « soucieux de ses devoirs »²⁵², doit mettre en œuvre les soins nécessaires en vertu des « principes déontologiques régissant sa profession »²⁵³.

Le rôle du médecin en garde à vue dépasse donc celui qui lui est strictement attribué par la réquisition, celui-ci n'est pas seulement un « auxiliaire de justice » il est aussi un soignant et le médecin du gardé à vue même si ce n'est que temporaire.

Ce rôle va encore au-delà, puisqu'une autre fonction du médecin existe en vertu de l'article 10 du Code de déontologie médicale. D'après cette disposition, « un médecin amené à examiner

249 Ouvrage sur la Conférence de consensus, page 425 (propos de M. Nacer Bourokba, médecin légiste à Garches).

250 Ibid.

251 Ibid. page 102 (propos de M. Patrick Meunier précité)

252 Ibid. page 1, (propos de Michel Penneau, Professeur des universités de médecine légale et de droit de la santé à l'université d'Angers)

253 Article C63-3 précité, alinéa 5

une personne privée de liberté (...) ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité ». Le médecin a donc le devoir de protéger la dignité et l'intégrité physique du gardé à vue.

Chapitre 2- Un examen garant de l'application de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme:

Comme vu précédemment, l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales, garantie la dignité et l'intégrité physique des personnes. Car, à l'opposé de ce que peut laisser entendre son intitulé, cette disposition interdit non seulement la torture²⁵⁴ mais aussi l'ensemble des actes pouvant être considérés comme inhumains ou dégradants. Ainsi les violences physiques ou psychiques, tous actes humiliants ou odieux²⁵⁵, l'absence de soins²⁵⁶ ou certaines conditions de détention²⁵⁷ peuvent constituer une violation de l'article 3.

Pour la Cour européenne des Droits de l'Homme, cette disposition est extrêmement importante ; ni le comportement du gardé à vue²⁵⁸, ni la commission d'infractions considérées comme graves²⁵⁹ ne peuvent justifier de tels traitements. Elle est au même titre que l'article 2, « l'un des droits les plus fondamentaux protégés par la convention »²⁶⁰.

Pourtant l'article 3 est susceptible d'être mis à mal lors de la phase de garde à vue. Dans son 9^{ème} rapport général, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants affirme que, comme pour les adultes, le risque pour les mineurs d'être délibérément maltraités est plus élevé dans des locaux de Police que dans d'autres lieux de détention²⁶¹ et que cette situation est particulièrement préoccupante puisque les mineurs sont « peu armés pour résister aux mauvais traitements »²⁶².

Ainsi, pour ce Comité, il est indispensable que certaines garanties fondamentales soient mises en place lors de cette phase procédurale et qu'elles soient applicables dès le début de la privation de liberté. Le gardé à vue doit notamment pouvoir bénéficier du droit à un médecin,

254 Aisling Reidy, précité, page 8 et 9

255 Ibid. page 14

256 Cf introduction du titre II

257 Aisling Reidy, précité, page 24

258 Ibid. page 19

259 CEDH « Tomasi contre France » précité, &115

260 Aisling Reidy, précité, page 18

261 Ibid. page 22

262 Ibid. page 43

considéré par lui comme l'une des trois garanties essentielles contre les mauvais traitements²⁶³.

En effet, en tant qu'intervenant extérieur à la relation Police/gardé à vue²⁶⁴, le médecin, lorsqu'il effectue l'examen dans les locaux de Police, va pouvoir à partir de ce qu'il voit et des doléances de l'examiné, constater les circonstances dans lesquelles se déroule la garde à vue. Il peut d'une part contrôler s'il y a eu ou non usage de la force par les autorités diligentes (1) et d'autre part observer les conditions de rétention (2).

Il vérifie ainsi l'existence ou l'absence d'un traitement humain et respectueux de la dignité humaine à l'égard du gardé à vue. En cas de mauvais traitement, il aura le devoir d'en informer l'autorité judiciaire et cela sans que le consentement du mineur soit nécessaire²⁶⁵.

Dans cette hypothèse, les constats annotés sur les fiches d'examen vont au-delà « d'une simple réponse par oui ou par non »²⁶⁶ à la question de la compatibilité et deviennent des documents qui rendent compte de la réalité de la mesure. Ils sont alors des « pièces décisives en cas de plainte pour mauvais traitement du gardé à vue ».²⁶⁷

Section 1- Les médecins intervenant en garde à vue peuvent contrôler l'existence d'éventuelles violences policières :

La Cour européenne des Droits de l'Homme, depuis sa création, a condamné plusieurs Etats pour violation de l'article 3, en raison de mauvais traitements commis lors des interrogatoires²⁶⁸. Elle s'avère aujourd'hui encore plus exigeante à leur égard lorsque le requérant allègue avoir subi des violences injustifiées lors de sa garde à vue.

263 2e rapport général du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), 1991, § 36, lue dans le précis de Mme Aisling Reidy précité, page 23

264 P. chariot, AJ pénal 2004, précité

265 Article R 4127-10 du CSP « Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire ». Ce consentement n'est pas nécessaire si cette personne est mineure (art R. 4127-44 CSP)

266 P Chariot, AJ Pénal 2012 précité, page 1

267 P. chariot AJ Pénal 2004, précité page 2

268 Ex : affaire « Irlande c/ Royaume-Uni », 18 janvier 1978, « Selmouni c/ France », 28 juillet 1999 ou « Tomasi c/ France » 27 août 1993, lue dans Jean Pradel, «Le droit pénal de la santé à travers la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme », Revue de droit sanitaire et social du 10/03/2008, page 7

Jusqu'aux années 1990, « pour tomber sous le coup de l'article 3 »²⁶⁹ les actes de violences invoqués devaient atteindre un seuil de gravité minimum²⁷⁰. Depuis l'arrêt « Ribitsch contre Autriche » de 1995, tout usage de la force non justifié par le comportement de la personne privée de sa liberté constitue une violation du droit garanti à l'article 3²⁷¹. De plus, depuis l'arrêt Tomasi²⁷², la charge de la preuve étant renversée au détriment de l'Etat²⁷³, c'est à lui que revient d'expliquer de manière plausible l'origine des blessures constatées sur une personne qui, placée en garde à vue était en bonne santé mais est ressortie blessée au moment de sa libération²⁷⁴.

Les policiers et gendarmes ont donc tout intérêt à requérir l'intervention d'un médecin dès le début de la garde à vue puisqu' à défaut d'examen médical ils leurs appartiendra de fournir des explications « convaincantes »²⁷⁵ sans que le diagnostic d'un professionnel n'appuie leurs arguments.

C'est pourquoi, en vertu de la circulaire du 1^{er} mars 1993, lorsque le gardé à vue présente des blessures, des traces de coups ou de violences, l'examen doit être requis d'office²⁷⁶. Cette obligation pour l'officier de police judiciaire découle aussi indirectement de l'article 10 du Code de Déontologie de la Police Nationale selon lequel « tout fonctionnaire de police ayant la garde d'une personne dont l'état nécessite des soins spéciaux doit faire appel au personnel médical »²⁷⁷.

Cet examen des lésions peut en outre être effectué à la demande du gardé à vue qui se plaindrait d'avoir été violenté par les policiers. Enfin, le médecin peut indépendamment de toute requête en ce sens (du gardé à vue ou de l'officier de police judiciaire qui l'a requis), sur sa seule initiative, relever ces éventuelles traces de coups ou blessures puisque, depuis 2011, il

269 CEDH « Irlande c. Royaume-Uni », 18 janvier 1997, req n° 5310/71, &62

270 Aisling Reidy, précité, page 9 et Rapport annuel de 2007 de la CCASS page 6

271 CEDH « Ribitsch c. Autriche », 04/12/1995, req n° 18896/9, &38. Rappelé en 1999 lors de l'affaire « Selmouni contre France » précité

272 CEDH « Tomasi contre France » précité

273 Rapport annuel de 2007 de la CCASS précité, page 2

274 CEDH « Tomasi contre France » précité, § 108-111 (Rappelé dans l'arrêt « Selmouni contre France » précité &87)

275 CEDH « Selmouni contre France » précité, §81

276 P. Chariot AJ pénal 2004 précité page 2

277 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 109

peut procéder à « toutes les constatations qu'il estime utiles »²⁷⁸. Conformément à la circulaire d'application de la loi du 14 avril 2011, celles-ci peuvent être « la description d'éventuelles blessures »²⁷⁹.

Ces informations seront inscrites sur le certificat remis à l'autorité policière (accompagné éventuellement d'un certificat médical descriptif de blessures) lorsque c'est l'officier de police judiciaire qui a requis un examen des traumatismes. Dans les deux autres cas, elles seront précisées dans le document médical confidentiel²⁸⁰.

Dans toutes les hypothèses, les traces de coups ou les blessures sont à relever minutieusement (lieu de leur survenue, type de violence, auteur(s) déclaré(s), qualité de ce(s) derniers²⁸¹, détermination d'une incapacité totale de travail ou non²⁸²). Le jury de la Conférence de consensus recommande aux médecins d'effectuer même en l'absence de plainte de la personne, un examen cutané soigneux après dévêtissement de celle-ci²⁸³. Puis, tous ces renseignements doivent être inscrits de manière claire et compréhensible, y compris pour des personnes n'appartenant pas au monde médical. Les magistrats, les officiers de police judiciaire et avocats doivent être en mesure de comprendre quelles sont les blessures constatées et quelle en est la gravité²⁸⁴.

Ces indications ne sont en effet pas seulement des informations médicales, elles peuvent devenir de réels éléments probatoires puisque le médecin est capable de déterminer si ces lésions sont récentes et est en mesure de les relever pendant la garde à vue et non à distance de la mesure²⁸⁵. Celles-ci peuvent donc être utiles aux officiers de police judiciaire comme preuves que les blessures invoquées par le gardé à vue ne se sont pas produites lors de la mesure ou lors de l'interpellation, qu'elles résultent des actes du gardé à vue lui-même²⁸⁶ ou d'une action légitime des policiers (ex : interpellation difficile). Les constats du médecin sont alors essentiels puisque, dans les cas où un requérant dénonce l'existence de mauvais

278 Article 63-3 nouveau du CPP

279 Circulaire du 23 mai 2011 précitée, page 16

280 P. Chariot et al. AJ Pénal 2012, page 1 et 2

281 Ibid. page 2

282 Ibid. page 3

283 P. Chariot, AJ Pénal 2008 précité, page 6

284 P. Chariot et al, AJ pénal 2012 précité, page 1

285 Ibid.

286 Ouvrage de la Conférence de consensus précité, page 70

traitements, « les juges sont en droit d'attendre des autorités chargées de la détention qu'elles apportent des contre preuves »²⁸⁷ aux arguments avancés.

Ces informations vont en outre être indispensables pour le gardé à vue lorsqu'il veut démontrer qu'il a subi de mauvais traitements lors sa détention. Celles-ci vont lui permettre de crédibiliser par des constatations médicales ses allégations.

Ainsi, ces documents sont fondamentaux, ils sont protecteurs pour les deux parties à la mesure²⁸⁸ et permettent aux personnes amenées à contrôler la garde à vue de connaître la situation « à l' instant où le médecin examine la personne »²⁸⁹.

L'utilité de ce diagnostic a même été consacrée indirectement par la Cour européenne des Droits de l'Homme puisque celle-ci, dans plusieurs affaires²⁹⁰, s'est basée sur les certificats médicaux rédigés pour affirmer l'existence d'une violation de l'article 3. Pour elle, les « rapports médicaux établis en toute indépendance par les praticiens »²⁹¹ au travers des lésions décrites (nombre, gravité, conséquences) et des incapacités totales de travail dont ils font état, peuvent permettre d'apprécier si les violences alléguées étaient légitimes ou non, c'est-à-dire nécessaires et proportionnelles au regard du comportement du gardé à vue.

Pour le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, l'examen médical est encore plus utile ; non seulement « il est un outil nécessaire pour enquêter sur les allégations »²⁹² des gardés à vue, mais il est aussi un élément de dissuasion pour les autorités judiciaires. Comme il l'énonce « Quand les moyens médico-légaux permettant de lutter contre le crime sont rares, la pression devient plus forte pour arracher des informations en recourant à un traitement inhumain »²⁹³.

Enfin, l'intervention du médecin doit être considérée comme encore plus importante lorsque l'on constate que l'existence de ces « moyens médico-légaux » ne supprime pas complètement celle des violences policières.

287 Aisling Reidy précité, page 23

288 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 113 (propos de M. Jean Pascal Violet substitut du procureur au parquet d'Amiens)

289 Ibid

290 Notamment, concernant la France, les affaires Tomasi et Selmouni précitées.

291 CEDH « Selmouni c. France » précité, &83

292 Aisling Reidy précité, page 43

293 Ibid. page 44

En effet, en 2008, 2009 et 2010 la Commission Nationale de Déontologie de la Sécurité dans ses rapports annuels faisait toujours état de violences commises par les policiers lors de l'interpellation²⁹⁴, y compris sur des mineurs²⁹⁵ et pendant la garde à vue. Elle avait notamment considéré en 2009, que le port de menottes systématique des gardés à vue majeurs et mineurs « qui n'avait pas pour but de renforcer la sécurité autour de la personne gardée à vue, mais de causer une certaine souffrance ou pression psychologique (...) constituait une violation de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme »²⁹⁶

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants constatait lui en 2010, que même si les efforts des autorités françaises visant à réduire les risques de violences policières avaient des traductions concrètes ces dernières années, la délégation avait recueilli des allégations d'usage excessif de la force au moment de l'interpellation, ainsi que de coups assés peu après, dont certaines concernaient des personnes mineures²⁹⁷.

Enfin, l'étude* menée sur les examens médicaux de juillet à décembre 2012, confirmée par une décision du Défenseur des Droits du 21 décembre 2012²⁹⁸, démontre que les violences existent encore aujourd'hui. Sur les 111 dossiers étudiés, 75% des mineurs déclaraient avoir été victimes de violences de la part des autorités policières, notamment lors de l'interpellation et de la garde à vue²⁹⁹.

Ces chiffres démontrent que les mauvais traitements lors de cette phase de la procédure, même s'ils sont loin d'être courants, existent toujours. Le repérage du médecin n'a donc pas perdu son utilité.

Ainsi, l'examen pratiqué par le médecin en garde à vue a un rôle primordial allant au-delà d'une question de santé stricte. Il intervient en tant que témoin à une étape de la procédure où

294 Rapport annuel de la CNDS de la Sécurité, de 2010, page 41

295 Ibid. page 43

296 Ibid. page 67

297 Rapport du CPT, remis au Gouvernement de la République française, relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, point 10 et 11

298 Décision du Défenseur des droits n° MDS 12-007992 (2012-199), 21 décembre 2012

299 Annexe 1 page 72

les personnes sont « particulièrement exposées à d'éventuels actes de torture, et traitement inhumains »³⁰⁰. Or, ses compétences médicales le rendent apte à constater, évaluer et dénoncer les éventuelles violences subies.

Ce regard extérieur va aussi lui permettre de protéger les gardés à vue contre des conditions qui, en elles-mêmes, portent atteinte à leur santé et leur dignité³⁰¹.

Section 2- Les médecins sont les témoins des conditions dans lesquelles se déroule la garde à vue :

D'après l'article 15 du Code de Déontologie Médicale, un médecin ne doit en aucun cas être amené à exercer sa profession « dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ».

Le terme de « conditions », évoqué dans le Code, renvoie à plusieurs exigences qui doivent être respectées afin que le médecin pratique un bon examen médical. Il doit notamment disposer d'une « installation convenable et de moyens techniques suffisants »³⁰², d'un interprète présent dès son arrivée, d'une confidentialité ou encore se trouver face à un gardé à vue dont l'hygiène corporelle n'est pas totalement dégradée...

Les examens pratiqués dans les locaux de garde à vue remplissent rarement ces impératifs. Si à Nantes les médecins ont la chance de disposer d'une salle spécifique pour pratiquer leurs examens, ce n'est pas le cas pour tous. Certains professionnels doivent effectuer leur diagnostic dans un bureau commun à l'avocat³⁰³. Cette situation s'est cependant améliorée il y a quelques années ; auparavant, les médecins pouvaient être amenés à examiner la personne directement dans les geôles où « dans certains cas la présence (...) de flaques d'urine ou d'odeurs pestilentielles dans l'air »³⁰⁴ compromettaient largement la qualité des actes médicaux.

En dehors de ces aspects techniques quel que soit le lieu, les médecins se trouvent souvent confrontés à un gardé à vue dont les conditions de rétention subies rendent plus compliquée la pratique d'un bon examen clinique (mauvaise hygiène, fatigue, absence d'alimentation..).

300 Aisling Reidy précitée, page 43

301 Ibid.

302 Art 10 du Code de déontologie médicale

303 Rapport annuel du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté de 2012, page 22

304 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 85 (propos de M. Laurent Fildago précité)

Pour cette raison, M. Nicolas Sarkozy lorsqu'il était Ministre de l'Intérieur, avait adressé en 2003, aux directeurs des Services de Police et de gendarmerie, un certain nombre d'instructions³⁰⁵ destinées à garantir le respect de la dignité des personnes placées en garde à vue. Pour remédier entre autre à l'existence de conditions matérielles « indignes d'une démocratie moderne »³⁰⁶, il y imposait plusieurs exigences telles que la distribution d'un repas chaud à des heures normales, le maintien des cellules dans un bon état de propreté ou encore, la mise à disposition d'un local adapté pour le médecin. D'après lui, ces dispositions devaient faire l'objet d'une attention encore plus soutenue s'agissant des gardés à vue mineurs.

Malgré ce texte, un an plus tard, lors de la Conférence de consensus, les médecins même s'ils constatent la mise à disposition de matelas et la distribution de plats, font encore état d'une absence d'accès à l'eau dans les cellules et de chauffage alors que la personne est amenée à se dévêtir. Ils relèvent encore l'inexistence de lieux destinés au maintien de l'hygiène dans les locaux de Police ou de gendarmerie³⁰⁷...l'examen médical n'est donc toujours pas pratiqué dans de meilleures conditions.

Ce constat n'est pas différent en 2011. Dans son rapport annuel, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dénonce, entre autre, l'absence de local dévolu aux médecins dans les gendarmeries, une pièce mal équipée dans les locaux de Police³⁰⁸, des locaux de garde à vue « présentant des états de dégradation et des conditions d'hygiène (...) scandaleuses quant au respect dû aux personnes »³⁰⁹. Perdure le problème récurrent d'absence de chauffage et de protection contre le froid dans les cellules³¹⁰, ainsi que l'impossibilité de se laver pendant ou à l'issue de la mesure³¹¹...

Comme M. Jean Marie Delarue le résume, si aujourd'hui les dispositions de la loi du 14 avril 2011 ont été les « bienvenues »³¹² et ont apporté des améliorations indéniables, elles ne

305 Instruction du ministre de l'intérieur du 11 mars 2003, annexe de l'ouvrage sur la Conférence de consensus, page 775 et 25

306 Ibid.

307 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 169 à 171 (propos de Mme Véronique Thépenier, médecin légiste, urgentiste à Garches)

308 Rapport annuel du CGLPL de 2011, page 55

309 Ibid. page 56

310 Ibid. page 57

311 Ibid. page 58

312 Ibid. page 47

suffisent pas « encore à garantir, notamment du point de vue des conditions matérielles dans lesquelles s'effectue la garde à vue, la dignité des personnes »³¹³.

Il est par conséquent probable, que de nombreux médecins préfèrent pratiquer l'examen à l'hôpital, afin de disposer « d'une salle d'examen appropriée »³¹⁴, « d'un plateau technique »³¹⁵ et faire nettoyer le patient avant de l'examiner. Pourtant, l'intervention dans les locaux de garde à vue est primordiale et doit être généralisée, car les médecins ont un impact sur les conditions dans lesquelles se déroulent les gardes à vue, conditions qui encore aujourd'hui ne garantissent pas un traitement respectueux de la dignité.

Légalement, le médecin qui constate que les conditions de détention sont contraires à la dignité des gardés à vue et/ou l'empêche de procéder à l'examen médical, est en droit de refuser d'exécuter sa mission³¹⁶. Il peut aussi rendre un certificat médical d'incompatibilité de la garde à vue déroulée dans les locaux de Police puisque, comme vu précédemment, l'appréciation de la compatibilité s'effectue au regard des conditions dans lesquelles se déroule la mesure.

Cependant, en pratique, le médecin ne peut prononcer de manière systématique une incompatibilité au regard de l'état des locaux. Se pose en effet, la question de sa légitimité à apprécier et contrôler les conditions matérielles de la mesure, puisque légalement c'est aux magistrats du parquet que revient cette tâche³¹⁷. Il prend de plus, le risque d'être mis « hors-jeu »³¹⁸ par les policiers qui ne voudront plus faire appel à lui.

Cela ne signifie pas que son intervention est sans effet, le professionnel peut agir de manière plus nuancée. Il peut, après avoir écouté les doléances du gardé à vue ou après avoir constaté lui-même les conditions de détention, demander aux policiers ou gendarmes la mise à disposition d'une couverture, d'une bouteille d'eau...³¹⁹. A défaut de réponse, il peut faire de ses demandes des conditions à l'existence d'une compatibilité de l'état de santé à la

313 Rapport annuel du CGLPL de 2011, page 47

314 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 172 (propos de Mme Véronique Thépenier précitée)

315 Ibid.

316 Ibid. page 100 (propos de M. Yves Bot, procureur général à la CA de Paris) et page 746 (avis du jury de la Conférence de consensus)

317 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 191 (propos de M. Jean-Philippe Leouffe, Lieutenant-colonel, commandant de la section de recherche de Versailles)

318 P. Chariot, AJ pénal 2004 précité, page 4

319 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 82

mesure³²⁰. Il peut en outre, faire part de son opinion par courrier au procureur de la République quant à l'état des locaux et les conditions de garde à vue³²¹.

Le médecin en réalisant sa mission dans les locaux de Police est capable de constater si les conditions inhérentes à un traitement respectueux de la dignité humaine sont présentes et dans la négative, demander ou imposer (au travers des conditions de compatibilité) leur mise en place ou dénoncer leur absence. Il garantit ainsi au gardé à vue une privation de liberté dans des conditions humaines et dignes, d'où l'importance de son rôle.

Au regard de cette office, la recommandation de la Conférence de consensus selon laquelle les médecins doivent pratiquer « l'examen médical dans les locaux de Police ou de gendarmerie »³²² prend tout son sens et toute son importance. Il est donc anormal que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté constate toujours, en 2011, que les officiers de police judiciaire sont de plus en plus contraints de conduire les gardés à vue à l'hôpital.³²³

Le déplacement des médecins dans les commissariats et gendarmeries reste donc primordial pour constater la réalité de la mesure, ce qu'ils ne peuvent pas faire lorsqu'ils examinent la personne dans un établissement hospitalier.

320 P. Chariot, AJ Pénal 2012 précitée, page 1

321 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 730

322 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 729

323 Rapport du CGLPL de 2011 précité, page 52

CONCLUSION :

L'énoncé de l'article 63-3, par son manque d'exhaustivité et sa généralité, est fortement trompeur sur le rôle que doit jouer le médecin en garde à vue et amoindrit sa portée.

D'abord parce que le médecin ne rend pas simplement un certificat médical sur lequel il y inscrit l'existence ou non d'une compatibilité de l'état de santé du gardé à vue à la mesure ainsi que d'éventuelles constatations qu'il estime utiles. Puis, parce que ces deux missions énoncées dans la loi vont bien au-delà de ce que laisse croire l'intitulé du Code.

En effet, le médecin en intervenant à cette phase de la procédure garantit le droit à la santé de tout individu libre ou détenu qui est proclamé par de nombreuses dispositions nationales et internationales. La détermination de l'aptitude au maintien en garde à vue, avec la mise en œuvre de soins, entre dans ce cadre en permettant que l'état de santé du gardé à vue ne soit pas mis en danger, soit en raison de la mesure subie soit de l'existence de pathologies, blessures ou « risques »³²⁴. Puis, le médecin, au travers de sa faculté d'inscrire sur la fiche médicale les constatations qu'il considère nécessaires, est en mesure de dénoncer l'existence de comportements violents et de mauvaises conditions de détention. Il est ainsi le garant d'un traitement humain et respectueux de la dignité de la personne retenue, imposé par la Cour européenne des Droits de l'Homme et le Conseil constitutionnel

Sa fonction est d'autant plus importante lorsque le gardé à vue est mineur. Les jeunes retenus dans les locaux de Police, même s'ils sont auteurs d'infraction, restent des adolescents plus vulnérables psychologiquement que les adultes et sur lesquels la mesure peut avoir des conséquences plus graves. De plus, comme l'a démontré l'étude* effectuée, ces mineurs sont aussi bien souvent dans une situation sociale difficile susceptible d'expliquer l'illégalité commise. Ainsi, ces jeunes doivent être aidés et protégés pendant leur garde à vue, ce que permet l'intervention du médecin dans les locaux de Police.

324 P. Chariot, AJ Pénal 2008 précitée, page 5

A une époque où le niveau d'exigence en matière de protection des droits de l'Homme et des libertés fondamentales est croissant pour la Cour européenne³²⁵, le droit à l'examen médical trouve parfaitement sa place au sein des droits de la défense du gardé à vue. Il satisfait aux préconisations d'Etienne Vergès relatives à la bonne protection de la personne poursuivie, en étant à la fois un droit dont dispose le gardé à vue pour se défendre et une garantie du respect de sa dignité³²⁶.

Ainsi, la reconnaissance de la portée du droit à l'examen médical en matière de protection du gardé à vue par la Cour européenne des Droits de l'Homme, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants et la Cour de cassation³²⁷ n'est pas surprenant.

Au regard des garanties qu'apporte ce droit, il est regrettable que la loi ne consacre pas de manière officielle l'intérêt que présente l'intervention du médecin à cette phase de la procédure, en énonçant expressément toutes les fonctions qu'il joue. Concernant cette réprobation, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté va au-delà, puisqu'il affirme dans son rapport annuel de 2011, qu'il serait plus judicieux que les textes confèrent, à titre principale la mission d'examiner la personne pour vérifier son état de santé et lui donner les soins requis et « à titre subsidiaire d'attester ou non par un certificat versé au dossier de la compatibilité de cet état de santé avec la poursuite de la garde à vue »³²⁸. De plus, pour M. Delarue, la possibilité d'assurer la continuité d'un traitement estimé nécessaire par le professionnel devrait être inscrite dans la loi³²⁹.

Parallèlement à ces modifications textuelles, il est aussi primordial que tous les médecins intervenants lors de la mesure prennent conscience du rôle qu'ils ont à jouer en matière de protection des droits et libertés du gardé à vue. A cette fin, comme l'avait recommandé le jury

325 Aisling Reidy précité, page 22 et 23

326 Cf page 35 du mémoire

327 C. Girault précité, page 3 « il existe maintenant une présomption de grief pour sanctionner le non-respect du certificat médical »

328 Rapport annuel du CGLPL de 2011, page 49

329 Ibid. pages 48

de la Conférence de consensus³³⁰, ces professionnels doivent se rendre dans la mesure du possible dans les locaux de garde à vue pour y pratiquer leurs examens³³¹. Ces déplacements doivent par ailleurs être encouragés et facilités par la mise en place de locaux spécifiques et adaptés à leurs interventions, locaux différents du bureau de l'avocat et permettant le secret des conversations³³². Puis, les médecins doivent tout mettre en œuvre pour arriver rapidement après réquisition des autorités judiciaires³³³ et effectuer un examen approfondi (notamment des éventuelles lésions) qui ne devrait pas durer «fréquemment moins de 15min »³³⁴ comme le constatait le contrôleur des lieux de privation de liberté en 2012.

Enfin, le droit à l'examen médical initialement instauré pour contrer les violences policières a, depuis 1958, acquis d'autres fonctions, faisant de l'intervention du médecin un véritable droit de la défense pour la personne retenue. Mais, pour que cette intervention soit effective, il est essentiel que la loi et les pratiques se modifient pour permettre aux médecins d'apporter la meilleure protection aux personnes en garde à vue.

Il est donc à espérer que les modifications demandées par le contrôleur depuis 2010 soient enfin mises en œuvre

330 Ouvrage sur la Conférence de consensus précité, page 729

331 Rapport annuel du CGLPL de 2012, page 193 (Il y énonce que les policiers rencontrent des difficultés avec les médecins qui ne veulent pas se déplacer notamment la nuit)

332 Ibid.

333 Rapport annuel du CGLPL de 2012, page 193 (Il constate que les médecins mettent parfois plusieurs heures à arriver dans les locaux de Police)

334 Ibid. page 194

ANNEXES :

Annexe 1 : Résultats de l'étude* menée sur les fiches d'examens médicaux des gardés à vue mineurs :

Données sociales relatives aux mineurs :

- Sexe
- Age
- Langue
- Activité professionnelle ou scolaire
- Existence ou non d'un suivi par un éducateur
- Lieu de vie

Données toxicologiques :

- Consommation d'alcool
- Consommation de tabac
- Consommation de produits illicites

Données juridiques :

Relatives à la mesure de garde à vue

- Nombre de gardes à vue antérieures
- Information des représentants légaux
- Violences policières déclarées par les gardés à vue

Relatives aux nombres d'infractions commises par les gardés à vue

Annexe 2 : Exemple de la fiche remplie par les médecins lors de l'examen médical des mineurs :

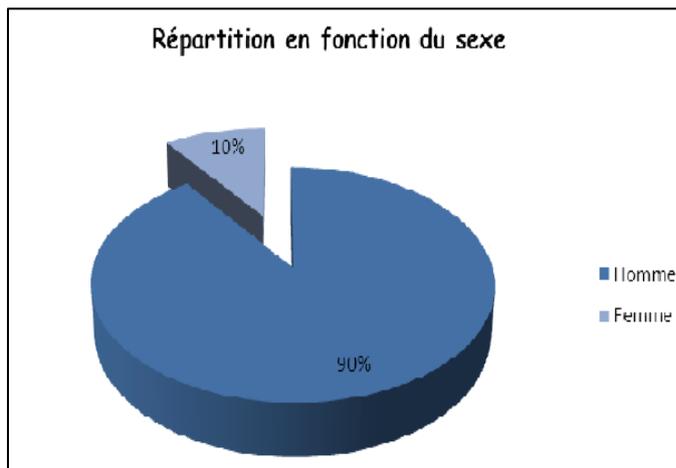
ANNEXE 1 : RESULTATS DE L'ETUDE* MENEES SUR LES FICHES D'EXAMEN

MEDICAUX :

Données sociales relatives aux mineurs en garde à vue

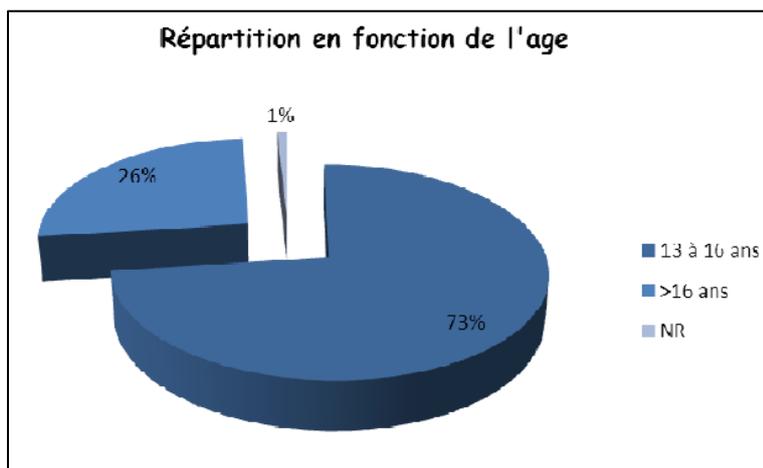
Population : 111 dossiers sur la période du 1^{er} juillet 2012 au 31 décembre 2012

Sexe :



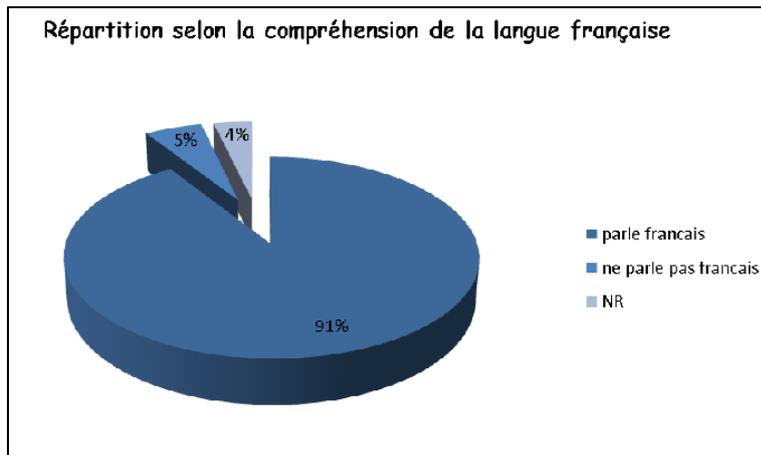
90% des gardés à vue sont des garçons.

Age :



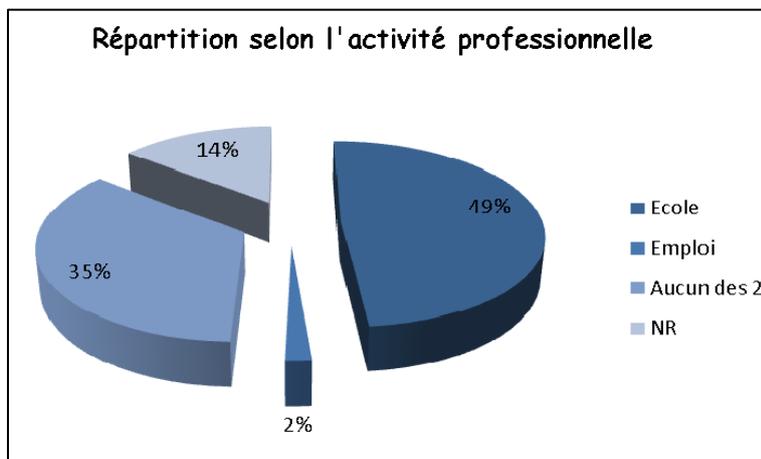
Plus de la moitié des mineurs en garde à vue avaient entre 13 et 14 ans. Cependant, un biais juridique est à prendre en compte puisque, comme vu précédemment, l'examen médical est pour eux obligatoire, contrairement aux jeunes ayant plus de 16 ans.

Langue :



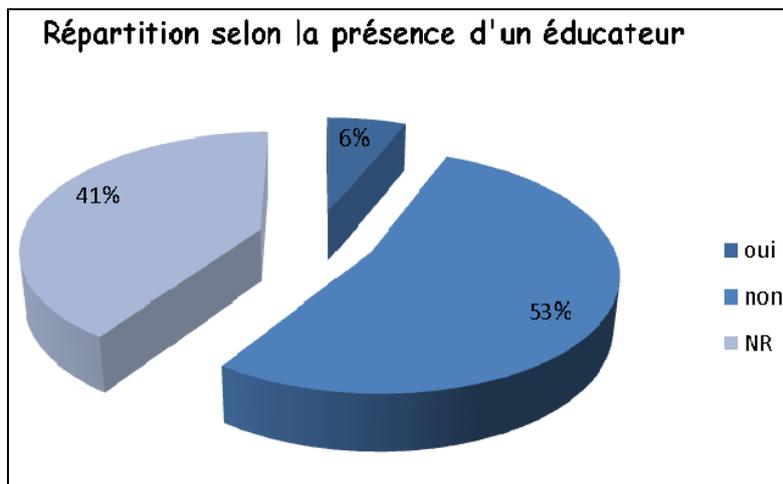
91% des mineurs parlaient et comprenaient le français et 9% présentait des difficultés à communiquer. Parmi ces 9%, 1 mineur seulement a bénéficié d'un interprète lors de l'examen médical. Pour les autres, l'examen était impossible ou a été réalisé dans des conditions difficiles puisque le mineur ne comprenait pas la majorité des questions posées par le médecin.

Activité professionnelle ou scolaire :



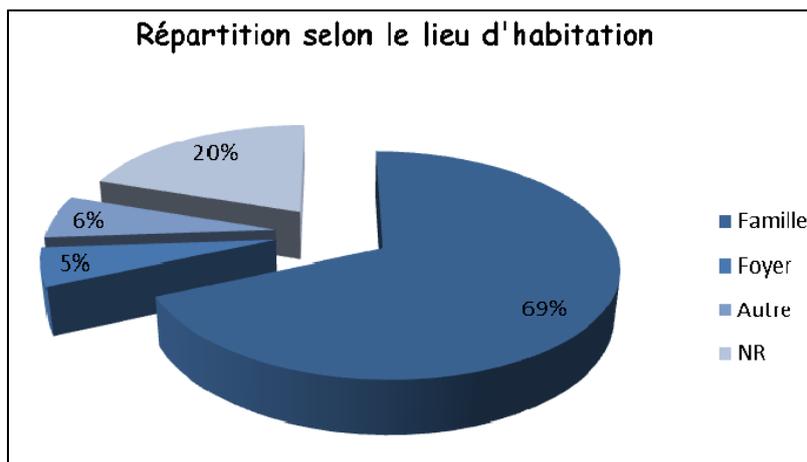
35% des gardés à vue ont déclaré au médecin avoir quitté le système scolaire, dont la majorité en 3^{ème} ou avant (seulement 3 mineurs avaient quitté l'école après la seconde).

Existence ou non d'un suivi par un éducateur :



6% des mineurs en garde à vue ont affirmé avoir été ou être suivi par un éducateur.

Lieu de vie des mineurs :

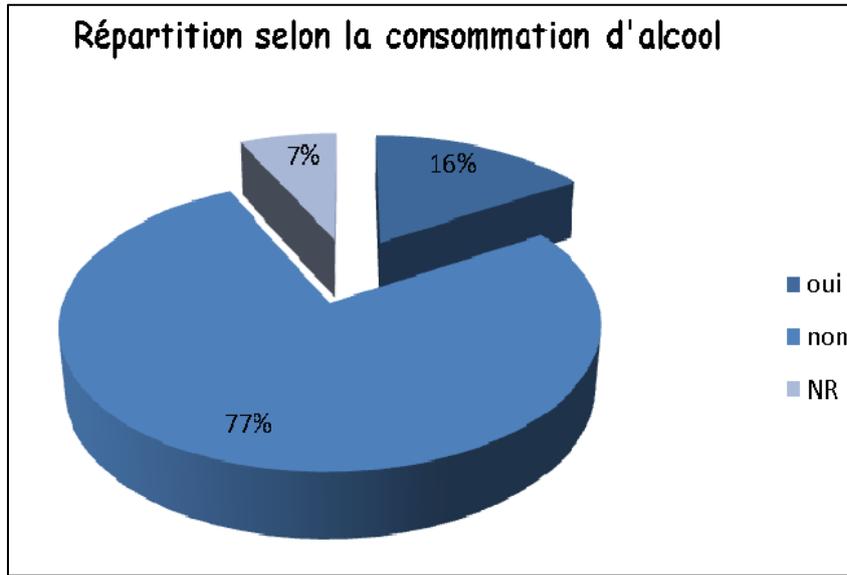


Les données relatives à l'existence d'un éducateur, s'expliquent en partie par le fait que 5% des mineurs ont déclaré vivre dans un foyer.

S'agissant des autres, 70% vivaient au domicile familial et 6% n'entraient dans aucune de ces deux catégories. Parmi ces derniers, certains ont déclaré habiter chez un membre de leur famille autre que leurs parents comme leur grand-mère ou leur demi-sœur, d'autres ont affirmé vivre chez un ami, ou leur «copain/ copine ».

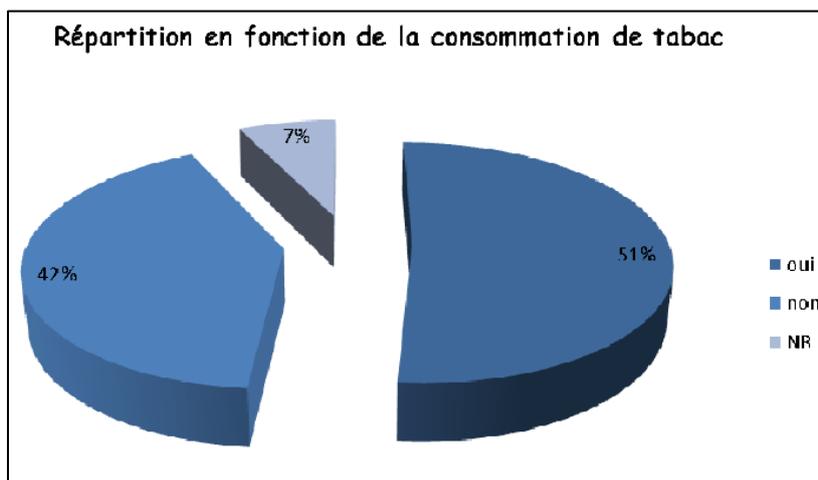
Données toxicologiques :

Consommation d'alcool :



77% des gardés à vue, avaient une consommation « festive » d'alcool, ce qui est un chiffre supérieur à la consommation des mineurs appartenant à la population de Loire-Atlantique³³⁵. En effet, en 2010, seulement 46% des garçons de 15 à 25 ans déclaraient consommer de l'alcool une fois par mois et plus. Cette différence est encore plus importante au regard des jeunes du même âge en France, pour lesquels 36% déclaraient avoir cette consommation.

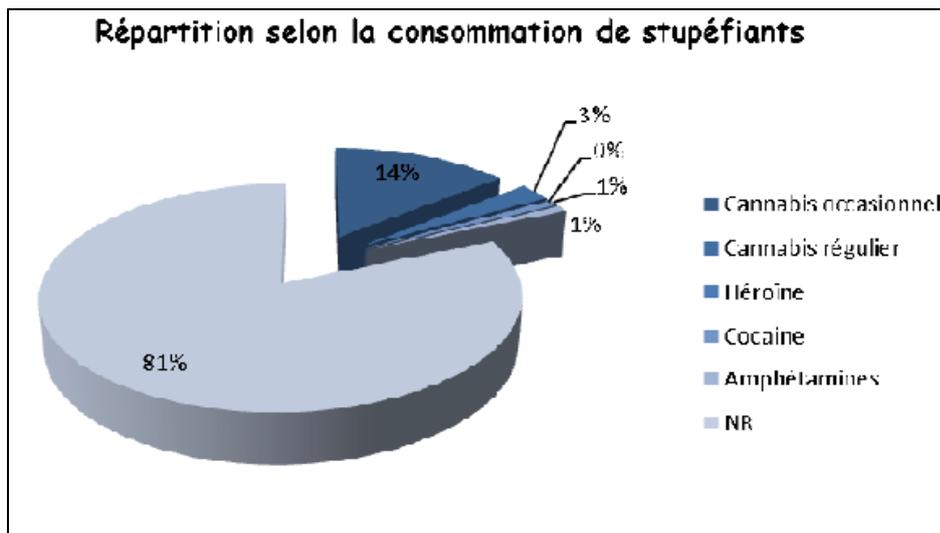
Consommation de tabac :



51% des gardés à vue ont déclaré fumer du tabac. Parmi eux, une vingtaine consommaient jusqu'à 10 cigarettes par jour et une dizaine, au moins un paquet dans la journée.

³³⁵ « Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives ». Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010, Etude réalisée en partenariat avec l'Inpes et cofinancée par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional des Pays de la Loire ORS Pays de la Loire, février 2012, 20 p.

Consommation de produits illicites :



14% du groupe a affirmé fumer du cannabis occasionnellement et 3% régulièrement dont 1 mineur tous les jours.

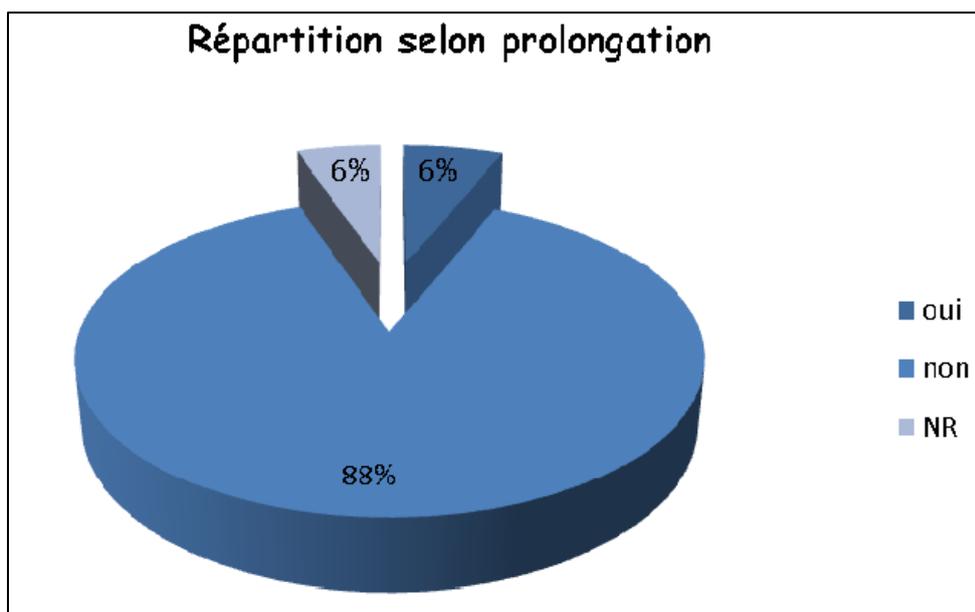
S'agissant du cannabis, qui est la drogue la plus consommée par les gardés à vue, les chiffres sont comme pour l'alcool, supérieurs à la consommation des jeunes de Loire-Atlantique selon laquelle, 9% avaient déclaré avoir fumé ce produit dans les trente derniers jours.

Cependant, la consommation d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamine est exceptionnelle (1%)

Données juridiques :

- Relatives à la mesure de garde à vue :

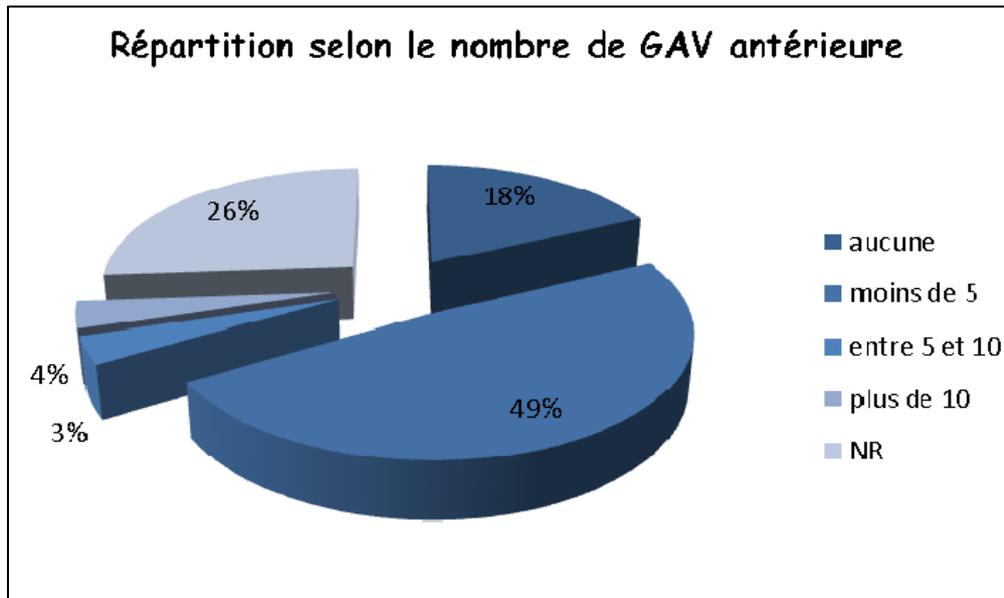
Nombres de garde à vue prolongées :



Quelques gardes à vue seulement ont été prolongées (6%) et correspondent à la commission d'infractions violentes (tous les gardés à vue excepté un auteur de violences aggravées,

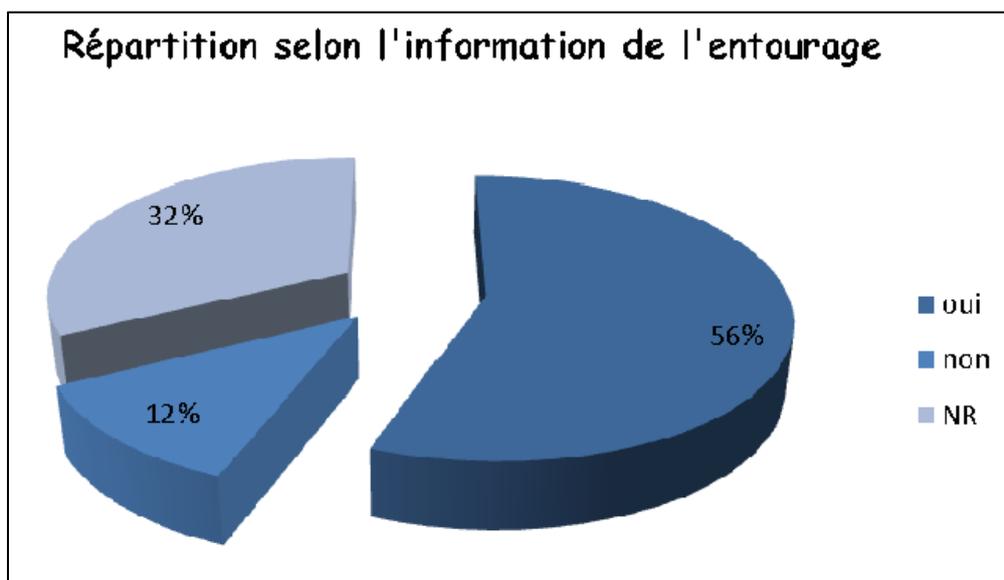
avaient commis un vol en réunion accompagné d'outrage et rébellion, de violences ou de détention d'arme).

Nombres de garde à vue antérieures :



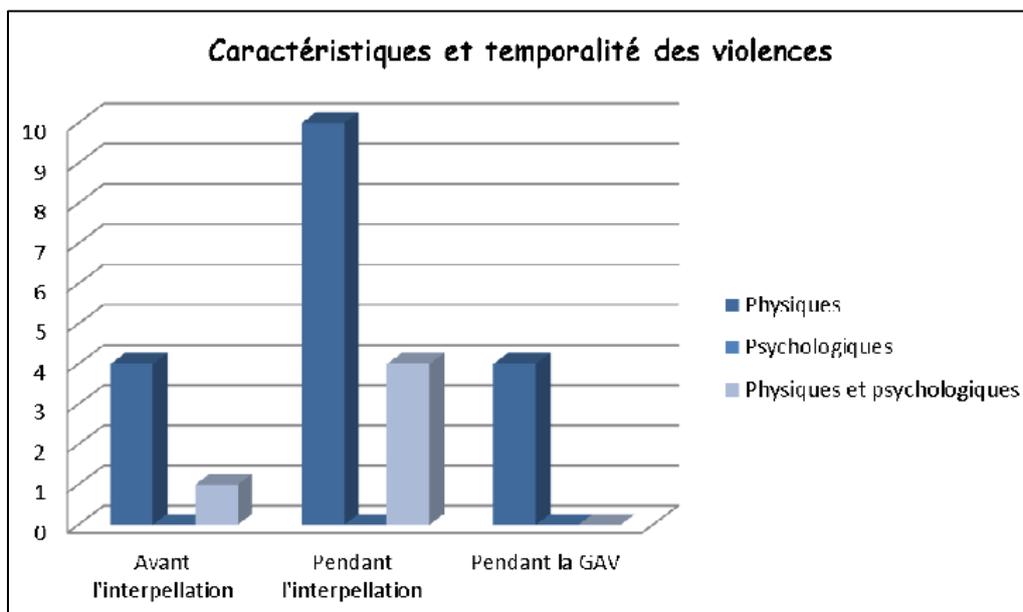
La garde à vue est une mesure déjà connue des mineurs, dans 45% des cas, ils avaient subi une à cinq garde à vue et pour 7% d'entre eux plus de 5 (4% avaient dépassé leur 10^{ème} placement).

L'information des représentants légaux :



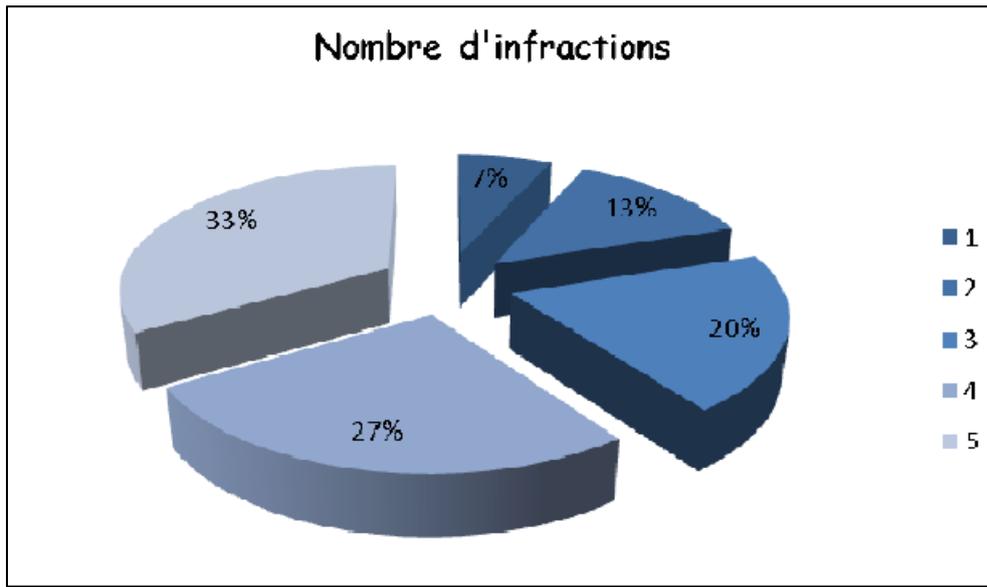
Dans 50% des cas les mineurs ont déclaré que leur entourage avait été prévenu.

Violences policières déclarées par les gardés à vue :



75% des mineurs ont déclaré avoir subi des violences de la part des policiers ou gendarmes. Celles-ci étaient majoritaires lors de l'interpellation et quasiment équivalentes lors la période de la garde à vue et celle précédant l'interpellation. Ces violences étaient essentiellement physiques ou physiques et psychologiques mais aucune violence psychologique seule n'a été déclarée

- Relatives aux infractions commises par les gardés à vue :



Plus de 50% des mineurs ont été placé en garde à vue pour la commission de plus de 3 infractions.

BIBLIOGRAPHIE :

TEXTES:

CIRCULAIRES :

-Circulaire du 27 janvier 1993 relative à la présentation de l'ensemble des dispositions de la loi du 4 janvier 1993 et commentaire analytique de celles d'entre elles qui modifient le Code de procédure pénale, la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de presse et l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, JO 31 janvier 1993, p. 1687

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000347017&categorieLien=cid>

-Circulaire du 23 mai 2011 relative à l'application des dispositions relatives à la garde à vue de la loi n° 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, crim-2011-13/E6-2305.2011, BO n° 2011-06, 30 juin 2011

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/07/cir_33393.pdf

DECRETS :

-Décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006070705&dateTexte=20090806>

LOIS :

-Exposé des motifs de la loi du 22 juillet 1912 sur les tribunaux pour enfants et adolescents et sur la liberté surveillée

http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/exposemotifsloi.pdf

-Loi du 22 juillet 1912 sur les tribunaux pour enfants et adolescents et sur la liberté surveillée

http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/loi1912.pdf

-Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, JO 4 février 1945, p. 530-534

<http://criminocorpus.cnrs.fr/outils/430/45-174/>

-Loi n°57-1426 du 31 décembre 1957 instituant un Code de procédure pénale, JO 1 janvier 1958, p. 00263

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19580108&pageDebut=00258&pageFin=00277&pageCourante=00263

-Loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale, JO n°3 5 janvier 1993, p. 215

http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=438636F2DB13C183FEA226C57FF84660.tpdjo15v_2?cidTexte=JORFTEXT000000178780&categorieLien=id

-Loi n° 93-1013 du 24 août 1993 modifiant la loi no 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale, JO n° 196 25 août 1993, p. 11991

http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=438636F2DB13C183FEA226C57FF84660.tpdjo15v_2?cidTexte=JORFTEXT000000530523&categorieLien=id

-Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, JO n°59 10 mars 2004, p. 4567

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249995>

-Loi n° 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue, JO n°89 15 avril 2011, p. 6610

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000023860729&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>

TEXTE CONSTITUTIONNEL :

-Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>

TEXTES RELATIFS AUX DEBATS PARLEMENTAIRES :

-Question N° 77482 devant l'Assemblée Nationale de Mme Michèle Delaunay, JO 27 avril 2010, p 4630

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-77482QE.htm>

- Assemblée Nationale, Session ordinaire de 2010-2011, 1^{ère} séance du jeudi 20 janvier 2011

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/cri/2010-2011/20110102.asp>

-1^{ère} lecture devant le Sénat, Compte rendu intégral des débats en séance publique, séance du 3 mars 2011

<http://www.senat.fr/seances/s201103/s20110303/s20110303015.html#section2093>

TEXTES INTERNATIONAUX :

-Charte sociale européenne révisée du 3 mai 1996

<http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/escrbooklet/French.pdf>

-Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948

<http://www.un.org/fr/documents/udhr/>

-Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959

<http://www.droitsenfant.org/normes/declaration-1959/texte-integral-declaration-droits-enfant-1959/>

-Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966

http://ec.europa.eu/justice/policies/privacy/docs/un-art17_fr.pdf

-Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989

<http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>

-Résolution n°45/113 du 14 décembre 1990, Assemblée générale des Nations Unies « Règles des Nations Unies pour la protection des mineurs privés de liberté »

<http://www2.ohchr.org/french/law/mineurs.htm>

-Résolution n°40/33 du 29 novembre 1985, Assemblée générale des Nations Unies « Règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) »

http://www2.ohchr.org/french/law/regles_beijing.htm

RAPPORTS :

RAPPORTS PARLEMENTAIRES

-Rapport n° 2932 de M. Pezet fait au nom de la Commission des lois, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 2 Octobre 1992

[Bibliothèque Universitaire Economie et Droit de Nantes](#)

-Texte n° 3055 transmis à l'Assemblée Nationale le 20 novembre 1992

[Bibliothèque Universitaire Economie et Droit de Nantes](#)

-Rapport n° 375 de Jean Tiberi fait au nom de la Commission des lois, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 23 juin 1993

[Bibliothèque Universitaire Economie et Droit de Nantes](#)

-Rapport n° 419 de M. Charles Jolibois fait au nom de la Commission des Lois, Annexe au procès-verbal de la séance du 10 juin 1999 au Sénat.

<http://www.senat.fr/rap/198-419/198-4190.html>

-Rapport n° 2855 de Mme Michèle Alliot-Marie, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2010

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2855.asp>

-Rapport n° 3040 de M. Philippe Gosselin, fait au nom de la Commission des lois, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 décembre 2010.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r3040.asp>

-Rapport n° 315 de M. François ZOCCHETTO fait au nom de la Commission des lois, déposé le 16 février 2011 au Sénat

<http://www.senat.fr/rap/110-315/110-315.html>

-Texte n° 316 de la Commission des lois du Sénat, déposé le 16 février 2011 à l'Assemblée nationale

<http://www.senat.fr/leg/pj110-316.html>

-Rapport n°3284 de M. Philippe GOSSELIN, fait au nom de la Commission des lois, déposé le 30 mars 2011 à l'Assemblée nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r3284.asp>

AUTRES RAPPORTS:

-Rapport de la Commission Justice pénale et Droits de l'homme « La mise en état des affaires pénales », Décembre 1991.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/914059500/0000.pdf>

-Rapport annuel de la Cour de cassation de 2007 « La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation »

http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel_36/rapport_2007_2640/etude_sante_2646/epreuve_protection_2647/externes_activite_2649/sante_systeme_repressif_11381.html

-Rapport de M. André VARINARD remis à Madame le Garde des Sceaux ministre de la Justice le 3 décembre 2008 « Entre modifications raisonnables et innovations fondamentales : 70 propositions pour adapter la Justice pénales des mineurs »

http://www.presse.justice.gouv.fr/art_pix/1_RapportVarinard.pdf

-Rapport d'activité de la Commission nationale de déontologie de la sécurité de 2008

http://www.la-cnds.eu/rapports/ra_pdf/Bilan_activite_2008.pdf

-Rapport annuel de la Cour de Cassation de 2009 « Les personnes vulnérables dans la jurisprudence de la Cour de cassation »

http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel_36/rapport_2009_3408/etude_personnes_3411/criminelle_cour_3422/jurisprudence_chambre_3439/vulnerabilite_procedure_15359.html

-Rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010

<http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.htm>

-Rapport d'activité de la Commission Nationale de déontologie de la sécurité de 2010

http://www.cnds.fr/rapports/rapport_annuel_2010.pdf

-Rapport annuel du Contrôleur générale des lieux de privation de liberté de 2011

http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/02/CGLPL_rapport-2011_texte.pdf

-Rapport annuel du Contrôleur générale des lieux de privation de liberté de 2012

http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2013/02/CGLPL_Rapport-2012_version-WEB.pdf

OUVRAGE :

-« *Vulnérabilité et vieillissement : comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser ?* », © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

Publié sur le site de l'institut Servier : <http://www.institut-servier.com/8.asp>

-Sous la direction de Patrick Chariot « *Conférence du consensus, L'intervention du médecin en garde à vue* », Thèmes et commentaires, Dalloz, 2006

-Jacques Leroy « *la garde à vue après la réforme* », Lexis Nexis, Actualité 2011

- Sous la direction de Roselyne Nérac-Croisier « *Le mineur et le droit pénal* », collection logiques juridiques, série sciences criminelles, L'Harmattan 1997

MANUELS :

- Serge Guinchard et Jacques Buisson « *Procédure pénale* », Lexis Nexis, Litec 6^{ème} édition

-Etienne Vergès « *Procédure pénale* », Objectif droit cours. Lexis Nexis, 3^{ème} édition

THESES :

-Lydie DUTHEIL-WAROLIN « *La notion de vulnérabilité de la personne physique en droit privé* », dirigée par Jacques Leroy, soutenue publiquement le 1 octobre 2004

-<http://epublications.unilim.fr/theses/index.php?id=1174>

-Fabrice Trolliet « *Les gardes à vue dérogatoires* », dirigée par M. Gaétan DI MARINO, soutenue publiquement le 5 octobre 2012

<http://trolliet.fr/>

REVUES :

-Bernard Bouloc « *Réforme de la procédure pénale (loi du 4 janvier 1993)* », Rev Sc Crim 1994, p. 589

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=RSC&id=RSCCHRON19940140>

-Bernard Bouloc « *Réforme de la réforme de la procédure pénale (loi du 24 août 1993, JO 25 août 1993, p. 11991) relative aux enquêtes judiciaires, à la mise en examen, à la détention provisoire et au régime des nullités de l'information* », Rev Sc Crim n° 3, 1995, p. 611

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=RSC&id=RSCCHRON19950148>

Jean-François Briefer « *Intégration sociale et psychopathologie chez les usagers de drogues -* », *Psychotropes* 1/2002 (Vol. 8), p. 23-41.

www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-1-page-23.htm

-Patrick Chariot « *L'intervention du médecin en garde à vue* », *AJP* n° 7, 2004, p. 279

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=AJPEN&id=AJPENCHRON20040050>

-Patrick Chariot et Cyril Boraud « *L'intervention du médecin en garde à vue : le chemin sinueux vers une harmonisation des pratiques* », *AJP* n° 6, 2008, p. 265

http://actu.dalloz-etudiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/AJ_Penal2008-265.pdf

-Patrick Chariot, Hugo Briffa, Aude Lepres « *Intervention du médecin en garde à vue : contenu du certificat médical et de ses à-côtés* », *AJP* n° 10, 2012, p. 521

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=AJPEN&id=AJPENCHRON20120109>

-José Coelho « *Garde à vue, examen médical et confidentialité* » *AJP* n° 1, 2006, p. 35

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=AJPEN&id=AJPENCHRON20060004>

-Jean Danet « *La notion d'état de santé et la détention en Europe* », *Rev Sc Crim* 1996, p. 49

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=RSC&id=RSCCHRON19960005>

-Benoît Dumontet, « *L'avocat et la garde à vue : aspects pratiques et critiques* », *AJP* 2004, p. 275

http://actu.dalloz-etudiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/AJ_Penal_2004-275rtf.pdf

-Maryse Esterle-Hedibel « *Absentéisme, déscolarisation, décrochage scolaire, les apports des recherches récentes* », *Déviance et Société* 1/2006 (Vol. 30), p. 41

www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2006-1-page-41.htm

-C. Girault « *une nouvelle présomption de grief en matière de garde à vue* », commentaire de l'arrêt Crim 27 oct.2009, *Bull. crim.* N°176, *Dalloz actualité*, 10 novembre 2009

http://actu.dalloz-etudiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/OCTOBRE_2012/Crim27oct2009.pdf

-Blandine Mallevaye « *la parole de l'enfant en justice* », *Recherches Familiales* n°9, 1/2012 (p117-129)

www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2012-1-page-117.htm

-Laurent Mucchielli « *La place de la famille dans la genèse de la délinquance* », *Regards sur l'actualité*, n°268, 2001, p. 31-42

sceco.paris.iufm.fr/IMG/doc/Famille_et_delinquance.doc

-Jean Pradel « *Les droits de la personne suspecte ou poursuivie depuis la loi n° 93-1013 du 24 août 1993 modifiant celle du 4 janvier précédent* », *D* n°41, 1993, p299

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=RECUEIL&id=RECUEILCHRON19930069>

-Jean Pradel « *Le droit pénal de la santé à travers la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme* », *Revue de droit sanitaire et social*, n°HS 2008

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=RDSS&id=RDSSCHRON20080068>

-Revue médecin, Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins n°8, novembre-décembre 2009

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/ODM8_web.pdf

-Caroline Renaud-Duparc « *La sanction de l'inertie de l'officier de police judiciaire en cas de carence du médecin requis en garde à vue : pas de nullité sans grief - Cour de cassation, 1re civ.10/10/2012* », AJP 2013, page 107

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=AJPEN&id=AJPENJURIS20130022>

-Gabriel Roujou de Boubée « *La réforme de la garde à vue* », D 2011, page 1570

<http://www.dalloz.fr/Document?famille-id=REVUES&produit-id=RECUEIL&id=RECUEILCHRON20110237>

COURS UNIVERSITAIRES :

-Jean Labbé, Professeur titulaire, Département de pédiatrie Université de Laval, « la Théorie de l'attachement »

http://w3.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur_pediatrie/Etudiants/Notes_de_cours/La_theorie_de_l_attachement.pdf

- Mary-Hélène BERNARD Professeur de Médecine Légale, Frédéric CANAS Assistant en Médecine Légale Faculté de médecine de REIMS « Le secret médical ».

http://www.univ-reims.fr/gallery_files/site/1/90/1129/1384/1536/1596/1600.pdf

INTERVENTIONS ORALES :

- M. Jean-Louis Debré, « *Le Conseil constitutionnel et les droits de la défense* », 4 décembre 2009.

http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank_mm/discours_interventions/2009/jld_rentree_barreau_041209.pdf

-Jean-François de Montgolfier « *Le Conseil constitutionnel et la justice pénale des mineurs* », Journée d'études UNIOPSS, 23 octobre 2008.

http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/bank_mm/pdf/Conseil/justice_penale_des_mineurs_jfm.pdf

-C. Rey Salmon « *le mineur et la garde à vue* », Actes de la cinquième journée médecin et santé de l'adolescence, adolescents difficiles entre autorités et soins, 13 décembre 2003

<http://med2.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/13decembre/Rey.htm>

GUIDES :

-Aisling Reidy « *L'interdiction de la torture, Un guide sur la mise en œuvre de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme* », Précis sur les droits de l'homme n° 6, 2003

[http://www.echr.coe.int/library/DIGDOC/DG2/HRHAND/DG2-FR-HRHAND-06\(2003\).pdf](http://www.echr.coe.int/library/DIGDOC/DG2/HRHAND/DG2-FR-HRHAND-06(2003).pdf)

-Direction des affaires criminelles et des grâces « *Guide des bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue* », juillet 2009

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_juillet_2009_Intervention_du_medecin_en_GAV_-_09-07-29-Guide_IMGAV.pdf

ENQUETES :

- Observatoire régionale de la santé des Pays de la Loire « *Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives* », Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010, ORS Pays de la Loire, février 2012, p20.

http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/BSJ/2010BSJpdl_drogues_fevrier2012.pdf

DECISIONS :

JURISPRUDENCE NATIONALE :

-Cons Const. 22 avril 1997, n° 97-389 DC

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/1997/97-389-dc/decision-n-97-389-dc-du-22-avril-1997.11137.html>

-Cons Const 30 juillet 2012, n°2010-14/22

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022630872>

-Cass. Crim. 25 octobre 2000. n°00-83.253. Bull. crim. 2000 n°316

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007070585&fastReqId=353923687&fastPos=9>

-Cass. Crim. 07 décembre 2011. n°10-86735. Non publié au bulletin

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000025182551&fastReqId=1552968268&fastPos=1>

JURISPRUDENCE INTERNATIONALE :

-CEDH « Tomasi c. France », 27 août 1992, req n°12850/87

<http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-62353>

-CEDH « Carine Simons c. Belgique », 28 août 2012, req n°71407/10

[http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-113093#{\"itemid\":\[\"001-113093\"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-113093#{\)

-CEDH « Irlande c. Royaume-Uni », 18 janvier 1997, req n°5310/71

<http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-62064>

-CEDH « Ribitsch c. Autriche », 04 décembre 1995, req n° 18896/91

<http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-62521>

-CEDH « Selmouni c. France », 28 juillet 1999, req n° 25803/94

<http://hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-62842>

AUTRE DECISION:

Décision du Défenseur des droits n° MDS 12-007992 (2012-199), 21 décembre 2012

http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/decisions/decision_mds-2012-199.pdf

WEBOGRAPHIE :

- Criminocorpus, portail sur l’histoire de la justice, des crimes et des peines

<http://criminocorpus.cnrs.fr/sources/12796/>

DICIONNAIRE :

-Dictionnaire le Larousse en ligne

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vuln%C3%A9rable/82657>

Tous les sites ont été consultés pour la dernière fois le 26 mai 2013

TABLE DES MATIERES :

SOMMAIRE :

<u>INTRODUCTION :</u>	1
<u>PARTIE I – L’EXAMEN MEDICAL, UN DROIT DE LA DEFENSE DES PERSONNES EN GARDE A VUE :</u>	7
Chapitre 1– Un moyen de contrôler les abus policiers devenu un droit inhérent à la garde à vue :	10
Section 1- Une création de 1957, issue de la volonté d’encadrer les pratiques policières :	10
Section 2- Un examen médical érigé comme l’un des droits du gardé à vue par la réforme de 1993 :	13
Section 3- Un droit de la défense consolidé en 2011 :	19
Chapitre 2- Une prérogative accrue en raison de la vulnérabilité des gardés à vue mineurs :	24
Section 1- Un régime spécifique justifié par la fragilité des mineurs :	25
Section 2- Un droit à l’examen médical renforcé :	29
Section 3- Une protection particulière nécessaire en pratique :	34
<u>PARTIE II- L’EXAMEN MEDICAL, UNE GARANTIE DE LA DIGNITE DES PERSONNES EN GARDE A VUE:</u>	40
Chapitre 1 – Un examen assurant l’effectivité du droit à la santé :	42
Section 1- Un médecin présent pour déterminer la compatibilité de l’état de santé du mineur à la garde à vue :	42
Section 2- Un médecin dont l’intervention permet le respect du droit à l’accès et à la continuité des soins :	46
Chapitre 2- Un examen garant de l’application de l’article 3 de la Convention européenne des Droits de l’Homme:	52
Section 1- Les médecins intervenant en garde à vue peuvent contrôler l’existence d’éventuelles violences policières :	53
Section 2- Les médecins sont les témoins des conditions dans lesquelles se déroule la garde à vue :	58
<u>CONCLUSION :</u>	62
<u>ANNEXES :</u>	65
<u>BIBLIOGRAPHIE :</u>	74