



**Inspection générale
de l'administration**

n°08-011-01

**Inspection générale
des affaires sociales**

n°2007-113

**Inspection générale
des services
judiciaires**

n°03/08

**Inspection de la
gendarmerie nationale**

**n°15653
DEF/GEND/IGN/IASG**

RAPPORT

D'EVALUATION DE LA PROCEDURE

D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE (IPM)

- FEVRIER 2008 -

**Inspection générale
de l'administration**

n°08-011-01

**Inspection générale des
affaires sociales**

n°2007-113

**Inspection générale
des services
judiciaires**

n°03/08

**Inspection de la
gendarmerie nationale**

**n°15653
DEF/GEND/IGN/IASG**

RAPPORT
D'ÉVALUATION DE LA PROCÉDURE
D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE (IPM)

Yves BERTRAND

Inspecteur général de l'administration (IGA)

Jean-Yves LE GALLOU

Inspecteur général de l'administration (IGA)

Bernadette ROUSSILLE

Inspectrice générale des affaires sociales
(IGAS)

Françoise THOMAS

Inspectrice des services judiciaires (IGSJ)

Avec le concours de l'Inspection générale de
la police nationale (IGPN)

Colonel Hervé PODEVIN

Chargé de mission à l'IGN

Patrick RIOU, Inspecteur général de la
Police Nationale

Maguy MARION, commissaire divisionnaire

- FEVRIER 2008 -

Synthèse du rapport de la mission d'évaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM)	13
<u>Résumé du rapport</u>	
1. L'état des lieux.....	15
1.1 Un champ de procédure important :	15
1.2 Un cadre juridique complexe et flou :	16
1.3. Des pratiques variées.....	16
2. Les recommandations de la mission.....	17
2.1 Le maintien de la procédure	17
2.2 L'aménagement et la clarification de chacune des étapes de la procédure.....	17
<u>Rapport</u>	
Introduction	19
Ière Partie : Une procédure au cadre juridique ancien et sommaire, mise en œuvre de façon hétérogène et à un coût élevé, mais qui permet néanmoins de faire face, pour l'essentiel, aux situations rencontrées sur le terrain.....	21
1.1 Une procédure au cadre juridique ancien et trop sommaire.....	21
1.1.1. Un texte légal d'incrimination, qui date de 1873, organise la répression pénale et la rétention administrative.....	21
1.1.2. Deux circulaires du ministère de la Santé des années 1970 organisent les modalités d'un examen médical dans les services hospitaliers des urgences.	23
1.1.3. La jurisprudence et diverses notes des ministères concernés organisent la prise en charge des frais et précisent le cadre juridique d'intervention.....	24
1.1.3.1. Une jurisprudence du Conseil d'Etat du 25 octobre 2002 met les frais médicaux à la charge de l'Administration.....	24
1.1.3.2. Diverses notes des ministères de l'Intérieur, de la Défense et de la Justice précisent la marche à suivre par les services	25
1.1.4. En conséquence, la prise en charge de l'IPM par les autorités habilitées à la mettre en œuvre voit se succéder une phase administrative et une phase judiciaire.....	26
1.1.4.1. La phase administrative : examen médical et placement en dégrisement.....	26
1.1.4.2. La phase administrative : le rôle des différentes forces de sécurité nationales et municipales.....	27
1.1.4.3. La phase judiciaire : organisation des poursuites et jugement.....	28
1.1.5. Le dispositif particulier de l'IPM s'inscrit dans un ensemble répressif plus vaste et récemment complété	28
1.2. Une procédure mise en œuvre sur le terrain de façon hétérogène et source de difficultés	
1.2.1. Un examen médical qui n'est pas systématique.....	29
1.2.2. Des modalités d'intervention des médecins très variées.....	30
1.2.2.1. Les autorités médicales requises	30
1.2.2.2. La saisine du médecin	31
1.2.2.3. Le contenu du certificat médical	32
1.2.2.4. La prise en charge des frais d'examen médical.....	33
1.2.3. Une certaine diversité des actes de procédures	33
1.2.4. Une réponse judiciaire qui manque d'homogénéité.....	34

1.2.5. Une procédure qui doit être clarifiée.....	35
1.3. Une procédure mise en œuvre avec des moyens inadéquats.....	36
1.3.1. Une formation des personnels limitée.....	36
1.3.2. Des locaux de dégrisement le plus souvent rustiques, parfois insalubres et dangereux	37
1.4. Une procédure dont la mise en œuvre en légère croissance, concerne 70 000 cas par an.....	38
1.4.1. De l'ordre de 70 000 IPM par an.....	38
1.4.2. Une tendance à la hausse des IPM recensées.....	38
1.4.3. Le nombre des amendes prononcées est lui aussi en nette croissance.....	39
1.4.4. La population concernée est composite.....	39
1.4.5. Une fraction très réduite des personnes conduites par les forces de sécurité est hospitalisée.....	40
1.5. Une procédure légitime mais dont le coût apparaît globalement élevé pour les forces de sécurité, les médecins et la justice.....	40
1.5.1. Une prise en charge publique légitime.....	40
1.5.1.1. Forces de sécurité : ordre public et protection de la personne.....	41
1.5.1.2. Services médicaux : au cœur du métier de l'urgence.....	41
1.5.1.3. Autorité judiciaire : la logique de la réponse pénale.....	41
1.5.2. Coûts médicaux : de 25 à 80€.....	41
1.5.3. Coûts policiers (pour la police nationale) : entre 110 et 170€.....	42
1.5.4. Coût judiciaire : au bas mot 30 €.....	43
1.5.5. Coût analytique complet : de 170 à 225€par procédure.....	45
1.5.6. Des charges loin d'être compensées par le produit du paiement des amendes: de l'ordre de 30€de recettes pour 200€de frais.....	45
1.6. Une procédure pragmatique, assez comparable à celle de nos voisins européens.....	46
1.6.1. Un outil juridique utile.....	46
1.6.2. Une pratique française proche de celle des pays européens voisins.....	47
II ^{ème} Partie : Un dispositif dont les objectifs restent pertinents mais dont l'efficience doit être améliorée.....	49
2.1 Maintenir l'architecture globale du dispositif.....	49
2.1.1. Des objectifs implicites et étroitement intriqués : l'ordre public et la protection de la personne.....	49
2.1.2. La mise en œuvre pratique de cette procédure articule étroitement les aspects sanitaires, policiers et judiciaires.....	50
2.1.3. L'option de la médicalisation totale doit être écartée.....	50
2.1.3.1. La psychiatisation obligatoire serait une mesure disproportionnée au regard des libertés publiques et des enjeux sanitaires.....	50
2.1.3.2. L'option du dégrisement à l'hôpital serait disproportionnée au regard des nécessités médicales.....	51
2.1.4. L'option du rattachement de l'ivresse à des infractions connexes doit aussi être écartée	52
2.1.5. Le maintien de l'architecture générale de la procédure d'IPM.....	52
2.2. Sécuriser l'intervention.....	53
2.2.1. Objectiver l'ivresse en établissant par éthylotest l'imprégnation alcoolique de la personne interpellée.....	53
2.2.2. Réorganiser et clarifier la prise en charge médicale.....	54
2.2.2.1. Prévoir dans la loi un examen médical.....	54

2.2.2.2. Inclure l'examen médical prévu dans le dispositif de la permanence des soins	55
2.2.2.3 Encourager la consultation médicale sur place	56
2.2.2.4 Faciliter la consultation sur le lieu de rétention	57
2.2.2.5. Prévoir le financement par l'Administration des visites médicales	57
2.2.2.6. Donner pour cadre juridique à la saisine du médecin et à sa mission la réquisition administrative	58
2.2.3. Améliorer les conditions de la surveillance de la personne en rétention	60
2.2.4. Clarifier le statut de la période située entre l'interpellation et la mise en dégrisement	
2.2.5. Encadrer la durée de la rétention et la limiter à 12h	61
2.2.6. Clarifier l'articulation du dégrisement et de la garde à vue	63
2.2.7. Moderniser les locaux de dégrisement et se rapprocher des normes européennes	65
2.3. Adapter la réponse pénale et y intégrer la dimension sanitaire	66
2.3.1. Faire de la sanction pénale un levier de changement pour le contrevenant	66
2.3.2. Adopter la procédure de l'amende forfaitaire et l'adapter pour favoriser la prise en charge sanitaire	67
2.3.3. Organiser ce suivi sanitaire	69
2.4. Renforcer l'implication des communes	70
2.4.1. Les maires sont directement concernés par la problématique de l'IPM	70
2.4.2. La mission ne recommande pas de confier l'IPM aux polices municipales	71
2.4.3. La mission recommande d'associer les communes à la prise en charge des IPM dans le cadre de conventions	71
Conclusion : des gains en temps et en qualité	72
Rappel des préconisations	75
Rappel des principales recommandations	77
Liste des annexes	79
Annexe 1	81
Lettre de mission	81
Annexe 2	85
Liste des services et des personnes rencontrés ou mises à contribution	85
Annexe 3	93
Bibliographie	93
Annexe 4	99
Décision de recevabilité de la Cour européenne des Droits de l'Homme de la requête présentée par Claude Castelot contre la France	99
Annexe 5	107
Bulletin de non hospitalisation	107
Annexe 6	111
Modèle de procès-verbal de gendarmerie	111
Annexe 7	119
Statistiques OFDT des interpellations pour IPM	119
Annexe 8	125
Procédures d'ivresse publique et manifeste établies par la gendarmerie nationale	125
Annexe 9	129
Estimation du nombre de personnes en état d'ivresse et du nombre de demandes de certificat médical, aux urgences de l'AP-HP, en 2007	129
Annexe 10	133

Estimation du coût horaire complet d'un gardien ou d'un gradé de la police nationale	133
Annexe 11	139
Taux de recouvrement des amendes IPM	139
Annexe 12	143
Etude comparée du traitement de l'IPM en Europe	143
Annexe 13	147
Quelques données sur le lien entre l'ivresse et la pathologie alcoolique	147
Annexe 14	151
Quelques données sur le lien entre alcool et violence.....	151
Annexe 15	155
Recommandations pour le suivi médical	155
Annexe 16	159
Schéma de principe d'une chambre de sûreté	159
Annexe 17	165
Vérifications concernant l'alcoolémie : modèle de fiche A.....	165
Annexe 18	169
Certificat de présentation aux consultations d'addictologie :	169
l'exemple de Saint- Quentin.....	169
Annexe 19	177
Dispositif de prise en charge des addictions	177

SYNTHESE DU RAPPORT DE LA MISSION D'ÉVALUATION DE LA PROCÉDURE D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE (IPM)

- 1.** Par note du 1^{er} août 2007, les ministres de l'Intérieur, de la Justice, de la Défense et de la Santé ont chargé leurs Inspections générales d'une mission d'évaluation de la procédure d'ivresse publique et manifeste (IPM).
- 2.** Cette procédure dont l'origine remonte à une loi de 1873, consiste à interpellier des personnes en état d'ébriété manifeste sur la voie publique, à les placer en cellule de dégrisement et à leur infliger une amende ; deux circulaires des années 1970 ont prévu qu'un examen médical soit effectué dans les services d'urgences hospitalières, aux fins d'apprécier si l'état de santé des personnes est compatible avec une rétention.
- 3.** Chaque année environ 70 000 personnes, chiffre en légère croissance, sont impliquées.
- 4.** La mission estime que cette procédure qui associe une contravention à une mesure de rétention administrative et s'accompagne d'un examen médical est finalement bien adaptée à cette situation particulière qu'est l'ébriété publique, marquée par un trouble temporaire de la raison.
- 5.** Cette procédure permet notamment de répondre avec pragmatisme à deux objectifs : le maintien de l'ordre public d'une part, la protection des personnes d'autre part. Les pays européens voisins de la France recourent d'ailleurs à des pratiques relativement similaires.
- 6.** La mission propose donc de garder l'architecture générale de la procédure d'IPM mais en la sécurisant juridiquement et en la rendant plus efficiente.
- 7.** S'agissant d'une procédure qui comporte une mesure de rétention, il paraît nécessaire à la mission de mieux l'encadrer par la loi, notamment pour répondre aux nécessités de protection des libertés publiques et aux exigences de la Cour européenne de droits de l'homme (CEDH).
C'est ainsi, notamment, que la loi devrait :
 - explicitement prévoir un examen médical ;
 - limiter à douze heures la durée maximale de la rétention.
- 8.** La mission recommande aussi de rendre possible et d'encourager un recours à la médecine ambulatoire pour réaliser l'examen médical et ce, de façon à éviter un passage aux urgences hospitalières à la fois coûteux en temps de déplacement et d'attente pour les forces de sécurité intérieure et perturbateur pour les services d'urgences. Pour cela, elle propose d'inclure les examens d'IPM dans la permanence des soins organisée par les préfets afin qu'ils puissent être effectués sur les lieux de rétention.
- 9.** Pour financer ces examens médicaux dans des conditions régulières (c'est-à-dire sur le budget de l'Administration) et permettre qu'ils soient réalisés sur le lieu de la rétention (ce qui suppose le paiement d'honoraires aux médecins), la mission propose d'en budgéter le coût et de prévoir, à titre provisionnel, une enveloppe de trois millions d'euros aux budgets des ministères de l'Intérieur et de la Défense. En contrepartie des économies d'heures fonctionnaires ou militaires, notamment de nuit, seraient obtenues.
- 10.** S'agissant de la réponse pénale, la mission propose, là aussi dans un souci d'efficience, de poursuivre l'IPM par la voie de la procédure de l'amende forfaitaire, plus simple, plus rapide et moins coûteuse que l'ordonnance pénale. Afin de maintenir à la peine un caractère suffisamment

dissuasif, elle préconise d'élever la classe de la contravention, le passage en amende forfaitaire entraînant une baisse substantielle, non justifiée en l'espèce, de l'amende encourue (35 € contre 150€).

11. Enfin dans un souci de mieux articuler la sanction et le soin, la mission propose de prévoir une exemption du paiement de l'amende pour les contrevenants qui engageront, dans un court délai, une démarche de traitement auprès d'un service hospitalier ou d'un centre spécialisé dans la lutte contre les addictions.

12. Conclusion

Au final, la mission recommande de conserver l'architecture globale du dispositif actuel de l'IPM tout en améliorant la cohérence de la prise en charge dans ses différents aspects policiers, judiciaires et sanitaires. Les mesures préconisées permettront des gains en équivalent temps plein (ETPT) à la fois dans les services de police et de gendarmerie et dans les services judiciaires ; elles devraient aussi permettre d'améliorer l'efficacité de la réponse pénale et une meilleure prise en compte de l'aspect sanitaire de l'IPM.

RESUME DU RAPPORT SUR LA PROCEDURE DE L'IVRESSE PUBLIQUE MANIFESTE REALISEE PAR LA MISSION INTERMINISTERIELLE CONJOINTE DE L'IGA, DE L'IGAS, DE L'IGSJ ET DE L'IGN, AVEC LA COLLABORATION DE L'IGPN

L'ivresse publique et manifeste (IPM) est, depuis une loi de 1873, une infraction. Elle est régie aujourd'hui par le Code de la santé publique :

*Art. L 3341-1 : Une personne trouvée en **état d'ivresse** dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison.*

*Art. R 3353-1 : Le fait de se trouver en **état d'ivresse manifeste** dans les lieux mentionnés à l'article L. 3341-1 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2^{ème} classe.*

(Pour mémoire : 150 euros au plus, art 131-13 du code pénal)

1. L'ETAT DES LIEUX

La procédure comporte actuellement trois temps : un temps policier (interpellation, conduite à l'hôpital, placement en chambre de dégrisement, audition), un temps hospitalier qui s'est imposé au fil des ans (examen médical et délivrance d'un "bulletin de non hospitalisation" lorsque l'état de la personne est compatible avec la rétention) et enfin, un temps judiciaire (réquisitions de l'officier du ministère public, décision du juge de proximité).

1.1 UN CHAMP DE PROCEDURE IMPORTANT :

- par le nombre de personnes interpellées à ce titre: entre 65 000 et 70 000 par an, avec une tendance à l'augmentation et une concentration sur les régions de Bretagne, Nord-Pas-de-Calais et Franche-Comté ;
- par la gravité potentielle du phénomène :

*pour les personnes impliquées : entre 80 et 90 % des manifestations d'IPM sont à relier à des pathologies chroniques de l'alcool. L'état d'IPM est, sur le plan médical, une situation à risque car il peut recouvrir aussi d'autres pathologies graves (maladies neurologiques, hématomes sous-duraux, problèmes psychiatriques, tendances suicidaires) ou s'accompagner d'effets dangereux (coma éthylique, hypoglycémie, delirium tremens). Plusieurs accidents mortels se sont produits dans ce cadre (suicides, hémorragies méningées...). Bien que toutes les catégories sociales soient concernées, le phénomène semble toucher d'abord les plus défavorisés et les jeunes, notamment au cours de manifestations festives. La récurrence paraît fréquente. Moins de 10% des personnes interpellées conduites à l'hôpital par les forces de sécurité sont hospitalisées.

*pour la société : le lien entre l'alcool, notamment l'état d'ivresse, et la violence est établi. Bien souvent l'IPM s'accompagne d'infractions connexes plus ou moins graves (tapage, rébellion, violences). Elle représente donc un enjeu en termes de prévention de la délinquance.

1.2 UN CADRE JURIDIQUE COMPLEXE ET FLOU :

qui se caractérise par :

- des frontières communes avec d'autres procédures : hospitalisation à la demande de tiers en psychiatrie, conduite en état d'ivresse, violence dans les stades, infractions connexes suivies parfois d'une garde à vue;
- un paradoxe structurel : l'IPM donne lieu à une mesure de rétention, dont la durée n'est pas limitée dans les textes, alors qu'elle n'est sanctionnée que d'une contravention de deuxième classe ;
- un laconisme des textes :
 - une absence de définition de l'IPM dont la constatation, de surcroît, ne s'appuie sur aucune mesure objective de l'alcoolémie mais est appréciée par les forces de sécurité (police ou gendarmerie) au travers de diverses manifestations extérieures comme l'haleine, l'équilibre, les propos, le regard ... ;
 - une base juridique lacunaire pour ce qui relève pourtant d'un aspect majeur de la question : l'aspect médical. Celui-ci n'est traité que par deux circulaires de 1973 et 1975 qui ne l'envisagent que sous l'angle hospitalier ;
 - un vide qui concerne aussi des aspects touchant aux libertés publiques : durée de la rétention, computation du temps de dégrisement et du temps de garde à vue...

1.3. DES PRATIQUES VARIEES

Ce flou n'est pas sans conséquence sur les pratiques :

- la prise en charge financière des frais qu'engendre la procédure n'a pas été prévue par les textes ;
- les acteurs de terrain sont en partie laissés à eux-mêmes et recourent à des pratiques très hétérogènes qui génèrent des traitements inégaux et posent un certain nombre de difficultés, notamment en matière sanitaire et de protection des libertés publiques ;
- des contentieux (administratifs et judiciaires) mettant en cause la procédure d'IPM se multiplient en France et devant la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ;
- cette procédure est parfois délaissée (non recours) ou conduite de façon partielle (absence d'examen médical) alors qu'elle joue aussi un rôle protecteur ;
- elle est rarement utilisée dans une perspective de santé publique (absence de suivi après IPM), alors qu'elle pourrait en être un levier ;
- le coût en temps fonctionnaires est très élevé : les fonctionnaires de la police et de la gendarmerie consacrent une part non négligeable de leur temps opérationnel en interpellation, transport et surtout attente dans les hôpitaux ; les magistrats et fonctionnaires du parquet et du siège mobilisent leur force pour une contravention qui porte en moyenne sur 50 €; les médecins hospitaliers procèdent à l'examen dans le contexte d'urgences hospitalières encombrées, le plus souvent de nuit et auprès de personnes souvent menottées et accompagnées de deux agents de la force publique.

La mission a évalué à près de 225 € le coût net d'une procédure d'IPM pour le contribuable.

2. LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

2.1 LE MAINTIEN DE LA PROCEDURE

La mission a examiné l'hypothèse de la suppression de la procédure : l'IPM pouvant soit être dépenalisée et traitée, le cas échéant, par le biais des infractions qui lui sont connexes, soit prise en charge dans le cadre de l'hospitalisation d'office ou à la demande de tiers à l'hôpital psychiatrique.

Elle a estimé ces modalités de traitement inadaptées à un comportement qui, somme toute, ne ressort pas d'une pathologie psychiatrique ni d'une délinquance avérée mais pose, au quotidien, des problèmes d'ordre public et de protection des personnes. Il lui est apparu, en revanche, fondé de poursuivre simultanément les objectifs de sanction et de soin, en escomptant de cette conjonction, qui tient compte de la complexité du phénomène, qu'elle joue un rôle préventif et protecteur.

C'est pourquoi l'axe central du rapport consiste à maintenir l'architecture générale de la procédure, à en clarifier et sécuriser, toutefois, chacune de ses étapes, afin d'en améliorer l'efficacité d'ensemble.

2.2 L'AMENAGEMENT ET LA CLARIFICATION DE CHACUNE DES ETAPES DE LA PROCEDURE

Dans le but de sécuriser la procédure, de l'assouplir et de réaliser des économies de temps fonctionnaires ou militaires, la mission formule plusieurs recommandations à portée législative, réglementaire et administrative:

- En ce qui concerne la prise en charge par les forces de sécurité :
 - objectiver l'ivresse par éthylotest, le résultat (positif ou négatif) se cumulant avec les signes habituellement relevés ;
 - donner un statut à la période qui sépare l'interpellation du placement en chambre de dégrisement en faisant de l'examen médical une formalité obligée de la rétention ;
 - limiter la durée maximale de la rétention à 12 heures ;
 - inscrire dans la loi le principe de non cumul des durées de la rétention pour IPM et de la garde à vue ;
 - organiser la concertation sur les modalités de surveillance en dégrisement dans le cadre d'un groupe de travail interministériel ;
 - fournir au contrevenant, lors de son audition, les coordonnées des médecins qui pourront assurer un suivi sanitaire ;
 - dans le cadre de l'exemption de peine proposée, permettre que le suivi sanitaire soit amorcé ;
 - mettre en recouvrement l'amende si la personne n'a pas fourni le document attestant qu'elle a pris contact avec l'un des médecins figurant sur la liste qui lui aura été fournie ;
 - programmer sur une durée raisonnable la mise aux normes des chambres de sûreté.

- En ce qui concerne la prise en charge sanitaire :
 - faire de l'examen médical une formalité obligatoire ;

- permettre sa réalisation dans le cadre de la permanence des soins (PDS), si possible au sein des locaux de la police ou de la gendarmerie et non plus seulement à l'hôpital ;
 - sur la base des jurisprudences du Conseil d'Etat et du Tribunal des conflits, donner pour cadre juridique à la saisine du médecin, la réquisition administrative ;
 - prévoir la délivrance d'un bulletin de compatibilité avec la rétention, en lieu et place de l'actuel "bulletin de non hospitalisation" ;
 - prévoir l'établissement d'un certificat descriptif des lésions éventuelles ;
 - tarifier et organiser le paiement par les services de police et de gendarmerie des médecins libéraux mobilisés pour cet examen ;
 - ouvrir les services hospitaliers et les centres spécialisés au suivi des personnes ayant accepté l'alternative aux poursuites et évaluer l'activité à ce titre ;
 - prévoir la remise au contrevenant d'un certificat attestant de la prise de contact ;
 - demander aux DDASS ou aux services préfectoraux de fournir régulièrement aux services de police et de gendarmerie de chaque département les coordonnées de médecins susceptibles de recevoir les personnes à la suite d'une procédure d'IPM.
- Le traitement judiciaire
 - poursuivre l'IPM par la voie de la procédure de l'amende forfaitaire, plus rapide et moins coûteuse que celle de l'ordonnance pénale ;
 - élever la classe de la contravention pour en maintenir le caractère dissuasif ;
 - prévoir l'exemption du paiement de l'amende pour les contrevenants qui engageront, dans le délai requis, une démarche de traitement auprès d'un centre ou d'un service spécialisé dans la lutte contre les addictions.
- Le traitement administratif
 - organiser la mise en œuvre de la procédure et la coordination des intervenants dans le cadre de la permanence des soins par une réunion annuelle présidée par le préfet. Cette réunion regrouperait tous les responsables administratifs (police, gendarmerie, DDASS), les principaux acteurs de la permanence des soins (services d'urgence, pompiers, services de régulation hospitalière et libérale) et les maires ;
 - favoriser, comme cela se fait dans certaines villes, l'engagement des communes (financement des frais médicaux, intervention de la police municipale) ; dans ce cadre, doivent être favorisées et prévues, pour les manifestations festives et sportives, une présence sur place d'équipes médicales et son articulation avec les forces de sécurité, y compris la police municipale.
- La prise en charge financière :
 - prévoir, à titre de provisions, dans le budget des services de la police et de la gendarmerie les sommes nécessaires au financement des honoraires et des frais de déplacement des médecins, soit une enveloppe de trois millions d'euros.

INTRODUCTION

Par note du 1^{er} août 2007, les ministres de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales, de la Justice, de la Défense et de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ont chargé l'Inspection générale de l'administration (IGA), l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) ainsi que l'Inspection de la gendarmerie nationale (IGN) d'une mission d'évaluation et de propositions de la procédure mise en œuvre en cas d'ivresse publique et manifeste (IPM). Ces inspections ont reçu le concours de l'Inspection générale de la police nationale (IGPN) (voir annexe 1).

Pour appréhender au mieux la situation concrète, la mission s'est déplacée dans quatre départements pour rencontrer les différents acteurs de terrain (préfet, forces de sécurité, autorités judiciaires, professionnels de santé, responsables municipaux). Elle s'est aussi entretenue avec diverses personnalités des services centraux (voir annexe 2).

Pour comprendre les enjeux de la mission il convient au préalable de situer l'IPM :

- dans son contexte législatif qui comprend les textes réprimant le mésusage de l'alcool;
- dans le contexte de l'activité diurne et nocturne de la police et de la gendarmerie dont de nombreuses interventions visent des actes découlant de l'IPM;
- dans le contexte sanitaire de l'alcoolisation excessive dont l'IPM est l'une des manifestations.

La législation sur l'IPM est la plus ancienne en vigueur réprimant le mésusage de l'alcool

La loi Roussel qui a créé la procédure d'IPM date du 23 janvier 1873. Elle a une finalité répressive qui s'inscrit dans un contexte historique particulier, celui d'une pétition d'élus, notamment bretons, contre l'ivrognerie présentée à la fin du second Empire ; cette initiative législative fut reprise par la majorité conservatrice de 1871, soucieuse dans le contexte de l'après-Commune d'éviter « la collusion de la Révolution et de l'alcool »¹.

Dans un triple but sanitaire, social et politique, il s'agissait alors de réprimer les manifestations publiques de l'ivresse dans le cadre d'un dispositif original associant une mesure pénale légère, une contravention de deuxième classe, à une mesure de rétention administrative, le placement en cellule de dégrisement.

C'est ce seul dispositif que la mission examinera dans ses aspects juridiques et pratiques, à la fois policiers, judiciaires et sanitaires. La mission laissera, à côté de son champ d'investigation principal, l'examen des autres lois réprimant les mauvaises pratiques liées à la distribution ou à la consommation d'alcool : qu'il s'agisse de textes anciens concernant la réglementation des débits de boisson et la protection des mineurs ou de textes plus récents, postérieurs à 1970, réprimant la consommation d'alcool au travail, l'imprégnation alcoolique lors de la conduite d'un véhicule automobile ou lors de la participation à des spectacles sportifs.

¹ Voir Didier Nourrisson, in « Le buveur du XIX^{ème} siècle » Albin Michel 1990.

« L'ivrognerie était l'aliment de cette révolution crapuleuse. Une vapeur d'alcool flottait sur l'effervescence de la plèbe. La bouteille fut l'un des instruments du règne de la Commune. Ses bataillons marchaient en titubant. Il y avait du delirium tremens dans la fumée de leur résistance » selon P. de Saint Victor. Barbares et Bandits.1871. Cité par Didier Nourrisson.

L'IPM représente une part significative de l'activité policière

Le nombre des IPM s'élève à environ 70 000 par an². Cela représente une moyenne de 200 procédures par jour, avec des pointes le vendredi et le samedi soir et les jours festifs (fêtes nationales ou traditionnelles, fêtes locales). Concrètement, cela signifie que de 5 à 10 % des équipages de police ou de gendarmerie disponibles peuvent être, au moins partiellement, mobilisés par cette activité, principalement nocturne.

D'autres chiffres permettent d'approcher cette réalité, s'agissant des forces de police nationale. La rétention de personnes interpellées a dû concerner environ 50 000 cas pour dégrisement en 2002, ce chiffre est à rapprocher des 321 578 mesures de garde à vue (GAV) prises durant la même période³. L'IPM représente donc de l'ordre de 15% à 18% de l'activité de rétention (hors étrangers) de la police nationale.

L'IPM représente une part mineure des aspects sanitaires de l'alcoolisme

Selon l'office français des drogues et toxicomanies (OFDT), il y aurait 9,7 millions de consommateurs réguliers d'alcool au sein de la population des 12/75 ans. 10 % des adultes, soit de l'ordre de 5 millions de personnes, seraient concernés par une consommation abusive de l'alcool. Ces chiffres sont considérés comme stables depuis 1990 : « *Les ivresses alcooliques déclarées et la proportion de buveurs à risque sont restées stables depuis 2000* »⁴.

S'agissant des adolescents de 17 à 18 ans, 10% des garçons sont ivres régulièrement dans des conditions qui sont parfois celles de l'alcool-défoncé (« binge drinking » selon la mode anglo-saxonne ou nordique consistant à boire dans le but d'atteindre rapidement l'état d'ivresse) : « *Chez les jeunes, les alcoolisations massives concentrées en fin de semaine dans un contexte festif tendent à se développer* »⁵. La poly-consommation de substances psycho-actives est devenue courante, elle renforce les troubles dus à l'intoxication aiguë.

Les services d'urgence rencontrés par la mission ont estimé à 5 % du total des personnes accueillies, celles qui sont en état d'intoxication alcoolique aiguë (IEA), soit environ 500 000 personnes. Au sein de cet ensemble les IPM ne représentent objectivement qu'un bon dixième, soit 50 000 personnes, c'est à dire 0,5% des 10 millions de personnes passant chaque année aux urgences non spécialisées.

² On ne retient pas ici l'activité policière importante liée à des ivresses publiques et manifestes lorsque celles-ci sont absorbées par d'autres infractions connexes.

³ Les chiffres de GAV sont extraits du rapport de février 2004 de la direction générale de la police nationale (DGPN) portant sur « L'inventaire des locaux de garde à vue ». Pour les placements en cellule de dégrisement, il s'agit d'une estimation de la mission ; le chiffre indiqué dans ce rapport de 2444 « Décisions d'ivresse publique » étant incompatible avec les résultats des autres sources statistiques et ne s'expliquant que par une absence de transmission de renseignements de la part de nombreuses directions départementales de la sécurité publique (DDSP) (voir au 1.4.2)

⁴ Circulaire n° DGS/6B/DHOIS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins.

⁵ idem

Ière Partie : Une procédure au cadre juridique ancien et sommaire, mise en œuvre de façon hétérogène et à un coût élevé, mais qui permet néanmoins de faire face, pour l'essentiel, aux situations rencontrées sur le terrain.

1.1 UNE PROCEDURE AU CADRE JURIDIQUE ANCIEN ET TROP SOMMAIRE.

Le cadre juridique de traitement de l'ivresse publique et manifeste (IPM) est constitué des textes d'incrimination et de répression, repris du code des débits de boisson et des mesures contre l'alcoolisme, incorporés par la loi du 15 juin 2000 au code de la santé publique, sous les articles L 3341-1, et R 3353-1. Il s'est enrichi de deux circulaires du ministère de la santé des 16 juillet 1973 et 9 octobre 1975.

Ce corpus a été complété, au fil du temps, par des notes élaborées par les différentes administrations en réponse à des difficultés ponctuelles qui leur étaient soumises ainsi que par une jurisprudence du Conseil d'Etat qui est venue régler la question de l'imputation des frais médicaux.

1.1.1. Un texte légal d'incrimination, qui date de 1873, organise la répression pénale et la rétention administrative

C'est par une loi du 23 janvier 1873, dite loi Roussel, que l'IPM va, pour la première fois, être réprimée pénalement. Elle était auparavant sanctionnée sur le fondement de mesures réglementaires prises à l'initiative des autorités locales. Elle est aujourd'hui une contravention de 2^{ème} classe.

Les dispositions législatives concernant l'ivresse publique ont été incorporées au code des débits de boisson et des mesures contre l'alcoolisme par le décret du 8 février 1955, modifié par le décret du 30 août 1957. Elles ont ensuite été réaménagées, à plusieurs reprises, par voie de lois, d'ordonnances et de décrets⁶.

Pour l'application de l'article L74 du code des débits de boisson⁷, il avait été créé, par arrêté du 9 janvier 1960, un casier judiciaire spécial des contraventions d'alcoolisme (dit casier d'ivresse) qui enregistrait les contraventions dont la récidive était punissable par une aggravation spéciale⁸. Avec l'abrogation de la récidive contraventionnelle des quatre premières classes, ce fichier, devenu sans intérêt, a été supprimé par arrêté du 23 février 1994⁹. Les contraventions des quatre premières classes figurent aujourd'hui au casier judiciaire uniquement lorsqu'est prise, à titre principal ou complémentaire, une mesure d'interdiction, de déchéance ou d'incapacité (art.768 CPP).

L'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 et le décret en Conseil d'Etat du 21 mai 2003 ont incorporé les dispositions du code des débits de boissons au code de la santé publique. Désormais,

⁶ Ordonnance du 29 novembre 1960, lois du 5 juillet 1974 et du 10 janvier 1991, décrets du 29 novembre 1960, du 1^{er} octobre 1966, du 1^{er} octobre 1971, du 29 mars 1993, du 10 août 1994.

⁷ Article L 74 du code des débits de boisson : « Un arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, détermine les modes de preuve de la récidive des contraventions prévues au titre IV du présent code (relatif à la « répression de l'ivresse publique et protection des mineurs contre l'alcoolisme »)

⁸ Articles L69, L70, L71 et R5, R 7 du code des débits de boisson, relatifs aux conditions de la récidive.

L'ancien article 5 du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme disposait : « Toutefois, par dérogation au principe du non cumul des peines en cas de concours d'infractions (art 132-3 et 132-4 du CP), l'article 132-7 du code pénal prévoit que les peines d'amende pour contraventions en concours réel, se cumulent entre elles et avec celles encourues ou prononcées pour des crimes et délits en concours. Ainsi l'ivresse publique et le tapage nocturne donneront lieu à deux sanctions distinctes. Les peines complémentaires prononcées pour contravention échappent à la règle du cumul.

⁹ JO du 26 février 1994.

l'incrimination des faits d'IPM figure dans la partie législative du code de la santé publique sous l'article L 3341-1 et la répression, dans la partie réglementaire sous l'article R 3353-1 du même code.

Art. L 3341-1 : Une personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, est, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison.

Art. R 3353-1 : Le fait de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les lieux mentionnés à l'article L. 3341-1 est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 2^{ème} classe.

Aux termes de ces dispositions, l'ivresse n'est donc punissable qu'à la double condition qu'elle soit manifeste et constatée dans un lieu public (rue, chemin, place, café, cabaret...).

Par lieux publics il faut entendre ceux qui sont destinés au passage mais encore ceux où chacun peut entrer librement, gratuitement ou non, tels les églises, écoles, bals et concerts publics, théâtres, bureaux des administrations publiques, casernes etc....¹⁰

La Cour de cassation est venue préciser les contours de la notion d'ivresse manifeste. Elle a considéré, notamment, qu'il s'agit d'un « fait matériel qui se produit à tous les yeux et peut être constaté par tout le monde, à l'aide du témoignage des sens », sans qu'il soit nécessaire que le procès verbal qui l'atteste relate, à l'appui, des faits particuliers¹¹. Que, par ailleurs, il importe peu que la personne concernée circule sur la voie publique à pied ou au volant d'un véhicule pour que la loi pénale s'applique¹². Qu'enfin l'ivresse publique et manifeste doit être expressément constatée pour que soit justifiée la retenue du contrevenant.¹³

Par ailleurs, la contravention d'IPM ne sanctionne pas le dépassement d'un seuil d'alcoolémie précisément déterminé¹⁴, mais un état d'ivresse, qui, manifeste et publique, représente par cela même, potentiellement, un risque pour autrui et pour la personne elle-même et crée un trouble à l'ordre public. Ainsi, en l'absence d'une définition médico-légale de l'ivresse, l'interpellation d'un individu présumé en état d'ivresse, repose-t-elle sur la seule évaluation subjective que les forces de l'ordre font d'un certain nombre de signes extérieurs qui sont le plus souvent associés à cet état : haleine sentant fortement l'alcool, logorrhée, troubles de l'humeur et de la parole, injection conjonctivale, perte d'équilibre...¹⁵, à partir du témoignage de leurs sens, c'est à dire sur l'apparence, sans que cette évaluation ne soit, à aucun moment, objectivée par une mesure de l'imprégnation alcoolique.

Outre le fait qu'elle puisse présenter une part d'arbitraire¹⁶, cette opération est plus risquée qu'il n'y paraît, dans la mesure où les symptômes de l'ivresse peuvent varier d'un individu à l'autre et

¹⁰ Cf. répertoire pénal Dalloz avril 1998.

¹¹ Cass. crim. 12 mars 1875 et 24 avril 1990 bull.crim.1990 n°152.

¹² Cass. crim. 28 juin.1995 : juris-data n°1998-002598; bull.crim.1998, n°229 ;

¹³ Cass. crim. 11 janvier 2001 : juris-data n°2001-008733 ; bull. crim.2001, n°7. En effet, l'article L3341-1 du CSP ne trouve pas à s'appliquer à une personne qui se trouve seulement sous l'emprise d'un état alcoolique.

¹⁴ Comme en matière de conduite en état alcoolique, domaine dans lequel la loi prévoit un taux contraventionnel de 0,25 milligramme/L d'air expiré (mesuré par l'éthylomètre) ou 0,50 gramme/L de sang (mesuré par prélèvement sanguin) et un taux délictuel de 0,40 milligramme /L d'air expiré ou 0,80 gramme/L de sang (art L234-1 et R 234-1 du Code de la route)

¹⁵ Certains procès-verbaux de la gendarmerie comportent des mentions pré-imprimées relatives aux principaux signes d'ivresse, ce qui permet de guider l'évaluation des militaires de la gendarmerie. Voir annexe 6.

¹⁶ L'affaire Toufik el Amri, survenue à Nantes dans la nuit du 22 au 23. 11.2006, donne la mesure des difficultés liées à cette évaluation. Les 3 policiers mis en cause pour faux témoignage et délaissement de personne hors d'état de se protéger, affirment que l'individu qu'ils ont contrôlé le 22 novembre à Nantes, n'était pas ivre ; les compagnons de boisson de M. el Amri affirment au contraire qu'il était ivre. Les analyses toxicologiques effectuées sur le corps de l'intéressé, repêché quelques jours plus tard dans la Loire, ont mis à jour un taux d'alcool dans le sang de 3,74 grammes.

où certaines des manifestations extérieures qui vont lui être attribuées peuvent résulter de pathologies autres que l'intoxication alcoolique¹⁷ ou encore d'une thérapeutique médicamenteuse.

C'est précisément la question des conditions dans lesquelles est caractérisé l'état d'ivresse qui est au cœur de la requête Castelot/ France que la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH) vient de déclarer recevable¹⁸ ; cause dans laquelle un particulier se plaint à la fois de ce que sa mise en cellule de dégrisement ait été arbitraire car il n'était pas sous l'emprise de l'alcool lorsqu'il fut appréhendé par les policiers et de ce que « la loi » en vigueur au moment des faits ne présentait pas un degré de précision et de prévisibilité satisfaisant, tant en ce qui concerne les conditions de l'arrestation que celles de la rétention. Les fonctionnaires de police, soutiennent, pour leur part, que l'individu présentait, lors de son interpellation, les signes caractéristiques de l'ivresse manifeste : haleine sentant l'alcool, yeux brillants, équilibre instable, propos incohérents. L'affaire, qui est en cours de transaction, ne sera pas nécessairement jugée (annexe 4).

1.1.2. Deux circulaires du ministère de la Santé des années 1970 organisent les modalités d'un examen médical dans les services hospitaliers des urgences.

Les dispositions de la loi Roussel ont constitué durant plus d'un siècle le seul cadre juridique de traitement de l'ivresse publique et manifeste. Cette réglementation « *a minima* » a favorisé le développement de pratiques variées et généré des difficultés notamment en ce qui concerne la prise en charge médicale des personnes présumées en état d'ivresse, prise en charge que n'avait pas prévue le législateur.

Ces difficultés se sont trouvées résolues, au moins en leur principe, par un accord intervenu entre les ministres de l'Intérieur, de la Défense et de la Santé, relatif aux modalités d'admission des sujets présumés en état d'ivresse dans les services hospitaliers.

Cet accord a été formalisé par une première circulaire du ministère de la Santé du 16 juillet 1973 qui, après avoir rappelé la fragilité particulière de la personne en état d'ivresse :

- pose le principe de la délivrance par les autorités médicales d'un certificat de non admission à l'hôpital, avant tout placement en cellule de dégrisement ;
- recommande aux services hospitaliers d'admettre le sujet présumé en état d'ivresse: *« pendant une durée suffisante pour établir le bilan médical exact de son état, ainsi que la présence éventuelle d'une intoxication chronique qu'il conviendrait alors de traiter sans retard »* ;
- demande aux préfets et responsables médicaux régionaux et départementaux d'adresser aux directeurs d'hôpitaux des instructions précises *« pour qu'ils prennent toutes dispositions utiles en vue de l'accueil de ces malades, tant en ce qui concerne les locaux appropriés à leur état que les vérifications et les soins qui s'imposent d'urgence, ainsi que pour l'établissement de bilans plus détaillés visant à dépister une intoxication chronique éventuelle »* ;
- rappelle enfin *« qu'il est indispensable de prévoir qu'à sa sortie de l'hôpital, l'éthylique sera adressé selon les cas soit à un médecin traitant, soit à un service hospitalier de désintoxication, soit enfin au dispensaire d'hygiène mentale de son secteur »*.

¹⁷ Il peut s'agir notamment d'ivresse cannabique, de pathologies neurologiques ou encore d'un hématome sous-dural dont les signes cliniques s'apparentent à ceux de l'intoxication éthylique aiguë. Voir à ce sujet la thèse soutenue à la faculté de médecine d'Amiens, le 15 décembre 2006, par M. Romain Irdel, sous la présidence du professeur Olivier Jardé, relative aux « aspects médico-légaux de la prise en charge de l'ivresse publique et manifeste : à propos de 108 cas rencontrés aux urgences du centre hospitalier (CH) de St Quentin sur une période de 100 jours (publié par la faculté de médecine d'Amiens).

¹⁸ Affaire Castelot contre France, requête 12332/03, 2003, décision de recevabilité du 21 juin 2007 (annexe 4).

Ces directives ont été précisées et complétées par une seconde circulaire du 9 octobre 1975 qui :

- autorise la prise en charge des frais d'examen au titre de l'aide médicale lorsque le patient n'est pas assuré social ou est dépourvu de ressources ;
- insiste sur la nécessité d'organiser dans les centres hospitaliers des services d'urgence aptes à remplir leurs obligations ;
- recommande « pour dégager la responsabilité des fonctionnaires des commissariats de police et des militaires des brigades de Gendarmerie qui ont conduit dans les hôpitaux, les sujets présumés en état d'ivresse » qu'un certificat médical soit délivré aux fonctionnaires par le médecin de garde (ou l'interne ou l'étudiant hospitalier de garde) et que l'« examen médical ait lieu dès leur présentation pour déceler éventuellement certaines affections qui se manifestent par des signes cliniques analogues à ceux de l'ivresse, ou certains traumatismes non apparents susceptibles de mettre en danger la vie des individus et pour qu'une décision d'admission ou de non admission soit prise à leur égard, aussi rapidement que possible »;
- rappelle l'obligation qui pèse sur les autorités hospitalières de signaler aux préfets, aux médecins inspecteurs de la Santé et DDASS, les malades alcooliques qui refusent les soins dispensés¹⁹ ou encore les sujets en état d'ivresse recueillis sur la voie publique qui sont récidivistes, même lorsque les forces de l'ordre jugent inutile de les conduire à l'hôpital, afin que soit mise en œuvre la loi du 15 avril 1954 relative aux alcooliques dangereux.

Le ministère de la Santé proposait en annexe de la circulaire un modèle-type de certificat médical. Ce certificat dit "bulletin de non hospitalisation" (BNH) ou bulletin de "non admission" (BNA) (annexe 5), joue un rôle essentiel dans la procédure (voir 1.2.2.3).

On notera que les dispositions de ces circulaires comportent des aspects réglementaires et à ce titre seraient susceptibles d'être annulées pour excès de pouvoir²⁰. Elles n'en ont pas moins structuré jusqu'à aujourd'hui la procédure de l'IPM en l'articulant étroitement avec l'hôpital.

1.1.3. La jurisprudence et diverses notes des ministères concernés organisent la prise en charge des frais et précisent le cadre juridique d'intervention

1.1.3.1. Une jurisprudence du Conseil d'Etat du 25 octobre 2002 met les frais médicaux à la charge de l'Administration

La question de la prise en charge du coût de l'examen médical, partiellement envisagée par la circulaire de 1975, se trouve réglée, en théorie, par un arrêt du Conseil d'Etat du 25 octobre 2002, qui dispose : « Lorsque l'autorité administrative décide de requérir un médecin aux fins d'examiner l'intéressé, l'intervention du praticien se rattache à la mission de préservation de l'ordre public en vue de laquelle ces dispositions ont été prises. Par suite, le règlement des honoraires du médecin incombe à l'administration »²¹.

L'analyse du Conseil d'Etat vient, récemment, d'être confortée par le Tribunal des conflits qui considère que le placement en chambre de sûreté aux fins de dégrisement ne relève pas d'une opération de police judiciaire et que, par suite, cette mesure ressortit de la compétence des juridictions administratives²².

¹⁹ Par soins il faut entendre, dit la circulaire, « les soins dispensés dans le cadre d'un service d'urgence, mais également les cures de désintoxication et mesures médico-sociales de soutien et de réadaptation qu'implique le traitement d'un alcoolique chronique ».

²⁰ Selon la jurisprudence du Conseil d'Etat « Institution Notre Dame du Kreisker » 29 janvier 1954.

²¹ Conseil d'Etat n°233551, lecture du 25 octobre 2002 publié au Recueil Lebon.

²² Tribunal des conflits 18 juin 2007 n°C3620, publié au Recueil Lebon 2007. Un individu trouvé en état d'ivresse avait été conduit en cellule de dégrisement où quelques heures plus tard il avait mis fin à ses jours par strangulation. Le tribunal administratif de

L'arrêt du Conseil d'Etat a eu pour conséquence d'annuler la réponse du ministre de la justice, du 30 mars 1998, relative à la gestion des frais de justice, qui avait mis à la charge de l'individu interpellé les frais d'examen médicaux²³. Il est venu également invalider la circulaire de 1975, en ses dispositions prévoyant, dans certaines situations, un financement au titre de l'aide médicale²⁴.

1.1.3.2. Diverses notes des ministères de l'Intérieur, de la Défense et de la Justice précisent la marche à suivre par les services

Depuis les circulaires de 1973 et 1975, aucun autre texte de portée interministérielle n'est intervenu pour actualiser, dans l'ensemble de ses aspects, le dispositif mis en place voilà plus de trente ans. Les ministères de l'Intérieur, de la Défense et de la Justice se sont, toutefois, attachés, à travers diverses notes, dont les plus importantes sont évoquées ci-dessous, à répondre aux difficultés ponctuelles qui leur étaient soumises.

Pour le ministère de l'Intérieur :

Dans une note du 25 mars 2004, le directeur de l'administration de la police nationale (DAPN), rappelle au directeur central de la Sécurité publique (DCSP) :

- que la charge de l'examen médical pratiqué en vue de la délivrance du certificat de non hospitalisation incombe aux services de police « *sauf à prendre une disposition législative prévoyant la prise en charge des frais en cause par le contrevenant* » ;
- que la visite médicale obligatoire doit être considérée « *comme une visite médicale d'aptitude à la rétention* » ;
- que l'examen pratiqué par un médecin du privé ou par l'hôpital est facturé 30 euros et peut éventuellement être majoré au tarif de nuit soit 50 euros ;
- que la visite comprend, notamment à l'hôpital, la prescription d'un bilan d'alcoolisation comprenant : « alcoolémie, SGOT, SGPT, gamma GT, TP, glycémie » qui seul peut être mis à la charge des services de police en sus de la consultation médicale obligatoire.

Il y est également évoqué un projet de convention entre le médecin-chef de la police nationale et la direction des hôpitaux relatif à la nature des actes à prendre en charge ainsi qu'à leur coût. Le DCSP est enfin invité à inscrire au budget une mesure provisionnelle de un million d'euros et à effectuer le bilan des crédits consommés, à ce titre, en fin d'année 2004.

Plus récemment, à la suite de deux affaires médiatisées dans lesquelles la pratique des policiers dans les procédures d'ivresse publique et manifeste a fait l'objet de vives critiques, le directeur de la police urbaine de proximité (DPUP) de la préfecture de police pose, dans une note du 21 décembre 2006, les grands principes qui régissent le traitement de l'ivresse publique et manifeste :

- obligation générale de protection et d'assistance qui s'impose à tout policier tant à l'égard des victimes que des auteurs d'infractions ;
- obligation de mentionner au procès verbal de constat les éléments constitutifs de l'infraction d'IPM (l'ivresse doit être manifeste et publique) ;
- obligation de conduire le sujet présumé en état d'ivresse devant un médecin afin que celui-ci délivre un certificat médical de non-admission à l'hôpital ;
- obligation de démunir la personne interpellée de tout objet pouvant nuire à sa sécurité et de porter sur le registre d'écrou la liste des objets en dépôt ;

Nantes s'était déclaré incompétent pour connaître des fautes imputées, celles-ci étant survenues lors d'une opération de police judiciaire. La mère de l'intéressé avait alors introduit devant le TGI de Laval, une action tendant à la condamnation de l'Etat en réparation du préjudice subi. La haute juridiction a tranché le conflit de compétence en considérant « *que la mesure en cause, dont l'objet était relatif tant à la protection de la personne concernée qu'à la prévention de l'ordre public, ne relevait pas d'une opération de police judiciaire, au sens de l'article 14 du CPP ; que par suite, les litiges relatifs aux dommages pouvant survenir à l'occasion de son exécution ressortissent à la compétence des juridictions de l'ordre administratif* ».

²³ Réponse à la question Q37 figurant au tableau annexé à la note SJ 98-049-B3.

²⁴ Art.2 du décret n°61-495 du 15 mai 1961.

- obligation d'exercer une surveillance constante du sujet placé en cellule de sûreté sous forme d'un contrôle visuel exercé toutes les 15 minutes ;
- obligation de solliciter les secours au moindre signe d'alerte (agitation, délire éthylique etc.) ;
- obligation de rendre compte (art. 111-6 et 113-1 du code de déontologie) sous forme de comptes-rendus radio adressés au service local des transmissions (SLT) et de mentions portées sur la main courante informatisée.

Dans une note plus récente du 24 avril 2007, il précise aux responsables que le certificat médical de non hospitalisation n'est exigé que dans les procédures fondées sur le critère d'ivresse soit : l'ivresse publique et manifeste et la conduite en état d'ivresse et ne concerne donc pas la conduite sous l'empire d'un état alcoolique ou les infractions graves commises sous l'emprise de l'alcool²⁵.

Pour le ministère de la Défense

Dans le cadre de directives adressées aux officiers de police judiciaire (OPJ), le 23 janvier 1992, relatives à l'examen médical des personnes gardées à vue, le directeur général de la gendarmerie nationale insiste sur l'importance de la surveillance de l'état physique et psychique des personnes appréhendées en état d'ivresse manifeste afin de provoquer, en tant que de besoin, l'intervention d'un médecin.

Le 20 octobre 2004 les unités de la gendarmerie départementale sont, par ailleurs, informées des conséquences qui s'attachent à l'arrêt du Conseil d'Etat du 25 octobre 2002 et des modalités selon lesquelles doit s'effectuer l'imputation des frais d'examen médical sur le budget de fonctionnement des régions de gendarmerie.

Pour le ministère de la Justice

Dans une note du 3 septembre 2003, le garde des Sceaux, ministre de la Justice, rappelle à son homologue de l'Intérieur la règle nouvelle posée par le Conseil d'Etat, en ces termes: « *la prise en charge des frais engagés (examen médical) relève du budget de votre département ministériel* » puisqu'en « *aucun cas ces frais ne peuvent être considérés comme constituant des frais de justice, car ne se rattachant pas à une procédure judiciaire* ». Il n'a été trouvé aucune autre note ni aucune circulaire de la Chancellerie relatives à la procédure d'ivresse publique et manifeste.

1.1.4. En conséquence, la prise en charge de l'IPM par les autorités habilitées à la mettre en œuvre voit se succéder une phase administrative et une phase judiciaire

La procédure de prise en charge de l'ivresse publique et manifeste telle qu'elle résulte de la réglementation exposée ci-dessus se déroule, en deux phases, l'une administrative, l'autre judiciaire

1.1.4.1. La phase administrative : examen médical et placement en dégrisement

La première phase, de nature administrative, s'accomplit sous la responsabilité des forces de sécurité et vise à la protection de la personne et au maintien de la tranquillité publique. A cette fin, l'individu trouvé en état d'ivresse sur la voie publique doit être conduit, par les forces de sécurité intérieure, au service des urgences de l'hôpital le plus proche pour y être soumis, dès sa présentation, à un examen médical. A l'issue de la visite, un certificat de non admission à l'hôpital est délivré par le médecin de garde. La prise en charge doit s'effectuer dans des conditions matérielles appropriées, tant en ce qui concerne les locaux que les soins dispensés, et être d'une durée suffisante pour que soit décelée une éventuelle intoxication chronique. Dans cette hypothèse,

²⁵ Voir l'article L234-1 du code de la route.

des relais sanitaires doivent être mis en œuvre par l'intermédiaire des autorités préfectorales et des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Les frais afférents au transport sont, aux termes de la loi, supportés par le contrevenant, l'examen médical restant à la charge de l'Administration. A l'issue de la visite médicale, le contrevenant est placé en chambre de sûreté jusqu'à complet dégrisement. La durée de la rétention, qui varie selon le niveau d'imprégnation alcoolique, est laissée à l'appréciation des forces de l'ordre.

1.1.4.2. La phase administrative : le rôle des différentes forces de sécurité nationales et municipales

Aux termes des articles 14, 16 et 20 du code de procédure pénale (CPP), dès lors qu'il a la qualité d'officier de police judiciaire (OPJ) ou d'agent de police judiciaire (APJ), un policier ou un gendarme a compétence pour mettre en œuvre ce dispositif et constater par procès-verbal l'infraction d'ivresse publique et manifeste. Ce pouvoir appartient également au maire et à ses adjoints.

Le champ de compétence des policiers municipaux est plus étroit et moins clairement défini. Habilités, sur le fondement des articles L 2212-5 du code général des collectivités territoriales (CGCT) à constater les contraventions aux arrêtés de police du maire et en dresser procès-verbal, ils peuvent également en leur qualité d'agents de police judiciaire adjoints (article 21 du CPP) relever un certain nombre de contraventions au code de la route et de contraventions prévues par des lois spéciales²⁶. Toutefois, la contravention d'ivresse publique et manifeste ne comptant pas au nombre de celles-ci, ils ne peuvent la constater.

Le Conseil d'Etat a, néanmoins, jugé que lorsqu'elle est mise en œuvre pour un motif relevant de la police municipale (commodité de passage, tranquillité publique...) et non pour la seule répression de la contravention, la conduite au poste de police d'une personne en état d'ivresse s'effectue, sur le fondement de l'article L 2212-2 du CGCT, sous l'autorité du maire et sous la responsabilité administrative de la commune où l'individu a été trouvé en état d'ivresse²⁷. Dans la continuité de cette jurisprudence, la Cour de cassation a estimé que la mise en œuvre de cette mesure « *s'analyse en une simple mesure de police ne justifiant pas d'instruction de la part de l'officier de police judiciaire territorialement compétent* »²⁸. Ces jurisprudences ont été confortées par le Tribunal des conflits dans son arrêt du 18 juin 2007²⁹.

Rien ne semble donc faire obstacle à ce que des agents de police municipale interpellent une personne trouvée sur la voie publique en état d'ivresse manifeste afin d'assurer sa propre protection et celle de l'ordre public. C'est toutefois aux services relevant de la police nationale ou de la gendarmerie nationale que celle-ci doit être conduite pour y être retenue « *jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison* » et pour qu'un procès verbal d'infraction puisse être dressé par un agent dûment habilité.

En dehors de l'exercice de la police municipale, l'extrême urgence peut encore justifier une intervention coercitive des policiers municipaux. L'obligation qu'a tout citoyen de porter assistance à une personne en danger³⁰ doit, notamment, les inciter à solliciter l'intervention d'un médecin, voire à conduire la personne « en péril » auprès de ce dernier³¹.

²⁶ Les infractions que les agents de police municipale ont le pouvoir de constater, en leur qualité d'APJ-adjoints sont limitativement énumérées par les textes. Il s'agit essentiellement d'infractions de nature contraventionnelle (contraventions à un arrêté du préfet ou du maire, infractions relatives à la circulation, atteinte volontaire à la vie d'un animal, voies de fait et menace contre les personnes commises dans les parties communes d'immeubles, infractions relatives aux règles d'urbanisme, et à l'environnement, à la protection de la faune et de la flore, à la police des tabacs, alcool, certaines infractions au code de la santé publique, etc....

²⁷ Conseil d'Etat, 25 octobre 1968, dame veuve Bille.

²⁸ Cass.crim. 19 novembre 2002 bull ; crim n°6758.

²⁹ Voir note 22.

³⁰ Art.223-6 du code pénal (CP).

³¹ Réponse à la question parlementaire n°117757 publiée au JO du 8.5. 2007, p. 4319.

1.1.4.3. La phase judiciaire : organisation des poursuites et jugement

Vient dans un second temps la phase des poursuites et du jugement. Elle s'ouvre par les réquisitions de l'officier du ministère public et aboutit au prononcé, par le juge de proximité, d'une amende de 2^{ème} classe dont le montant ne peut être supérieur à 150 euros.

1.1.5. Le dispositif particulier de l'IPM s'inscrit dans un ensemble répressif plus vaste et récemment complété

Le dispositif de prise en charge de l'ivresse publique et manifeste est à replacer dans un ensemble répressif plus vaste, aux objectifs variés.

Ainsi, le législateur responsabilise les professionnels en punissant d'une amende de 4^{ème} classe « le fait pour les débitants de boissons de donner à boire à des gens manifestement ivres ou de les recevoir dans leurs établissements »³².

Il assure la protection des mineurs en sanctionnant de l'amende prévue pour les contraventions de 4^{ème} classe divers faits d'offre de boissons alcoolisées à des mineurs ou leur présence non accompagnée de personnes majeures dans les débits de boissons³³.

Il préserve également la sécurité des personnes sur leurs lieux de travail en y interdisant certains alcools³⁴.

Par ailleurs, depuis 1972, la conduite de véhicules automobiles en état d'imprégnation alcoolique fait l'objet d'une répression de plus en plus sévère allant aujourd'hui de la simple infraction contraventionnelle relevée à partir de 0,50 gramme d'alcool par litre de sang au délit, lorsque le taux est supérieur ou égal à 0,80g³⁵.

Devant la montée des phénomènes de hooliganisme, à partir des années 1990, et afin de prévenir la violence dans les stades, le législateur a prévu de punir de peines d'emprisonnement et de lourdes amendes l'introduction d'alcool dans une enceinte sportive, voire le simple fait d'y accéder en état d'ivresse.³⁶

Plus généralement, l'état d'ivresse qui a pu être considéré jusqu'en 1954 comme une circonstance atténuante de certaines infractions est devenu une circonstance aggravante. En effet, depuis la loi

³²Cette infraction, prévue aux articles R 3353-2 CSP est difficile à caractériser et donne lieu à une jurisprudence abondante. Voir notamment les arrêts non publiés : Cass.civ. 20.6.2002, n°698 ; Cass.crim. 8.6.2005, n°3378, Cass.crim.24.4.2007, n°2332.

³³ Sont ainsi réprimés : « le fait pour un débitant de boisson de vendre ou d'offrir à titre gratuit à des mineurs âgés de seize ou dix sept ans, des boissons du troisième, quatrième ou du cinquième groupe » (R 3353-7 CSP)³³ ou encore « le fait pour un débitant de boissons de recevoir dans son établissement des mineurs de moins de seize ans non accompagnés de leur père, mère, tuteur ou toute personne de plus de dix huit ans en ayant la charge ou la surveillance » (R3353-8 CSP) et en classant au nombre des délits punis d'une amende de 3750€, « la vente... ou l'offre à titre gratuit à des mineurs de moins de seize ans des boissons alcooliques à consommer sur place ou à emporter (L3353-3 CSP), ou encore le fait de faire boire un mineur jusqu'à l'ivresse (L3353-4 CSP).

³⁴ Article L232-2 et 263-2 du code du travail.

³⁵ Code de la route: articles L234-1 pour les délits et R234-1 pour les contraventions.

³⁶ Sont ainsi sanctionnés: d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 7500€ « le fait d'introduire ou de tenter d'introduire par force ou par fraude dans une enceinte sportive, lors du déroulement ou de la retransmission en public d'une manifestation sportive, des boissons alcooliques» (article L332-3 du code du sport) ; d'une amende de 7500€ « le fait d'accéder en état d'ivresse à une enceinte sportive lors du déroulement ou de la retransmission en public d'une manifestation sportive » (L332-4 du code du sport); ou encore d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 15000€ « le fait d'avoir, en état d'ivresse, pénétré ou tenté de pénétrer par force ou par fraude dans une enceinte sportive lors du déroulement ou de la retransmission en public d'une manifestation sportive (art L332-5 du code du sport).

du 5 mars 2007³⁷, l'ivresse manifeste, qui constituait, jusqu'alors, une circonstance aggravante uniquement en matière d'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne commise par un conducteur³⁸, devient également une circonstance aggravante en matière de coups et blessures volontaires, d'agressions sexuelles et de viol.

Le sens de l'évolution législative des trente dernières années est donc clair : c'est celui d'un renforcement constant de la dissuasion et de la répression de l'état d'imprégnation alcoolique. On notera que, simple contravention de deuxième classe, l'IPM fait figure d'exception, les autres contraventions liées au mésusage de l'alcool atteignant ou dépassant la quatrième classe.

Outre le dispositif répressif mis en place par le législateur, les maires peuvent être conduits, dans le cadre de leur mission générale de protection de l'ordre et de la tranquillité publics, à prendre des arrêtés pour réglementer, par exemple, la vente à emporter de boissons alcooliques ou encore en interdire la consommation dans certains secteurs de la voie publique³⁹. La jurisprudence administrative rappelle, toutefois, que ces mesures doivent être limitées dans le temps et dans l'espace afin de ne pas porter une atteinte excessive aux libertés individuelles et ne concerner que les atteintes graves à l'ordre public. La sanction des manquements aux obligations édictées par ces arrêtés intervient dans le cadre des pouvoirs de police judiciaire du maire et des agents de la police municipale.

Manifestant la préoccupation croissante des autorités vis-à-vis des nouvelles formes de consommation d'alcool, le ministère de l'Intérieur recommande aux préfets un usage plus systématique des pouvoirs de police en matière d'ivresse publique: « *Vous examinerez avec les maires, l'opportunité de la publication d'arrêtés municipaux visant à interdire la consommation d'alcool sur la voie publique et à favoriser la répression de l'ivresse publique et manifeste génératrice d'atteintes aux personnes* »⁴⁰.

1.2. UNE PROCEDURE MISE EN ŒUVRE SUR LE TERRAIN DE FAÇON HETEROGENE ET SOURCE DE DIFFICULTES

Le flou juridique relatif dans lequel évolue, depuis l'origine, le dispositif de prise en charge des personnes présumées en état d'ivresse et les difficultés que rencontrent les acteurs de terrain pour l'appliquer, ont favorisé le développement de pratiques variées, souvent éloignées des prescriptions légales et réglementaires. Lors de ses déplacements sur sites, la mission a pu constater que celles-ci étaient le plus souvent commandées par le contexte local et que leur hétérogénéité était présente tout au long de la chaîne de traitement. Toutefois, c'est moins la diversité des pratiques qui pose question que, dans de nombreux cas, le caractère minimaliste et inégalitaire de celles-ci, notamment, en matière de protection de la personne ou de respect de ses droits et devoirs.

1.2.1. Un examen médical qui n'est pas systématique

Sans que la pratique ne soit toutefois constante (commissariat de Drancy), les individus interpellés en état d'ivresse, en zone urbaine, sont habituellement conduits par les policiers devant un médecin, avant d'être placés en cellule de sûreté. En secteur rural, les gendarmes ont beaucoup plus de difficultés à satisfaire à cette formalité, les établissements hospitaliers y étant peu nombreux et

³⁷ Article 54 de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007, Prévention de la délinquance, articles 222-12, 222-13, 222-24, 222-28, 222-30, 227-26, du code pénal.

³⁸ Loi n°2003-495 du 12 juin 2003, Lutte contre la violence routière ; article L232 -1 du code de la route et 221-6-1 du code pénal.

³⁹ Art L2122-28 du CGCT.

⁴⁰ Circulaire NOR/INT/C/06/00085 du 2 octobre 2006.

souvent éloignés des brigades. Aussi sont-ils réticents à mobiliser, à cette fin, notamment la nuit, parfois durant plusieurs heures, une patrouille de deux, voire trois militaires et un véhicule de service. Ainsi, il a été constaté que dans les circonscriptions de sécurité publique de Lyon, Lille, Creil, Evreux ou encore Bobigny, les contrevenants étaient systématiquement conduits aux urgences du centre hospitalier le plus proche pour y subir un examen médical, alors que dans les unités de Crépy en Valois, de Pont-Sainte-Maxence (Tribunal d'Instance –TI- de Senlis) ou encore de Verneuil sur Avre (TI d'Evreux), ils étaient immédiatement conduits à la brigade et placés en chambre de dégrisement.

1.2.2. Des modalités d'intervention des médecins très variées

1.2.2.1. Les autorités médicales requises

Les prescriptions des circulaires de 1973 et 1975 sont globalement suivies dans les villes qui disposent d'une infrastructure hospitalière suffisante (Paris, Melun, Créteil, Lille, Lyon, Marseille) et qui offrent la possibilité de solliciter l'établissement le plus disponible⁴¹. Dans les régions plus rurales, l'éloignement de l'hôpital et le temps d'attente que génère la charge des services d'urgence conduisent les forces de sécurité soit à renoncer à l'examen, nous l'avons vu, soit à solliciter toutes autres autorités médicales susceptibles de leur délivrer le bulletin de non hospitalisation : SOS médecins, le secours d'aide médicale d'urgence (SAMU) (Direction départementale de la sécurité publique - DDSP du Val d'Oise - et circonscription de Juvisy), le médecin en charge des gardes à vue (GAV), un médecin libéral (Circonscription d'Agde), voire même un médecin des unités médico-judiciaires (UMJ, voir note 74) bien qu'il ne s'agisse pas d'une activité de médecine légale (Circonscriptions de Toulouse et de Marseille). Quand le sujet en état d'ivresse leur semble dans un état critique, les forces de sécurité peuvent, également, faire appel aux pompiers (Circonscriptions du Val d'Oise, de Juvisy, de Bobigny) qui se chargeront, alors, du transfert à l'hôpital.

Dans certaines villes ces difficultés ont été, en partie, surmontées grâce à la signature de protocole ou de convention, organisant les conditions de la prise en charge médicale des personnes interpellées en état d'ivresse. En sont autant d'exemples :

- la convention de partenariat conclue le 18 juillet 2005 entre la DDSP du Rhône et SOS médecins, qui dans le but de désengorger les urgences des hôpitaux Edouard Herriot et Saint Joseph prévoit l'intervention de SOS médecins aux commissariats des 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements, dans un délai de 45mn ainsi qu'une participation financière de la ville au paiement des vacances des médecins requis, sur une base de 60 euros en semaine et de 82 euros le week-end et les jours fériés ;
- l'accord que la DDSP et la ville de Chambéry ont passé en 2006 qui permet l'intervention de SOS médecins à l'hôtel de police, dans les meilleurs délais ainsi que le financement par les soins de la commune des honoraires, sur la base de 35€le jour et de 77€la nuit et les jours non ouvrables ;
- la convention en cours entre le commissariat de police de Lille et les hôpitaux de St Vincent et St Philibert qui organise les circuits de prise en charge des IPM et met à disposition un local ; la contrepartie étant la facilitation des dépôts de plainte par les personnels médicaux lorsqu'ils sont victimes d'agression ;
- la convention conclue entre la DDSP de Toulouse, le parquet et l'Assistance publique qui prévoit l'intervention des UMJ ;

⁴¹ En effet, l'IPM étant une urgence médicale, le principe de sectorisation ne s'applique pas.

- la convention signée le 17 janvier 2000 entre l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille et la DDSP, qui régule et oriente l'accueil des patients ivres et assure leur prise en charge en milieu hospitalier, dans les meilleurs délais.

Dans d'autres communes, le partenariat va plutôt porter sur les modalités de transfert du patient à l'hôpital. Ainsi, la convention signée le 16 mai 2007 par la commune d'Agde aux termes de laquelle, sous le commandement et la responsabilité de la police d'Etat, la police municipale s'engage à « renforcer les équipages de Police Nationale en vue d'effectuer les transports des personnes sous procédure d'ivresse publique et manifeste vers l'hôpital destiné à cet effet » et les autorise, à cette fin, à sortir du territoire communal ; ou encore celle en vigueur, depuis l'année 2000, entre la police d'Etat et la police municipale de Strasbourg.

1.2.2.2. La saisine du médecin

Les circulaires de 1973 et 1975 n'ont pas évoqué la forme que devait prendre la demande d'examen adressée au médecin. Aussi les pratiques sont-elles multiples.

Dans la plupart des cas, le médecin est saisi par la seule présentation du patient aux urgences (Hôpitaux de Creil, Paris, Bobigny, Dijon et Lille). Mais il arrive aussi, souvent à la demande expresse du médecin, que la réquisition judiciaire des articles 60 et 77-1 du CPP soit utilisée (Commissariat de Lyon 2 et de Givors, U.P.P de Vénissieux), parfois avec l'accord du parquet (Unité de Rillieux la Pape), bien qu'il ne s'agisse pas de constatations ou d'examens techniques et scientifiques effectués en matière de crimes ou de délits⁴². Les textes visés à l'acte ne sont pas toujours les mêmes, quand ils ne sont pas totalement absents, impropres ou ne sont plus en vigueur⁴³. Enfin, nous l'avons vu, une convention désignant l'autorité médicale à saisir et les conditions de son intervention peut servir de cadre à l'intervention du médecin (Commissariats de Lyon 2 et 3).

Quand la saisine est formalisée, la question posée au médecin n'a pas toujours le même contenu⁴⁴. Certaines différences sont purement formelles et ont trait à la formulation de la réponse à la question de la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la mesure de rétention ; d'autres

⁴² L'article 77-1 est la réplique, en matière d'enquête préliminaire, de l'article 60 du CPP qui concerne les examens techniques ou scientifiques effectués dans le cadre d'une procédure de flagrance.

⁴³ Ainsi les articles du code des débits de boisson continuent à être visés (commissariats 3^{ème} et 6^{ème} arrondissements de Lyon, commissariat d'Evreux) alors que ces textes ont été intégrés au code de la Santé publique par l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000. Certaines réquisitions visent les articles L 3354-1 et R 3354-5 du CSP prévoyant un examen médical en cas de crime, délit ou accident de la circulation.

⁴⁴ Ainsi, il peut être demandé au médecin :

- « d'indiquer si l'état de santé de M... nécessite ou non son admission dans un centre hospitalier » (Commissariat des 2^{ème} et 5^{ème} arrondissements de Lyon)
- « de faire connaître si l'état de santé de M...est compatible avec son placement en chambre de sûreté » (Commissariat de police de Givors);
- « de procéder à un examen médical et d'indiquer par écrit si l'état de santé de M.....nécessite ou non son admission dans un centre hospitalier (Commissariat du 3^{ème} et 6^{ème} de Lyon).
- « de procéder à un examen clinique » et « de faire état des signes éthyliques que vous pouvez constater et des éventuelles traces de violences... » (Unité de Rillieux la Pape)
- « de procéder à un examen médical », « de déterminer si un traitement médical doit être administré à la personne en y mentionnant les quantités, les horaires de prise et leur mode d'administration » et de mentionner si M... a « des blessures ou d'éventuelles ecchymoses » (Unité de Rillieux la Pape) ;

Parfois, la réquisition rappelle au professionnel qu'il doit prêter serment (Commissariat de police de Givors et unité de Rillieux la Pape), qu'il est tenu de déférer sous peine de poursuites, dans ce cas l'article L 4163-7 du CSP est visé (Commissariat du 5^{ème} arrondissement à Lyon et unité de Rillieux la Pape) ou encore qu'en cas d'acceptation il est soumis au secret professionnel (Unité de Rillieux la Pape).

concernent la nature des informations. Il peut être, notamment, demandé au médecin de confirmer l'imprégnation alcoolique, de faire état d'éventuelles blessures ou ecchymoses, voire de déterminer si un traitement médical doit être délivré.

1.2.2.3. Le contenu du certificat médical

Le certificat médical-type, validé par le Conseil de l'Ordre des médecins, qui a été annexé à la circulaire de 1975, est simple et ne comporte aucun renseignement d'ordre médical, le médecin se bornant à certifier que l'individu présumé par les forces de sécurité en état d'ivresse⁴⁵ :

- 1) soit a été admis en service hospitalier ;
- 2) soit n'a pas été admis et a été remis aussitôt aux dits fonctionnaires ;
- 3) soit a refusé l'hospitalisation.

Mais ce certificat-type proposé par le ministère de la Santé n'a pas été adopté par l'ensemble des professionnels. Des formulaires variés circulent, y compris au sein des hôpitaux publics⁴⁶. Il arrive même que soit utilisé le modèle établi pour l'examen de garde à vue (SOS Lyon-médecins) alors qu'il s'agit de deux procédures manifestement différentes.

Le contenu du certificat n'est guère plus homogène que celui de la demande adressée au médecin. Les mentions les plus couramment portées concernent principalement l'admission ou la non admission de la personne interpellée à l'hôpital⁴⁷. Mais peuvent aussi y figurer d'autres rubriques telles qu'« Observations », « Traitement donné » ou encore « Heure de la présentation au service ».

Certains médecins prennent l'initiative de compléter le formulaire en y apposant une mention concernant la nature de l'examen effectué (Centre hospitalier Laennec à Creil), l'état manifeste d'ébriété (SOS Lyon médecins), les lésions apparentes (Centre hospitalier de Seclin) ou encore les doléances de l'intéressé (Polyclinique de Rillieux la Pape). Parfois, les lésions et l'ITT constatées donnent lieu à l'établissement d'un second certificat médical, remis en mains propres à l'intéressé (Hôpital d'Evreux).

⁴⁵ La conférence de consensus de la société française de médecine d'urgence (SFMU) de 1992, actualisée en 2006, insiste sur le fait que le médecin « requis » reste tenu au secret médical.

⁴⁶ Parfois, le certificat délivré aux fonctionnaires est établi à l'en-tête de l'hôpital mais ne porte pas de titre (Hôpitaux de Roubaix, Saint Vincent à Lille, St Joseph-St Luc à Lyon, Laennec à Creil, et Jean Verdier à Bondy, clinique de la Sauvegarde à Lyon, André Grégoire à Montreuil). Dans d'autres cas, il est dénommé « certificat » (Polyclinique de Rillieux la Pape), « certificat médical », « certificat de non hospitalisation » (Centres hospitaliers de Seclin, de Lille et de Roubaix), « certificat de non admission » (Hôpitaux Lariboisière et Saint Joseph à Paris) ou encore « certificat de non admission et de non hospitalisation » (Hôpital de Givors). Dans les hôpitaux parisiens il prend le nom de « certificat de police » (Hôpitaux Bichat, Hôtel Dieu, Lariboisière et Tenon). Il arrive enfin qu'au sein d'un même hôpital le modèle utilisé diffère (Hôpital Jean Verdier à Bondy).

Tantôt y sont visés les articles du code de la Santé publique, tantôt les circulaires de 1973 et 1975, parfois les deux (Commissariat du 2^{ème} à Lyon) ; d'autres fois encore, le formulaire ne comporte aucune référence textuelle (SOS Lyon-médecins, hôpital St Vincent à Lille).

⁴⁷ Les mentions peuvent être les suivantes :

- « L'état de santé de...autorise (ou est compatible avec) sa mise en chambre de dégrisement » (Hôpital André Grégoire à Montreuil, clinique de la Sauvegarde à Lyon), « l'intéressé est non admis en service hospitalier et remis aussitôt aux fonctionnaires ou « est admis » ou encore « a refusé son hospitalisation » (Hôpitaux Bichat, Lariboisière, Hôtel-Dieu et Tenon à Paris, Jean Verdier à Bondy, hôpital d'Evreux)
- « L'examen clinique constate » et s'ensuit l'énoncé des doléances du patient et le constat de l'état d'ébriété (Polyclinique de Rillieux la Pape)
- « L'état de santé de M..., trouvé en état d'ivresse publique et manifeste, nécessite son admission dans un centre hospitalier » (Clinique de la Sauvegarde à Lyon).
- « L'intéressé est non admis en service hospitalier et confié aux officiers de la police » ou « est admis » ou encore « refuse l'examen et a été informé des risques encourus et confié aux officiers de police judiciaire » (Hôpital Saint Joseph à Paris)

1.2.2.4. La prise en charge des frais d'examen médical

Quoique cette question ait été en théorie réglée par l'arrêt du Conseil d'Etat du 25 octobre 2002, qui a décidé que le coût de la visite médicale devait être supporté par l'Administration, des pratiques non conformes persistent. Que la saisine émane des gendarmes ou des policiers, la prise en charge des frais ne répond à aucune règle précise et dépend du contexte local. En effet, l'acte peut être facturé au patient, à charge pour lui d'en obtenir remboursement auprès de son centre de sécurité sociale (Melun, Paris), ou bien est pris en charge au titre de la couverture maladie universelle (CMU), quand celui-ci n'est pas assuré social. Il arrive également qu'aux termes d'un accord tacite avec les forces de l'ordre, l'hôpital public ne facture pas la prestation et impute la dépense à son budget de fonctionnement au titre des créances irrécouvrables (Cergy- Pontoise, Marseille, Dijon). Plus rarement, les modalités de prise en charge des frais d'examen peuvent se trouver réglées par une convention ou un protocole qui peut prévoir la participation financière des services communaux (Lyon, Créteil, Chambéry). Enfin, la dépense peut être indûment imputée sur le budget des frais de justice quand est délivrée, parfois avec l'accord du procureur de la République une réquisition judiciaire (TI de Lyon et de Bernay).

1.2.3. Une certaine diversité des actes de procédures

L'examen d'une cinquantaine de procédures d'IPM démontre que le schéma d'intervention des forces de sécurité n'est pas clairement déterminé tant au regard des actes de procédure à effectuer que des pièces qui doivent figurer au dossier transmis au magistrat.

Dans la plupart des situations, la prise en charge de la personne en état d'ivresse sur la voie publique repose sur les seules constatations visuelles des forces de l'ordre. Pour autant il arrive que des brigades de gendarmerie, en général celles qui rencontrent des difficultés pour conduire le contrevenant devant un médecin avant sa mise en dégrisement, aient recours à l'éthylomètre, bien que cette formalité ne soit pas prévue dans les textes, ce qui leur permet d'obtenir une mesure précise de l'imprégnation alcoolique, afin d'asseoir techniquement les constats et de sécuriser, un minimum, leur intervention.⁴⁸

Les dispositions de l'article L 3341-1 du CSP, qui mettent à la charge du contrevenant les frais de transport au poste restent, en général, lettre morte. Toutefois, certaines DDSP, telle celle du Val d'Oise facturent, à ce titre, à l'intéressé un montant forfaitaire de huit euros, prélevé sur le pécule qu'il a laissé en dépôt.

La formalité consistant à entendre, après qu'elle soit dégrisée, la personne mise en cause, n'est pas toujours respectée. Ainsi, les contrevenants sont systématiquement entendus dans les circonscriptions des TI de Lille, Lyon, Senlis et Creil, alors qu'ils ne le sont pas toujours aux TI de Paris et de Bobigny.

En ce qui concerne les pièces dont sont constitués les dossiers, elles varient selon les juridictions, voire au sein d'un même tribunal, selon les commissariats ou brigades concernés, alors pourtant que grâce à sa bureautique brigade, la gendarmerie a élaboré un modèle type de procédure IPM (annexe 6).

Dans certaines procédures, un procès verbal unique, qui intègre l'audition de l'intéressé, synthétise les différents actes de procédure réalisés (Commissariats de Creil et de Roubaix, compagnie de

⁴⁸ Brigades territoriales de proximité de Pont-Sainte-Maxence, compagnie de Senlis et de Vaugneray, compagnie de l'Arbresle.

Senlis). Dans d'autres, les constats, l'audition et la synthèse donnent lieu à trois procès-verbaux distincts (Brigades territoriales autonomes de Vaugneray, compagnie de l'Arbresle et de Saint-Genis-Laval, compagnie de Givors). Le document relatant les conditions d'intervention de forces de l'ordre revêt des appellations diverses telles que : « *rapport* », « *rapport d'intervention* » (TI Paris, Bobigny), « *procès verbal* », « *procès verbal d'interpellation* » (TI de Paris), « *procès verbal de contravention* » ou encore « *procès verbal unique de synthèse* » (TI Senlis) et « *procès verbal d'investigation* ». Parfois, il n'est pas établi de procès verbal de constat et une « *copie du registre de main courante* », à laquelle est jointe une copie du timbre amende remis au contrevenant, en tient lieu (Paris, Bobigny).

Il n'est pas rare que les procès verbaux ne mentionnent ni l'heure de mise en dégrisement ni l'heure de levée de la mesure (TI Bobigny). Certains d'entre eux sont modélisés (Paris 18^{ème} arrondissement) et proposent parfois une grille à renseigner relative aux manifestations d'ivresse les plus couramment rencontrées (Brigades territoriales autonomes de Saint-Genis-Laval et de Givors).

Les procédures ne sont pas toutes complètes. Il arrive notamment que le certificat médical ne soit pas joint mais reste archivé au service (Commissariat de Creil).

Enfin, les textes de prévention que visent les procès verbaux ou les timbres amendes sont variables, parfois erronés ou abrogés.

1.2.4. Une réponse judiciaire qui manque d'homogénéité

Les déplacements sur site et la consultation d'un certain nombre de procédures ont permis à la mission de mettre en évidence une grande disparité de traitement des procédures d'IPM. Cette disparité tient principalement au fait qu'il n'y a pas de véritable politique pénale définie en la matière, que ce soit par la Chancellerie ou les parquets des juridictions⁴⁹.

Les forces de sécurité et les officiers du ministère public (OMP) accomplissent donc leur mission sans qu'aucune orientation ou directive spécifique ne leur soit donnée, notamment quant au mode de poursuite – ordonnance pénale (OP) ou citation directe- ou aux motifs de classement sans suite.

Si, dans les juridictions rencontrées, il semble que toute intervention des forces de sécurité pour des faits d'ivresse publique et manifeste sur la voie publique donne lieu à l'établissement d'un procès verbal d'infraction, transmis au parquet, il n'en va pas de même dans d'autres ressorts. Ainsi, en 2006, 1315 personnes ont été placées en dégrisement sur la circonscription de Marseille alors que seulement 274 procès verbaux d'infraction ont été transmis au parquet.

Il apparaît, par ailleurs, que si les poursuites judiciaires s'exercent la plupart du temps par la voie de l'ordonnance pénale, il peut être localement recouru à l'amende forfaitaire (TI de St-Brieuc) ou encore à une mesure alternative aux poursuites (TI de Lyon et de St-Quentin).

La citation à comparaître à l'audience reste partout marginale mais les motifs qui la justifient diffèrent selon les juridictions. Parfois, il y est recouru quand le mis en cause nie les faits (TI Melun et Créteil) ou lorsqu'il est récidiviste (TI de Pontoise). Ailleurs, l'OMP procède par voie de citation quand la domiciliation est incertaine (TI de Paris, de Dijon et Melun) ou que le contrevenant est mineur (TI de Lyon). La même diversité de motifs préside aux décisions de classement sans suite. Ainsi, les procédures dans lesquelles le contrevenant est sans domicile fixe (SDF) ou réside dans un foyer sont, aux TI de Lyon et de Créteil, classées sans suite, alors qu'aux TI de Senlis ou de Creil, elles donnent, au contraire, lieu à citation directe.

⁴⁹ Cette remarque vaut plus généralement pour la matière contraventionnelle. Toutefois, à l'occasion de ses contacts avec les juridictions, la mission a constaté que certains parquets, plus sensibilisés que d'autres à la problématique de l'ivresse, souvent pour des raisons locales, menaient une politique pénale spécifique en matière d'IPM (TI de ST Quentin, TI de Lille)

Les réquisitions du parquet en matière d'IPM n'ont guère d'homogénéité. Alors qu'au TI de Lyon l'officier du ministère public (OMP) requiert une amende de 35 euros à 60 euros, selon le comportement du contrevenant et la procédure choisie (OP ou audience), aux TI de Senlis et de Creil son montant est de 30 euros quelles que soient les circonstances de l'affaire. A Paris il est requis un montant proche du maximum légal (140 euros) alors que l'amende est invariablement 75 euros aux TI de Lille et de Bobigny. Il arrive même que les réquisitions soient supérieures au maximum légal (TI d'Evreux 250€). A la diversité des réquisitions fait écho la diversité de la sanction prononcée par le juge. Dans certaines juridictions l'OMP est toujours suivi en ses réquisitions alors que dans d'autres, le montant de l'amende prononcée peut être multiplié par deux (TI de Lyon) ou au contraire diminué sensiblement (TI d'Evreux).

1.2.5. Une procédure qui doit être clarifiée

L'homogénéité des pratiques administratives et judiciaires n'est certes pas un but en soi. Dans certains cas, la diversité est un signe d'adaptation.

Mais ici, les imprécisions du cadre juridique qui, notamment, laisse dans l'ombre la définition de base de l'infraction, et n'introduit que latéralement l'examen médical sont excessives. Les difficultés de mise en œuvre de la procédure peuvent en outre avoir pour conséquence son éviction : les drames récents concernant deux personnes ivres laissées sans prise en charge spécifique ont pourtant mis en lumière son utilité⁵⁰.

Elles peuvent également avoir des répercussions sur les droits des individus et comporter des risques contentieux. Ainsi, par exemple, le flou juridique qui entoure les modalités de saisine du médecin est-il source de questionnements juridiques :

- la responsabilité du médecin qui refuserait de déférer à la demande des fonctionnaires pourrait-elle être engagée sans acte de saisine régulier ? Par ailleurs, l'article L 4163-7 du CSP qui punit de 3750 euros d'amende « le fait pour un médecin de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique » trouverait-il à s'appliquer ?
- des soins peuvent-ils être imposés à une personne qui n'est pas en demande ni dans un état de consentir à ceux-ci de façon libre et éclairée⁵¹ ?
- la pratique consistant à remettre le certificat médical de non hospitalisation aux forces de l'ordre, l'intéressé présent, est-elle régulière au regard de l'obligation de secret médical ?
- quel est le mode de prise en charge des honoraires du médecin lorsque celui-ci est sollicité en dehors d'un acte régulier de réquisition ?

Les contentieux en cours, notamment devant la Cour européenne des Droits de l'Homme, mais aussi les incertitudes éprouvées par les acteurs de terrain pour appliquer cette procédure appellent un certain nombre de clarifications.

⁵⁰ Affaires de Nantes (Toufik el Amri, 22/23 novembre 2006, voir note 16), et de Corbeil-Essonnes (Guillaume Perrot, 7 décembre 2006).

⁵¹ Sous la réserve toutefois de l'application de l'article 36 du code de déontologie qui permet au médecin d'intervenir d'autorité lorsque le patient est hors d'état de manifester sa volonté, lorsqu'il y a urgence ou qu'il est impossible d'informer les proches.

1.3. UNE PROCEDURE MISE EN ŒUVRE AVEC DES MOYENS INADEQUATS

1.3.1. Une formation des personnels limitée

Les personnels au contact quotidien de l'ivresse publique et manifeste, c'est à dire les personnels en tenue de la police nationale (gradés et gardiens) et les sous-officiers de gendarmerie (gradés et gendarmes) pour l'essentiel, reçoivent une formation de base qui peut être jugée incomplète au regard de l'enjeu sanitaire que représente cette infraction.

Toutefois l'examen médical a pour fonction de distinguer les cas des personnes interpellées qui nécessitent une hospitalisation de celles qui n'ont pas besoin de surveillance médicale et peuvent donc être placées en cellule de dégrisement. Munis d'un bulletin de non hospitalisation, les personnels de sécurité ont la charge de la surveillance des personnes retenues dont l'état de santé peut, fort heureusement, très rarement, se dégrader rapidement.

Du côté des professionnels de santé, il existe une controverse sur le fait de savoir si l'examen de la personne amenée pour IPM doit être pratiqué par un senior (comme, semble-t-il, à l'Assistance publique de Paris) ou par un interne. Par ailleurs, on le verra, les recommandations des instances officielles sur le contenu de l'examen sont relativement peu suivies et l'essentiel des préconisations d'orientation et de suivi figurant dans la circulaire de 1973 est resté lettre morte.

La formation des personnels de la gendarmerie

Pour la gendarmerie nationale, l'ivresse publique manifeste est abordée en école de sous-officiers de gendarmerie à la fois sous l'angle de la répression mais aussi sous l'angle du secours à la personne.

S'agissant de la répression, l'ivresse publique manifeste figure dans le programme de formation des élèves sous-officiers de gendarmerie dans le module « Agent de police judiciaire ». Il est abordé au cours d'une séance à la fois théorique et pratique de mise en situation. Il s'agit d'un exercice de synthèse durant lequel, pendant deux heures et demie, les élèves travaillent sur le thème de l'IPM. Les élèves sous-officiers sont amenés à réagir sur une situation de fait, à maîtriser la personne, à la conduire à l'unité et enfin à rédiger la procédure en salle d'instruction de bureautique sur le document type de bureautique brigade « Icare V2 » dont disposent toutes les unités de terrain de la gendarmerie.

L'ivresse publique manifeste est également évoquée à titre subsidiaire à l'école des officiers de la gendarmerie nationale de Melun, lors des cours de police administrative et judiciaire et de bureautique. Enfin, l'IPM est également abordée au centre national de formation au commandement de l'école de gendarmerie de Rochefort, lors d'exercices de mise en situation.

S'agissant du secours à la personne, les élèves gendarmes suivent une formation aux premiers secours. Le nouveau dispositif de formation au secourisme n'a pas supprimé l'apprentissage des gestes à mettre en œuvre pour porter assistance à une personne sous l'emprise d'un état alcoolique consciente et victime d'un malaise ou inconsciente. Cette formation de base est donnée à partir du référentiel national des compétences de sécurité civile, édité par la direction de la défense et de la sécurité civile (DDSC) au travers de son mémento « Prévention et secours civiques de niveau 1 ».

Par ailleurs, le centre national de formation au commandement a mis en place pour sa part un module de deux heures pour sensibiliser les gradés à la nécessité opérationnelle de remettre à niveau leurs connaissances en matière de secourisme.

Au regard de la problématique IPM, le militaire de la gendarmerie dispose en permanence d'outils qui lui permettent, où qu'il se trouve, en opération sur le terrain ou dans les locaux de son unité, de se référer à la réglementation, de prendre les bonnes initiatives, de rédiger correctement la procédure et de l'adresser aux bons destinataires. Ces outils

sont le mémento du gendarme relatif à l'ensemble des infractions, le mémento de la police de la route, les fiches de documentation et enfin la bureautique brigade qui lui permet de rédiger de manière standardisée la procédure relative à cette infraction.

La même logique se retrouve dans la formation dispensée aux personnels de la police nationale.

1.3.2. Des locaux de dégrisement le plus souvent rustiques, parfois insalubres et dangereux

La mission a pu constater au cours de ces déplacements la rusticité des conditions de rétention des personnes en cours de dégrisement. Les études statistiques confirment largement cette impression.

En ce qui concerne la gendarmerie nationale, l'ensemble des unités territoriales de la gendarmerie départementale dispose *a minima* de deux chambres de sûreté, utilisées aussi bien pour les périodes de repos des personnes gardées à vue dans le cadre de l'exercice de la police judiciaire que pour les personnes en état de dégrisement dans le cadre de l'ivresse publique manifeste.

En ce qui concerne la police nationale il est possible de distinguer, selon un inventaire effectué en 2003, les locaux individuels de garde à vue (1277), les locaux collectifs de garde à vue (784) et les cellules de dégrisement (1179)

L'amélioration des conditions d'exécution de la garde à vue fait l'objet d'une attention particulière des autorités de tutelle mais également de la hiérarchie ou d'instances indépendantes comme la haute autorité de santé (HAS) ou le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).

C'est ainsi que dans le prolongement des dispositions de la circulaire du 11 mars 2003 du ministre de l'Intérieur adressée aux DGPN et DGGN, relative à la garantie de la dignité des personnes placées en garde à vue, un inventaire immobilier et un état des lieux des locaux de sûreté existant au sein des unités opérationnelles de la gendarmerie et de la police ont été organisés début 2004. Sous réserve des investissements immobiliers postérieurs à cette date, cet état des lieux relevait les situations suivantes :

- gendarmerie : sur un total général de 7079 chambres de sûreté individuelles, seules 1850, soit 26,5%, étaient « conformes » et répondaient à toutes les recommandations techniques actuelles d'utilisation ; 54% des cellules présentaient des défauts de conformité (insuffisances des dimensions intérieures, manque de barreaudage, carence d'éclairage naturel, absence de chauffage, etc.) mais étaient néanmoins utilisables ; 19,5% étaient inutilisables en raison de défauts rédhibitoires de conformité (insalubrité, absence d'éclairage naturel et artificiel, absence de ventilation, absence de WC, absence de banc scellé, etc.).
- police nationale : l'état général des locaux individuels de garde à vue est jugé insatisfaisant (mauvais ou moyen) dans 66% des cas, cet état général s'expliquant par une mauvaise maintenance. La majorité des locaux de garde à vue ne disposent pas de lumière naturelle (à 68,5%), de toilettes (à 97,4%), de bouton d'appel (à 88%), de chauffage (à 52%). Le nettoyage des cellules n'est, d'une manière générale, pas satisfaisant et la désinfection n'est régulière que dans 17% des locaux de sûreté⁵².

⁵² Inventaire des locaux de garde à vue de la police nationale, février 2004.

1.4. UNE PROCEDURE DONT LA MISE EN ŒUVRE EN LEGERE CROISSANCE, CONCERNE 70 000 CAS PAR AN

1.4.1. De l'ordre de 70 000 IPM par an

Les données les plus globales sur l'IPM sont recueillies par l'OFDT (Office français des drogues et des toxicomanies) sur la base des chiffres fournis par la gendarmerie nationale (DGGN), les services de police (DGPN) et la préfecture de police de Paris. Seuls sont comptabilisés les cas d'ivresse publique et manifeste donnant lieu à une infraction, sauf pour les services de sécurité publique (Police nationale) qui ne tiennent pas compte du nombre d'infractions mais du nombre d'interventions de police-secours pouvant ou non aboutir à l'établissement d'un procès-verbal (annexe 7).

La moyenne annuelle des interpellations pour ivresse publique et manifeste en France sur la période 2001-2006 est de 66 664, soit 1,77 interpellation pour 1000 habitants âgés de 20 à 70 ans. Ce rapport est variable suivant les régions et il est plus élevé en Bretagne, Haute et Basse Normandie, région Nord-Pas-de-Calais et Franche-Comté. Il reflète sans doute moins la cartographie des ivresses répétées que l'activité des forces de sécurité intérieure (annexe 7).

Il aurait été intéressant, pour évaluer l'efficacité de la procédure et les pertes en ligne, de disposer de données sur les différentes étapes de la procédure : passages à l'hôpital, mises en chambre de dégrisement, nombre de procès verbaux rédigés, nombre d'amendes prononcées et payées, taux de récidive. Malheureusement, la mission n'a pu colliger d'informations que sur les amendes.

Concernant la population accueillie dans les hôpitaux au titre de l'IPM (nombre de fois où les services d'urgence ont été saisis pour délivrer un "BNH"), elle ne fait l'objet d'aucun relevé systématique et rigoureux. L'annexe 9 présente les résultats 2007 d'une extrapolation d'enquête sur une partie des hôpitaux de l'AP-HP, menée sur une semaine de décembre 2007, sur la base de codes de la CIM 10 (classification internationale des maladies) regroupant des situations d'ivresse et sur le critère de patients "amenés par la police". Au total, environ 2% de la population accueillie dans ces services présentent un état d'ivresse et est amenée par la police⁵³.

Appliqué à l'ensemble des urgences non spécialisées accueillies (autour de 10 millions en 2004), ce pourcentage représenterait 200 000 personnes. Il y a là un différentiel important avec les chiffres fournis par l'OFDT qui réalise un recensement exhaustif. Ces écarts peuvent s'expliquer par l'absence de représentativité de l'échantillon et de la période, mais aussi par le périmètre plus large de l'enquête de l'AP-HP: inclusion de personnes en état d'ivresse non publique et non manifeste mais conduites par la police dans le cadre d'infractions connexes, inclusion dans la classification internationale de maladies retenues plus large que l'IEA proprement dite.

1.4.2. Une tendance à la hausse des IPM recensées

Sur la base des données de l'OFDT, l'évolution depuis 5 ans est marquée par une légère tendance à la hausse.

2001	2002	2003	2004	2005	2006
64190	67036	67407	63574	69865	67911

⁵³ Enquête réalisée par l'administration de l'AP-HP dans le cadre de la présente mission.

Ces chiffres n'incluent sans doute pas toutes les interpellations ; certaines ayant donné lieu à une hospitalisation n'ont pas nécessairement été comptabilisées comme infraction (moins de 10% des interpellations) ; il peut en être de même de celles ayant été suivies d'une remise de la personne à sa famille.

Les données fournies par la gendarmerie (pourtant incluses dans les chiffres globaux) indiquent un accroissement sensiblement plus important des procédures (annexe 8).

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
9672	10488	11479	12455	14993	15762	17791

Ces chiffres qui portent sur l'ensemble du territoire national, pour la zone gendarmerie, traduisent une augmentation de plus de 50% de l'activité en 6 ans.

1.4.3. Le nombre des amendes prononcées est lui aussi en nette croissance

Les statistiques financières relèvent aussi un nombre croissant d'amendes mises en recouvrement :

2004	2005	2006	2007 (au 31 octobre)
43498	56399	58517	59263

Une analyse plus fine des statistiques révèle que, dans 95% des cas, seule l'IPM est poursuivie ; dans moins de 5% des cas, d'autres faits ont été simultanément poursuivis.

Enfin, reflet de cette évolution générale en croissance de l'activité, les recettes procurées par les amendes prononcées pour IPM sont elles aussi en nette progression, même si leur montant reste au final modeste.

2004	2005	2006	2007 (au 31 octobre)
1 667 207	2 191 501	2 385 595	2 424 284

1.4.4. La population concernée est composite

La composition sociologique des personnes interpellées n'est pas objectivement documentée car cette population a été peu étudiée.

Il ressort des enquêtes réalisées sur place par la mission tant auprès des services hospitaliers que des services de gendarmerie, de police et de justice que cette population pourrait se décomposer en trois groupes :

- un premier sous-ensemble qui reflète la population générale ;
- une partie où l'on retrouve des personnes défavorisées, parfois sans domicile fixe ;
- des jeunes en situation d'ivresse festive.

La seule source récente quantitativement documentée est la thèse de médecine de M. Romain Irdel qui porte sur 108 IPM admises en 2006 sur 3 mois aux urgences de l'hôpital de Saint-Quentin⁵⁴. Cette étude confirme les impressions générales de la mission.

⁵⁴ Cf note 17.

Les hommes sont très majoritaires : 6 femmes seulement sur 108 sujets. 42 % de ces personnes ont déjà été appréhendées pour les mêmes raisons (récidive). Tous les patients sont considérés comme présentant un éthyisme chronique avéré. 12 patients présentaient des antécédents médicaux pouvant induire des erreurs de diagnostic. 9 d'entre eux consommaient des drogues illicites. On reprendra la présentation par M. Irdel du portrait-type de l'IPM à Amiens : « *l'individu interpellé en état d'ivresse sur la voie publique est majoritairement un homme (94,4% des cas) d'une trentaine d'années, célibataire (55,3%), exerçant une profession du secteur primaire, le plus souvent dans les métiers du bâtiment. Cet homme est appréhendé par la Police Nationale (88,9%) pour, d'après lui-même, tapage sur la voie publique (77,4%), en première partie de nuit entre 20 heures et 4 heures. Ses antécédents médicaux sont marqués par un tabagisme ancien (73,7%) volontiers associé à un éthyisme chronique avoué. En grande majorité, la nature de l'alcoolisation est un éthyisme aigu, pouvant être associé ou non à l'éthyisme chronique déjà existant, avec une alcoolisation mondaine ou festive de groupe, la plupart du temps dans un cadre privé (maison, appartement de contrevenant ou d'un participant). Le tapage sur la voie publique est souvent provoqué par une altercation entre les différents participants, aidé par le phénomène de désinhibition lié à l'abus d'alcool.* »

Enfin, dans son enquête sur 2007 sus mentionnée, voir 1.4.1, l'AP-HP relève que 62% des personnes en état d'ivresse amenées par la police ont entre 25 et 50 ans et que le quart d'entre elles arrivent le dimanche (annexe 9).

Une étude plus ancienne effectuée en mars 1994 auprès du service d'accueil et d'urgences (SAU) d'un centre hospitalier d'une agglomération de 275 000 habitants, recoupe les grands traits de l'analyse précédente : « *en un mois 140 sujets présumés en état d'ivresse ont été amenés dans un service d'urgence par les forces de police dont 131 ont été renvoyés au commissariat pour dégrisement. Sur 66 autres patients admis pour une intoxication éthylique aiguë, quatre ont également été remis à la police* » (...) « *Ces 135 patients étaient des hommes (96%), jeunes (moyenne 33 ans) souvent sans domicile fixe (21,6%), parfois violents (12,7%), arrivant entre 18 et 6 heures (80%)* »⁵⁵.

1.4.5. Une fraction très réduite des personnes conduites par les forces de sécurité est hospitalisée

Selon les données fournies sur le terrain à la mission, à peine 10% des personnes interpellées ont été hospitalisées : 90% des BNA demandés ont pu être remplis. Les monographies citées par la mission signalent moins de 1% de décisions d'hospitalisation sur le site de Saint-Quentin (1 sur 108) et 6,5% dans l'étude publiée en 1994 sur une agglomération de 250 000 habitants.

1.5. UNE PROCEDURE LEGITIME MAIS DONT LE COÛT APPARAÎT GLOBALEMENT ELEVE POUR LES FORCES DE SECURITE, LES MEDECINS ET LA JUSTICE

1.5.1. Une prise en charge publique légitime

L'ivresse publique et manifeste fait l'objet d'une triple prise en charge par les forces de l'ordre, les services médicaux et la justice. Même si elle est coûteuse en personnel, cette prise en charge correspond à des tâches légitimes.

⁵⁵ La Presse Médicale, 25 mai 1996 ; 25, n° 18, p.836

1.5.1.1. Forces de sécurité : ordre public et protection de la personne

Les effectifs de la sécurité publique et ceux de la gendarmerie départementale sont bien au cœur de leur double mission de maintien de l'ordre public/prévention de la délinquance et de protection des personnes lorsqu'ils prennent en charge les personnes en état d'ivresse publique et manifeste. Même si elle présente des aspects peu valorisants pour les fonctionnaires et les militaires, la tâche n'est pas indue. D'ailleurs, dans la mesure où la procédure d'IPM comporte un volet rétention, il paraît difficile -dans la conception française- qu'elle puisse être exercée par des polices municipales. La gendarmerie et la police nationales ne peuvent donc échapper à la prise en charge de ce type de comportement pour lequel elles interviennent principalement sur demande de la population.

1.5.1.2. Services médicaux : au cœur du métier de l'urgence

L'ivresse manifeste se caractérise par des troubles comportementaux, eux-mêmes conséquences de troubles physiologiques, psychologiques et/ou de pathologies ; y faire face fait partie du cœur de métier des médecins, notamment des services d'urgence.

Là aussi, la saisine des médecins paraît parfaitement légitime tant pour réaliser l'examen médical proprement dit de la personne interpellée que pour la délivrance d'un bulletin de non hospitalisation.

1.5.1.3. Autorité judiciaire : la logique de la réponse pénale

Dans la mesure où l'IPM est une infraction, il n'est pas non plus indu que la justice effectue un travail de poursuites.

La prise en charge publique de l'IPM n'est donc pas une charge indue pour les services. Pour autant, cela n'interdit pas d'en apprécier le coût. La mission procédera ici à une estimation, en ordre de grandeur, du temps moyen exigé par le traitement policier, sanitaire et judiciaire d'une IPM et évaluera ainsi son coût unitaire, et ce, sans perdre de vue la rareté de la ressource en personnels et les bénéfices qui pourraient être retirés d'une affectation alternative à des tâches plus proches de chacun des cœurs de métier : le cas est flagrant pour les forces de sécurité dont la mission n'est pas d'attendre la nuit dans les hôpitaux.

1.5.2. Coûts médicaux : de 25 à 80€.

- En cas d'accueil aux services d'urgence : de l'ordre de 25€

La mission a évalué à plus de 50 000 le nombre des passages au titre des IPM.

A raison de 5 à 20 minutes de consultation (hors examens complémentaires et hospitalisation éventuelle de 10% de la population examinée), cela représente environ 12 500 heures d'examen, indépendamment du temps consacré à l'accueil des urgences par l'infirmière d'orientation.

La mission ne dispose pas d'éléments de comptabilité analytique, permettant de chiffrer le coût réel de ces actes. En revanche, lorsqu'ils sont facturés, c'est souvent le tarif de 25 euros correspondants aux actes de traitement des urgences (ATU) qui est retenu, notamment, à l'Assistance publique de Paris.

- En cas de consultation sur le lieu de rétention : de 35 à 80€

Le temps peut être estimé à 15 minutes, temps habituel d'une consultation médicale.

Selon l'heure et le lieu, les tarifications sont variables comme la mission l'a montré au 1.2.2.1. En pratique, il est possible de retenir le chiffre de 35 euros pour une consultation de jour et 50 à 80 euros pour une consultation de nuit. Il semble que les médecins libéraux intervenant dans les locaux de la police ou de la gendarmerie aient souvent du mal à se faire régler leurs honoraires. Cette situation n'améliore pas l'image des IPM.

Ainsi que la mission l'a indiqué plus haut, la prise en charge des frais médicaux de l'IPM fait l'objet de solutions variées qui ne sont pas toutes respectueuses du droit. Seule la prise en charge des frais au titre de réquisitions administratives réglés par les services de police, de gendarmerie ou les communes apparaît conforme à la jurisprudence. Mais ces différentes solutions ont toutes un point commun : au final, c'est le contribuable ou les assurés sociaux qui prennent en charge la dépense, y compris dans le cas où l'hôpital facture la consultation puisque dans ce cas seul le ticket modérateur reste à la charge de la personne interpellée ou de son assurance complémentaire.

1.5.3. Coûts policiers (pour la police nationale) : entre 110 et 170€.

L'élément le plus substantiel du coût d'une IPM est le temps qu'y consacrent les forces de sécurité. Toutefois, la mission ne dispose pas d'éléments incontestables et parfaitement objectivés permettant de chiffrer tant le coût horaire d'une intervention des forces de sécurité, que le temps moyen de leur intervention. Il a néanmoins paru intéressant à la mission de tenter d'approcher l'ordre de grandeur du coût en personnels d'une IPM prise en charge par la police nationale.

Le temps

Ainsi que la mission l'a expliqué plus haut, le temps consacré aux IPM est très variable selon les interventions. La direction centrale de la sécurité publique (DCSP) estime sur la base des indications de la main courante informatisée (MCI) à « un volume horaire largement supérieur à 100 000 heures », le temps annuel consacré aux interventions pour IPM (44 472 en 2005, 47 769 en 2006), ce qui conduit à une estimation minimale de deux heures un quart, d'heures fonctionnaires par IPM. La mission retiendra ce chiffre comme estimation basse.

Ce calcul ne peut être qu'une estimation, par défaut, de la réalité. En effet, une IPM mobilise généralement un équipage motorisé de trois agents durant le temps qui s'écoule du signalement ou de l'appel précédant l'interpellation jusqu'à la mise en cellule de dégrisement ; temps qui comporte le déplacement sur les lieux, l'injonction de suivre les policiers, le transport aux services d'urgence, l'attente, la durée de l'examen médical puis la conduite vers le commissariat et le placement en cellule de sûreté. Le temps moyen minimum total paraît difficilement pouvoir descendre en dessous de 1h15 se décomposant ainsi :

- 10 à 15 minutes pour l'arrivée sur les lieux et l'interpellation ;
- 10 à 15 minutes pour la conduite aux services d'urgences ;
- de 5 minutes à 3 heures pour l'attente, en moyenne ½ heure ;
- de 5 à 20 minutes pour l'examen médical, en moyenne 15 minutes ;
- de 10 à 15 minutes pour le retour au commissariat et l'installation en cellule ;

Soit un temps moyen estimé entre 1h15 et 1h30 par fonctionnaire et de 3h 45 pour trois fonctionnaires mobilisés. Cette moyenne devrait être divisée par deux lorsque l'examen médical est effectué au commissariat.

Le coût horaire

Ainsi qu'expliqué en annexe 10, la mission estime à 40€ l'ordre de grandeur du coût horaire d'un gardien de la paix. Ce montant, proche d'un coût complet, comporte le salaire et les primes, les charges sociales et de retraite, les moyens de fonctionnement et de travail, ainsi que les charges indirectes de gestion et de formation du personnel.

Il a été établi sur la base d'un horaire légal de 1450 heures et est évidemment inférieur à ce que serait l'évaluation du coût marginal d'une heure de présence sur la voie publique. Cette présence est valorisée dans les documents budgétaires puisque figure, au titre des indicateurs de performance de la loi organique sur les lois de finances (LOLF), le temps de présence des effectifs sur la voie publique : l'objectif de 6% étant retenu. Précisons de surcroît qu'il s'agit dans le cas des IPM à 80% de temps de nuit.

Le coût complet de l'intervention

La mission propose donc de retenir pour le coût policier complet de l'intervention, 90€ comme hypothèse basse, 150€ comme hypothèse moyenne, sachant qu'un examen médical sur place autorise une économie de 90€, le coût policier s'établissant alors à 60€

Il convient d'observer qu'un agent est ensuite mobilisé à hauteur de 20 à 30 minutes par les charges de la procédure, ce qui génère un coût supplémentaire de 20€

Par convention, la mission retiendra les mêmes ordres de grandeur pour la gendarmerie.

1.5.4. Coût judiciaire : au bas mot 30 €

Le traitement des infractions d'ivresse publique et manifeste représente 30% à 35% de l'activité contraventionnelle des juridictions de proximité rencontrées, ce qui est loin d'être négligeable. A l'exception du TI de Bobigny⁵⁶, il est observé, partout, une augmentation régulière du nombre de ces procédures⁵⁷.

La plus grande partie des procès verbaux donne lieu à une réponse pénale. Le taux de classement sans suite, de l'ordre de 20%, avoisine celui relevé dans les autres contentieux. Dans près de 90% des cas, les poursuites sont exercées sous la forme de l'ordonnance pénale, procédure rapide et non contradictoire, qui permet au juge de prendre sa décision au seul vu du dossier, sans comparution du contrevenant. Les affaires ne viennent à l'audience que dans 2% des cas, soit parce que le contrevenant a formé opposition à l'ordonnance pénale, soit parce que le parquet estime que les circonstances de l'espèce justifient qu'il compareisse.

Quand bien même est-elle traitée, habituellement, par la voie rapide et peu formaliste de l'ordonnance pénale, la procédure d'IPM représente pour le budget de la justice un coût qui peut apparaître lourd compte tenu du montant de l'amende encourue et, surtout, du faible taux de recouvrement des amendes infligées. Toutefois, le ministère de la Justice ne disposant pas encore

⁵⁶ La juridiction de proximité de Bobigny connaît une baisse sensible tant des PV établis par la police (169 en 2005 contre 138 au 31.8.2007) que des procédures traitées par la juridiction (169 en 2005 contre 48 au 8.10.2007). Cette tendance n'a pas pu être expliquée.

⁵⁷ Sur les sept premiers mois de l'année 2007, quelques 1200 PV ont été transmis aux juridictions de proximité de Lille et de Lyon, ce nombre atteignant 2320 à Paris.

de mesure objective de ce coût, *a fortiori* par type de procédure, l'évaluation qui peut en être donnée ne peut être que très approximative et envisagée avec prudence.

Il est néanmoins constant que le traitement d'un dossier d'IPM, dans le cadre de la procédure non contradictoire de l'ordonnance pénale, implique la mobilisation de plusieurs professionnels de la juridiction. D'abord, le fonctionnaire du greffe, qui va constituer le dossier, mettre en forme les décisions et procéder à leur notification; l'OMP, ensuite, qui après avoir examiné le dossier doit formaliser par écrit des réquisitions (prestation portée au budget du ministère de l'Intérieur). Il peut être conduit, à ce stade, à retourner la procédure aux forces de l'ordre pour qu'il soit procédé à un supplément d'enquête, notamment quand le contrevenant n'a pas été entendu, ce qui l'oblige à un double examen. Le juge de proximité enfin, qui après avoir pris connaissance des éléments de l'affaire et des réquisitions du parquet, doit rendre une décision.

Les magistrats et greffiers rencontrés au TI de Lyon ont évalué à trente minutes le temps moyen global qu'ils consacrent à chaque dossier d'IPM, soit pour 1200 procédures examinées chaque année par cette juridiction, une masse horaire annuelle de 600 heures, et un équivalent ETPT de 0,4 qui passe à 0,8 au TI de Paris qui traite deux fois plus de procédures. Si l'on estime, compte tenu des procédures non transmises et des classements sans suite, à 60 000 le nombre des IPM traité par ordonnance pénale, cela représente, au plan national, la mobilisation de 20 ETPT.

Précisons que dans les 2% de cas environ où les poursuites sont engagées par citation directe devant la juridiction ou lorsque l'affaire est audiencée à la suite d'une opposition à ordonnance pénale, le temps consacré au traitement de la procédure est plus que doublé du fait de la multiplication des actes de greffe, du temps de présence à l'audience et de celui mis à rédiger et mettre en forme le jugement.

En ce qui concerne le coût financier global de la procédure, aucune donnée disponible n'en établit l'exact montant. L'article 800-1 du CPP pose le principe de la prise en charge par l'Etat des frais de justice criminelle, correctionnelle et de police, sans recours possible contre le condamné⁵⁸. Ces frais comprennent, notamment, les émoluments et indemnités allouées aux huissiers de justice ainsi que les frais postaux et télégraphiques mais n'intègrent pas les frais de matériels et de consommables. La consultation d'une cinquantaine de procédures d'ordonnance pénale montre, qu'au seul titre des frais de justice, il est engagé par l'Etat de 5€ à près de 100 € selon les actes auxquels il a été procédé⁵⁹.

⁵⁸ Les frais de justice, supportés par l'Etat, sont énumérés à l'article R 92 du CPP.

⁵⁹ La mission a pu prendre connaissance au TI de Bobigny de deux dossiers particulièrement exemplaires à cet égard.

Dans la première affaire, un individu, est condamné par ordonnance pénale à une amende de 75€ qui lui est notifiée par LRAR (4,33€). Il forme opposition. Il est alors cité, à domicile, une première fois, par acte d'huissier à comparaître à l'audience du 9 novembre 2005 (22,68€); la citation est doublée d'une LRAR (4,33€). Le contrevenant ne comparaît pas à cette date. Une seconde citation est délivrée à parquet, l'adresse du mis en cause n'étant pas connue, pour l'audience du 8 février 2006 (14,51€). L'audience se tient, cette fois ci, en son absence. Le juge maintient le montant de l'amende initiale et sa décision est signifiée à parquet par exploit d'huissier (18,19 €). Au final cette procédure représente un coût global de 64,04€ pour une amende effectivement prononcée de 75€, sachant que le contrevenant ne contribuera effectivement aux frais par le biais du droit fixe de procédure (22 €) dans seulement un dossier sur trois.

Dans la seconde espèce, l'amende prononcée par ordonnance pénale est de 75 €; la décision est notifiée au contrevenant par LRAR (4,33€). Celui-ci forme opposition. Il est alors cité à comparaître à l'audience du 9 novembre 2005 (21,56€); la citation est doublée d'une LRAR. Il avise la juridiction par courrier qu'il ne pourra être présent à cette date et sollicite le renvoi. Une seconde citation lui délivrée pour l'audience du 8 février 2006 (25,55 €), à laquelle il ne comparait pas. L'individu ayant quitté son domicile sans laisser d'adresse, la décision, est signifié au parquet de Bobigny (13,50€). Le coût total de traitement de ce dossier s'élève en définitive à 69,27€ pour une condamnation à une amende de 50€, montant inférieur aux réquisitions de l'OMP, la participation du contrevenant aux frais de procédure (22 €), venant dans 1/3 des dossiers en atténuation.

En regard, une participation forfaitaire aux frais de procédure, dénommée droit fixe de procédure⁶⁰, d'un montant forfaitaire et symbolique de 22 euros, est mise à la charge du contrevenant et recouvrée, en même temps que l'amende, par les services fiscaux. Toutefois, cette taxe reste, dans 2/3 des procédures, impayée, ce qui représente pour l'Etat un manque à gagner annuel de l'ordre de 880.000€(60.000 x 22 x 2/3).

En définitive, le coût judiciaire global (personnel et fonctionnement) d'une procédure d'IPM ne peut qu'être approché et encore, de façon très approximative. Si l'on retient, un coût en frais de personnel de 20€ (par analogie avec le coût horaire policier)⁶¹, et en frais de justice de 5€ (procédure la moins coûteuse), les sommes engagées par l'Etat s'élèvent à 25 € et sont, sans aucun doute, plus près de 30€ si l'on tient compte des frais connexes, et il s'agit là de l'hypothèse la plus basse envisageable.

1.5.5. Coût analytique complet : de 170 à 225€ par procédure

L'IPM a un coût social : sa relation avec l'alcoolisme et la santé publique ; elle a aussi un coût sociétal : les troubles à l'ordre et à la tranquillité publique qu'elle occasionne ; elle a enfin un coût financier.

Ce coût analytique complet, la mission l'évalue entre 170 et 225€

Dans l'hypothèse la plus fréquente, celle d'un examen médical effectué aux urgences hospitalières, il faut additionner au coût judiciaire de 30€le coût médical de 25€et le coût policier de 170€, soit un total de 225€

Dans l'hypothèse d'une visite médicale sur le lieu de la rétention, le coût judiciaire reste inchangé à 30€ le coût médical est porté de 50 à 80€et le coût policier diminue à 90€, soit un coût global de 170 à 200€

1.5.6. Des charges loin d'être compensées par le produit du paiement des amendes: de l'ordre de 30€ de recettes pour 200€ de frais

Ainsi que la mission l'a souligné au 1.2.4 les réquisitions et les peines prononcées sont très variables et généralement inférieures au maximum légal. En effet, à l'exception du TI de Paris qui sanctionne l'IPM d'une amende proche du maximum légal (140€/150 euros), les juridictions étudiées prononcent, pour des faits identiques, des amendes nettement plus faibles, dont les montants peuvent toutefois varier du simple au double (30€ 75€ 90€).

Les statistiques disponibles sur les titres de perception confirment cette analyse : en effet, en 2004, 42 065 amendes pour IPM, d'un montant total de 4 260 682€, ont été transmises aux services fiscaux pour recouvrement. Au 31 octobre 2007, leur nombre s'élève à 56 784 et représente un

⁶⁰ Le droit fixe de procédure instauré par la loi du 30 décembre 1977, est prévu à l'article 1018A du code général des impôts. En effet, il est censé compenser partiellement la gratuité de la procédure pénale pour le contrevenant. Il est recouvré en même temps que l'amende. Son taux de recouvrement est donc aussi faible que celui des amendes -de l'ordre de 35%-. Son montant varie selon la nature de la procédure : 22€en ordonnance pénale contraventionnelle ou correctionnelle et pour les autres décisions des tribunaux de police et des juridictions de proximité ; 90€pour les décisions des tribunaux correctionnels ; 120€pour les décisions des cours d'appel ; 375€pour celles des cours d'assises ; 150€pour celles de la Cour de cassation.

⁶¹ Voir développement §1.5.3. Ce montant est une évaluation basse si l'on considère le niveau de qualification des professionnels de la justice concernés par le traitement d'une procédure d'IPM.

montant global à recouvrer de 5 722 312€ Une simple règle de trois fait apparaître un montant moyen d'amendes et de frais de mise en recouvrement de 100 euros par IPM.

Or, le taux de recouvrement des amendes prononcées reste faible en dépit d'une amélioration constante. En effet, en 2004, 37% des amendes ont été recouvrées, dont 34,24% par voie contentieuse alors qu'au 31 octobre 2007, le pourcentage est de 40,29% dont 33,77% par voie contentieuse. Si ce taux de recouvrement est sensiblement inférieur à celui constaté pour l'ensemble des ordonnances pénales contraventionnelles (65%), il rejoint, néanmoins le taux moyen relevé au plan national, pour l'ensemble des amendes pénales (délictuelles et contraventionnelles), qui est de l'ordre de 30%⁶² (annexe 11).

Les recettes au titre des amendes représentent donc de 37 à 40€ par IPM ayant fait l'objet de poursuites, soit environ 30€ par IPM compte tenu des procédures abandonnées. C'est ce chiffre de 30€ qu'il faut rapprocher des 170 à 225€ du coût unitaire de la procédure.

Certes, il s'agit d'une mission de service public et non d'un service commercial et la population concernée par les amendes prononcées n'est pas toujours solvable. Il n'en reste pas moins qu'il peut paraître de bonne administration de rechercher une plus grande efficacité du système par augmentation du produit des amendes et diminution des charges.

1.6. UNE PROCEDURE PRAGMATIQUE, ASSEZ COMPARABLE A CELLE DE NOS VOISINS EUROPEENS

1.6.1. Un outil juridique utile

Comme l'ont souligné les développements précédents, la procédure d'IPM ne répond plus aux mêmes objectifs que lors de sa création. Elle n'est plus utilisée de manière générale pour réprimer l'alcoolisme mais de manière plus ponctuelle pour interrompre ou prévenir des troubles à l'ordre public et protéger les personnes, y compris contre elles-mêmes, la répression de l'alcoolisme n'étant plus qu'une conséquence secondaire de sa mise en œuvre.

Le retour à la conception initiale – arme juridique de répression de l'alcoolisme - est envisageable : il pourrait servir à faire face aux nouveaux mésusages de l'alcool qui se développent tels le « *binge drinking* » ou les « *rave parties* ». Mais alors ce ne sont pas 70 000 IPM qu'il faudrait poursuivre chaque année mais plusieurs centaines de milliers, ce qui ne paraît guère réaliste, ni au regard de moyens des forces de l'ordre en personnels et en équipement immobilier, ni sans doute au regard de l'acceptabilité sociale.

Reste qu'aujourd'hui, telle qu'elle est mise en œuvre, la procédure d'IPM est assez largement ignorée des théoriciens, criminologues, sociologues et addictologues comme des administrations centrales, alors qu'elle apparaît, somme toute, utile aux praticiens. Les forces de sécurité intérieure trouvent en effet dans l'IPM un outil juridique intermédiaire et commode entre la simple intervention dans l'intérêt de la personne et la poursuite d'éventuelles infractions connexes (outrages, violences à personne).

Concrètement, l'IPM donne aux forces de l'ordre un cadre juridique permettant :

- de faire cesser des troubles et de prévenir leur aggravation (violence, tapage, vandalisme) ;

⁶² Données 2005. Pôle études et évaluation ORECA. Actualisation de l'observatoire du recouvrement des amendes.

- de protéger d'eux-mêmes les auteurs de ces troubles en raison d'une altération de leur état de conscience du fait de leur alcoolisation.

Globalement, le dispositif donne satisfaction aux autorités de terrain. Ni les préfets ni les procureurs rencontrés n'ont signalé de problèmes majeurs. Les accidents survenant au cours de la procédure semblent exceptionnels.

Dans les années 1970, plusieurs décès en cellule de dégrisement avaient conduit les ministres de l'Intérieur, de la Défense et de la Santé à prévoir une visite médicale dans les services d'urgence des hôpitaux (voir 1.1.2). Celle-ci, malgré ses imperfections nombreuses, reste très utile.

En 2006, deux accidents médiatisés ont réouvert le dossier de l'IPM : il s'agissait du décès de personnes après qu'elles aient été interpellées par la police mais non conduites en cellule de dégrisement. Or, il est apparu que ces décès n'étaient pas liés à des imperfections de la procédure mais au contraire au fait qu'il n'y avait pas été recouru (voir note 50).

Aussi, bien que la procédure d'IPM puisse sembler archaïque et déséquilibrée dans la mesure où elle associe un dispositif de rétention à une simple contravention de deuxième classe, ces événements malheureux ont paradoxalement souligné la pertinence du dispositif juridique de prise en charge de l'IPM.

1.6.2. Une pratique française proche de celle des pays européens voisins

Une étude du service de coopération technique internationale de police (SCTIP) de la DGPN montre que l'économie générale du dispositif français se retrouve dans de nombreux pays européens (annexe 12).

Même si d'autres options sont possibles, telles que la remise de la personne concernée à la famille, à un foyer ou à un établissement médical, la mise en rétention est également prévue en Allemagne, au Royaume-Uni, au Danemark, aux Pays-Bas et, uniquement en cas d'infraction connexe, en Italie.

L'ivresse publique n'est pas considérée comme une infraction au Danemark et en Allemagne, où elle relève de la compétence administrative des communes. En revanche, l'Italie, le Royaume-Uni et les Pays-Bas en font une infraction qu'ils sanctionnent d'une amende : d'un montant en Italie de 51 à 309 €, au Royaume-Uni de 120 €, voire comme aux Pays-Bas d'une amende de 335 € et d'une peine de prison en cas de deuxième récidive commise dans un délai de moins d'un an.

Comme dans le système français, la procédure prévoit, dans tous les pays concernés par l'étude du SCTIP, le passage devant un médecin. Toutefois, même si le recours aux urgences hospitalières est possible, c'est l'examen en cellule de rétention par un médecin qui paraît être le cas le plus fréquent.

Enfin, selon les informations recueillies, au moins deux pays - les Pays-Bas et le Danemark - prévoient une amorce de suivi médico-social.

Au final, cet éclairage par le parangonnage européen montre que le système français, fruit d'une histoire ancienne, aboutit à une procédure somme toute voisine de ce qui se pratique dans les autres pays européens, sans doute parce que la situation objective d'ébriété publique et manifeste

nécessite partout le même type de prise en charge cumulant les volets policiers (rétention), médicaux (prévention) et judiciaires (répression).

II^{ème} Partie : Un dispositif dont les objectifs restent pertinents mais dont l'efficacité doit être améliorée

Un bref résumé de la problématique posée par l'ivresse publique et manifeste pourrait s'articuler autour de trois approches :

- 1° L'ivresse publique et manifeste (qui n'est en fait que l'une des composantes de l'alcoolisme touchant les mineurs et les majeurs) serait principalement la manifestation d'un problème de société, conséquence de plusieurs facteurs : la pauvreté, le chômage, les difficultés familiales, conjugales, souvent sources de désocialisation. Ce point de vue a été exprimé par plusieurs médecins et autres acteurs de la prévention rencontrés par la mission.
- 2° L'ivresse publique et manifeste se résume à un problème médical. Les délits connexes doivent être traités en tant que tels et l'IPM doit être dépénalisée. Ce point de vue minoritaire est soutenu par des médecins et notamment par quelques addictologues qui préconisent au mieux une obligation thérapeutique, d'ailleurs incompatible avec une dépénalisation.
- 3° Non seulement, il ne faut pas dépénaliser l'ivresse publique et manifeste qui est une contravention de 2^{ème} classe, mais il faut, selon certains, aggraver la sanction qui a un effet pédagogique et dissuasif. C'est notamment un point de vue exprimé par le président de la mission interministérielle de lutte contre les dépendances et les toxicomanies (MILDT).

2.1 MAINTENIR L'ARCHITECTURE GLOBALE DU DISPOSITIF

2.1.1. Des objectifs implicites et étroitement intriqués : l'ordre public et la protection de la personne

Les objectifs de la procédure ne figurent pas dans l'énoncé du texte de base qui fonde l'intervention des forces de sécurité (article L3341-1 du CSP) et qui fait apparaître la seule ébriété, mais dans les lieux publics, comme fait générateur de la mesure de rétention et de l'amende. Le texte brut (et le contexte historique évoqué plus haut) suggère que la finalité recherchée serait de soustraire à la vue et au contact des autres, une personne qui n'a pas sa raison pour cause d'ivresse.

Si l'on consulte les attendus jurisprudentiels récents, on relève que le Conseil d'Etat rattache les interventions, liées à l'article L 3341-1 du CSP, à la mission de préservation de l'ordre public⁶³. Le Tribunal des conflits, quant à lui, relève dans sa décision du 28 juin 2007⁶⁴ que l'objet de la mesure d'IPM est relatif « *tant à la protection de la personne concernée qu'à la préservation de l'ordre public* ». Enfin, c'est la notion d'ébriété au sens médical du terme qui occupe la place centrale dans la décision prise par la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH) sur la recevabilité de la requête présentée par Claude Castelot contre la France⁶⁵.

En revanche, l'aspect santé publique qui justifierait l'inclusion de la procédure dans une politique de prévention et de prise en charge des populations en difficulté avec l'alcool et qui est présent dans la

⁶³ Cf note 21.

⁶⁴ Cf note 22.

⁶⁵ Cf note 18. Cela signifierait que si la personne est, dans un lieu public, en un état présumé d'ivresse mais sans troubler l'ordre public, elle pourrait être considérée comme relevant de la procédure (la décision sous-entend ivresse alcoolique, bien qu'il existe d'autres ivresses, comme l'ivresse cannabique).

circulaire de 1973 est très peu évoqué, que ce soit dans le discours des autorités sanitaires ou dans la pratique.

2.1.2. La mise en œuvre pratique de cette procédure articule étroitement les aspects sanitaires, policiers et judiciaires

Dans la pratique, la mission a relevé que les intervenants de terrain ne dissocient pas trois aspects : la protection de la personne (contre elle-même en premier lieu), la préservation de l'ordre public et la prévention de la délinquance.

L'intérêt de la mesure est en effet d'articuler étroitement les trois composantes de l'IPM : l'aspect sanitaire qui se traduit par une consultation médicale, l'aspect protection de l'ordre public/prévention qui donne lieu à une rétention et l'aspect trouble à l'ordre public qui débouche sur une sanction. La mesure d'IPM est par essence une procédure mixte. C'est ce qui en fait l'originalité et l'intérêt.

Toutefois, pour mettre à l'épreuve le bien fondé de ce point de vue, la mission s'est penchée sur l'hypothèse d'une suppression pure et simple de la procédure d'IPM. En effet, dans le cas où l'incrimination d'IPM serait supprimée, la question de l'ivresse publique pourrait être traitée autrement car d'autres réponses existent. La police continuant, malgré tout, à être sollicitée, comme aujourd'hui, par des plaintes, la manière de traiter la question pourrait être soit d'opter pour la médicalisation, soit à l'inverse de ne pas poursuivre l'IPM en ne s'attachant qu'à sanctionner la contravention ou le délit connexe (tapage, menace et outrage à la force publique, rébellion...). Il faut rappeler d'ailleurs qu'au-delà des textes, l'obligation de protection et d'assistance est, en tout état de cause, un devoir du fonctionnaire de police (article 10 du Code de déontologie).

La mission a donc examiné des logiques alternatives à la procédure d'IPM : la médicalisation d'une part, le rattachement à des contraventions ou délits connexes d'autre part. Solutions qui lui paraissent au final devoir être écartées.

2.1.3. L'option de la médicalisation totale doit être écartée

L'option de la médicalisation pourrait se traduire de deux manières : le traitement psychiatrique, le traitement par le seul service d'urgence. Elle trouverait un fondement dans les travaux actuels qui inscrivent de plus en plus l'IEA dans le continuum de la maladie de l'alcool, comme le montre l'annexe 13.

2.1.3.1. La psychiatisation obligatoire serait une mesure disproportionnée au regard des libertés publiques et des enjeux sanitaires

Placer la personne en IPM sous la seule responsabilité de l'autorité sanitaire voudrait dire conduire la personne à l'hôpital et la contraindre à s'y faire examiner et prendre en charge.

Ce type de dispositif avait été institué pour les alcooliques « dangereux pour autrui » par une loi n° 54-439 du 15 avril 1954 qui prévoyait leur signalement aux autorités sanitaires. Ceux dont le maintien en liberté ne paraissait pas possible, étaient convoqués devant une commission médicale départementale. Celle-ci pouvait adresser une requête au procureur de la République pour faire citer la personne au tribunal civil, lequel pouvait ordonner le placement dans un établissement spécialisé dans la prise en charge de l'alcoolisme. Il devait en exister au moins un par département. Mais en fait, un seul centre de ce type a été créé. Cette loi a fait l'objet d'une

abrogation implicite en 1960 par absence de recodification dans le nouveau code de la santé publique adopté par ordonnance en 2000⁶⁶.

Dès lors, le seul système de contrainte sur lequel l'on pourrait se fonder pour traiter l'ivresse publique et manifeste, dans l'hypothèse de la suppression de la procédure d'IPM, serait celui qui existe dans les procédures appliquées aux troubles mentaux. Cela équivaudrait à transformer la procédure d'IPM en procédure d'hospitalisation sous contrainte telle qu'elle pratiquée en psychiatrie selon deux modalités :

* l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), possible dans le cas où, suivant l'article L.3212-1 du code de la Santé publique :

- la personne est atteinte de troubles mentaux ;
- ses troubles rendent impossible son consentement à ses soins ;
- son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

* l'hospitalisation d'office, régie par les articles L.3213-1 et suivants du CSP qui recouvre le cas des "*personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes et portent atteinte de façon grave à l'ordre public*". La mesure essentielle est l'arrêté préfectoral. Cet arrêté ne peut être fondé que sur :

- une enquête du maire ou des services de police notant les témoignages recueillis et les faits démontrant le trouble mental et le caractère dangereux des actions;
- un certificat médical constatant l'existence de troubles mentaux et leur dangerosité.

En fait, ces solutions se heurteraient à des questions de faisabilité et aux faiblesses de la psychiatrie d'urgence. Mais surtout, elles comporteraient, outre le risque de la dramatisation et de la stigmatisation psychiatrique, le danger de déresponsabiliser les personnes alors qu'il apparaît que l'ivresse (qui n'est pas une psychose) ressort aussi d'un comportement ponctuel, choisi et conscient au départ. L'intoxication alcoolique aiguë (IEA) n'est pas assimilable à un trouble mental qui relèverait par nature de la psychiatrie.

D'autre part, les conditions posées pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers et a fortiori pour l'hospitalisation d'office, sont très strictes et renvoient à une réalité humaine autrement plus sérieuse que celle de l'IPM qui présente des degrés de gravité très variables et ne pose pas, en soi, de problème de surveillance médicale (le dégrisement, est, avant tout, une période de récupération par le sommeil). Par ailleurs, l'IPM ne cause pas la plupart du temps un trouble durable à l'ordre public ; enfin, elle ne nécessite pas qu'une surveillance médicale constante en milieu hospitalier soit imposée à l'individu : l'ivresse étant un état passager et l'éventuelle dépendance pouvant être prise en charge en médecine ambulatoire avec l'accord de l'intéressé.

2.1.3.2. L'option du dégrisement à l'hôpital serait disproportionnée au regard des nécessités médicales

Cette solution offrirait l'avantage de ne transporter la personne qu'une seule fois, d'éviter l'attente des forces de police dans les locaux hospitaliers, et de faire réaliser une surveillance médicale du dégrisement.

⁶⁶ Cf 1.1.1. Ce type d'abrogation fait l'objet d'une polémique juridique

Sur le fond, elle présenterait l'inconvénient d'administrer à l'ivresse dans sa phase aiguë un traitement disproportionné, car dans la grande majorité des cas le dégrisement est une question de sommeil. D'ailleurs, dans plus de neuf cas sur dix, les examens médicaux pour IPM se traduisent par la délivrance d'un certificat de non hospitalisation.

Enfin, cette option aurait pour effet la déresponsabilisation évoquée plus haut.

Sur le plan de la faisabilité, le dispositif serait coûteux car, outre l'adaptation des locaux, il nécessiterait la présence d'un personnel supplémentaire (évalué par l'hôpital Bichat à une infirmière supplémentaire en permanence, ce qui reviendrait, d'après ce service, à recruter 9 infirmières).

2.1.4. L'option du rattachement de l'ivresse à des infractions connexes doit aussi être écartée

Ce choix pourrait s'appuyer sur des études qui mettent en relief le lien entre alcool et violence (annexe 14).

Même si l'infraction d'IPM était supprimée, l'ivresse publique pourrait, dans la majorité des cas, être sanctionnée indirectement. En effet, très généralement, elle s'accompagne de troubles à l'ordre public réprimés en tant que tels : tapage, violences volontaires légères (contraventions), outrage, rébellion, violences plus graves (délits).

Mais il présente des inconvénients majeurs :

- un caractère abusif si le but recherché est en réalité principalement de sanctionner le comportement d'ivresse à l'origine des infractions connexes ;
- la disparition de la phase de dégrisement qui poserait, notamment, la question des modalités de notification de ses droits au gardé à vue ivre ;
- un évitement de la consultation du médecin ;
- une éventuelle perte de chances si, comme la mission le propose, la procédure se présente aussi comme l'opportunité d'un contact médical (voir 2.3.2).

Dépénaliser le mésusage de l'alcool conduisant à l'ivresse irait en définitive à l'encontre de toute l'évolution législative des quatre dernières décennies. Cela reviendrait aussi à abandonner toute logique de prévention dans la mesure où il s'agirait alors d'attendre la commission d'autres infractions, parfois plus graves, pour réagir.

2.1.5. Le maintien de l'architecture générale de la procédure d'IPM

En définitive, les options alternatives à la procédure actuelle de l'IPM ne sont pas satisfaisantes, car la réponse à son abandon complet par la médicalisation totale ou au contraire par son rattachement à des infractions connexes ne correspond pas à la nature spécifique de ce comportement.

Malgré la nouvelle perception plus médicalisée de l'IPM induite par les études épidémiologiques qui l'inscrivent dans une pathologie plus générale du rapport à l'alcool une médicalisation totale serait pernicieuse. De la même manière, l'abandon de l'IPM au profit des infractions connexes ferait litière des aspects sanitaires.

Il paraît donc fondé, de poursuivre simultanément les objectifs de sanction et de soin, en escomptant de cette conjonction, qui correspond bien à la complexité du phénomène de l'IPM, qu'elle joue un rôle préventif. L'axe central du rapport est donc de maintenir les objectifs de la

procédure en améliorant l'articulation de ses différents aspects, tout en clarifiant et en renforçant chacune des étapes de manière pragmatique.

Recommandation n°1 : maintenir l'architecture générale de la procédure d'IPM

2.2. SECURISER L'INTERVENTION

La procédure d'IPM doit répondre à deux impératifs : protéger la société et protéger d'elles-mêmes les personnes dont la raison est provisoirement défaillante en raison de leur état d'ivresse. Elle prévoit dans ce but une mesure de rétention qui peut apparaître potentiellement dangereuse pour les libertés et d'un point de vue sanitaire.

Pour faire face à ce double risque, il est nécessaire d'entreprendre la sécurisation juridique et médicale de l'intervention des forces de sécurité intérieure sans toutefois perdre de vue :

- la nécessité de conserver une procédure simple et légère, l'IPM étant une contravention ;
- l'impossibilité d'envisager une quelconque forme de surveillance de type médical qui n'entre pas dans le champ de compétence de la police et de la gendarmerie.

Pour tenir compte de ces contraintes, la mission propose les mesures qui suivent.

2.2.1. Objectiver l'ivresse en établissant par éthylotest l'imprégnation alcoolique de la personne interpellée

L'ivresse publique et manifeste repose sur le constat d'un certain nombre de manifestations comportementales. Il s'agit de critères impressionnistes et subjectifs (haleine, démarche, regard, propos incohérents, équilibre...), définis par la « coutume » et repris par la jurisprudence. La mission préconise, tout en maintenant ces critères, de les compléter par des données incontestables objectivant le comportement ébrié ce qui permettrait de mieux satisfaire aux exigences de la Cour européenne des droits de l'homme.

Des outils techniques existent et les forces de sécurité se les sont bien appropriés : il s'agit des éthylotests qui permettent d'établir la présence d'alcool dans l'haleine par coloration ou encore des éthylomètres qui permettent de mesurer le taux d'alcool. Il faudrait que désormais, les sujets présumés en état d'ivresse, interpellés par les forces de sécurité intérieure, soient, sauf circonstances exceptionnelles rendant cette formalité impossible, soumis à un test d'alcoolémie, par éthylotest⁶⁷, celui-ci établissant la présence ou non d'alcool⁶⁸. Si la personne refuse d'être examinée ou n'est pas en état de souffler, il n'y aurait pas infraction mais présomption d'un état problématique qui renverrait les forces de l'ordre à leur devoir déontologique d'assistance et de protection.

La mission n'estime pas nécessaire, au stade de l'interpellation, de mesurer le degré d'alcoolémie. Il suffit de déterminer s'il y a présence d'alcool, cet élément s'ajoutera aux signes habituellement retenus et sera un élément objectif, irréfutable pour établir l'état ébrié, point de départ de la procédure. Un dosage nul indiquerait aux forces de l'ordre que le comportement ébrié et/ou anormal attribué à tort à l'alcool ne lui est, en réalité, pas imputable ce qui ne dispenserait pas

⁶⁷ La proposition de loi « relative aux situations d'ivresse publique », présentée le 15 février 2006 par M. Olivier Jardé, député, va dans ce sens

⁶⁸ Il devra être fait abstraction du trait limite des embouts des éthylotests qui traduit un seuil limite acceptable d'imprégnation alcoolique pour la conduite automobile. Ici, ce qui est recherché, c'est la présence ou non d'alcool qui se traduit par le changement de coloration. Même un taux très faible peut mettre une personne dans un état d'ivresse publique et manifeste

celles-ci, dans le cadre de leur mission déontologique d'assistance, de prendre un avis médical. Le refus de se soumettre au test ne constituant pas une infraction, la mesure ne serait pas d'ordre législatif mais pourrait relever d'une circulaire.

Le recours à l'éthylotest est d'autant plus recommandable qu'il s'agit de matériels moins coûteux que les éthylomètres (1091€HT contre 2602 €HT) et dont les forces de gendarmerie et de police nationale ont largement équipé leurs véhicules d'intervention.

Cette proposition de la mission a rencontré une approbation unanime de la part de tous les intervenants rencontrés. La vérification de la présence d'alcool chez la personne interpellée présente en effet des avantages juridiques et médicaux :

- juridiquement : si l'éthylotest révèle la présence d'alcool, il sera plus difficile à la personne à l'occasion d'un contentieux ultérieur de prétendre avoir subi une interpellation et une rétention arbitraires ;
- médicalement : si l'éthylotest ne révèle pas la présence d'alcool, cela confirmera la nécessité de conduire la personne dans un service hospitalier d'urgences ; car alors l'état d'ivresse ne peut s'expliquer que par une pathologie dangereuse ou une intoxication par des substances illicites ou médicamenteuses.

Recommandation n°2 : objectiver l'état d'imprégnation alcoolique de la personne interpellée en utilisant un éthylotest (circulaire)

2.2.2. Réorganiser et clarifier la prise en charge médicale

Alors que l'articulation des aspects policiers et sanitaires est au cœur de la procédure d'IPM, la loi est muette sur ce sujet : bien que figurant au code de la Santé publique, elle ne parle en effet ni de critères sanitaires de l'ivresse, ni d'examen médical, ni de surveillance sanitaire ni de prise en charge sanitaire⁶⁹.

2.2.2.1. Prévoir dans la loi un examen médical

La seule base juridique de l'articulation avec le secteur sanitaire est la circulaire du ministre de la santé susmentionnée du 16 septembre 1973 qui enjoint aux préfets de donner aux directeurs d'hôpitaux des instructions pour permettre l'accueil des sujets en état d'ivresse amenés par les forces de police. Le document qui atteste le passage par l'hôpital est, nous l'avons vu, le BNH sur lequel figure la seule indication que l'individu a été (ou non) remis aux forces de l'ordre (voir annexe 5). Ces circulaires vieilles de 30 ans ne constituent nullement un fondement juridique suffisant : le Conseil d'Etat ne reconnaissant pas au-delà de la simple organisation interne des services une valeur réglementaire aux circulaires.⁷⁰

Certes, à l'impossible nul n'est tenu et lorsqu'il n'existe pas d'accès au médecin, le retour au domicile ou le transfert direct au commissariat ou à la brigade se pratiquent, notamment en zone rurale. Mais, si rares que soient les IPM ayant comporté des accidents ou des complications, (hématomes sous-duraux, suicides, comas éthyliques..), l'intoxication éthylique aiguë est toujours une situation à risque qui requiert un examen médical en raison des troubles directs qui lui sont attachés (vigilance, équilibre...), des complications possibles (delirium tremens, syndrome de

⁶⁹ Il est vrai qu'à partir de 1954, il a existé une loi sur les alcooliques dangereux pour autrui (voir 2.1.3.1). Mais cette loi n'a pas été appliquée, en dehors de quelques signalements.

⁷⁰ Cf. note 20

sevrage, hépatite aiguë, insuffisance cardiaque...), des comorbidités (diabète, présence d'un hématome sous-dural) ou des confusions possibles avec d'autres pathologies (troubles neurologiques, hypoglycémies). Cette situation est d'autant plus délicate que les IEA s'accompagnent de plus en plus souvent de la prise d'autres substances psycho-actives (haschich, médicaments, voire drogues dures).

Pour souligner l'importance qui s'attache à la réalisation d'un examen médical on citera la recommandation du Conseil de l'Europe (Comité européen pour la prévention contre la torture) « *certaines personnes en garde à vue soit : les mineurs, les personnes en état d'ébriété et les personnes soupçonnées d'infractions liées à la drogue doivent être examinées par un médecin qu'elles l'aient demandé ou non* »⁷¹.

La mission propose donc de maintenir l'exigence d'un examen médical et d'un BCR et d'inscrire ces formalités dans la loi : en effet, seule celle-ci peut valablement porter atteinte à l'exercice des libertés individuelles comme aux obligations des médecins.

Recommandation n°3 : inscrire dans la loi l'obligation d'un examen médical qui donnera lieu à la délivrance d'un bulletin relatif à la compatibilité de l'état de santé avec la rétention (BCR)

2.2.2.2. Inclure l'examen médical prévu dans le dispositif de la permanence des soins

S'il existe un consensus sur l'utilité d'un examen médical, en revanche, la question du lieu où il doit être pratiqué reste ouverte. Les médecins rencontrés par la mission n'ont pas de position consensuelle sur le passage obligatoire ou non par l'hôpital.

Si l'hôpital est le lieu où les infrastructures sont les plus complètes, notamment pour procéder aux examens complémentaires, et s'il doit être l'endroit où un médecin en consultation peut toujours renvoyer un patient, il est clair qu'un bon examen clinique (avec, si nécessaire, un diagnostic rapide de la glycémie) peut être également pratiqué en ambulatoire : cabinet du médecin ou maison de garde, chambre de sûreté au commissariat ou à la brigade de gendarmerie.

Ailleurs qu'à l'hôpital, la problématique de l'examen médical de l'IPM rejoint celle de la permanence des soins rendue obligatoire par l'article L 6314-1 du CSP et organisée au niveau départemental depuis 2005/2006⁷².

C'est à l'intérieur de ce cadre que la prise en charge des IPM pourrait être organisée, sous l'égide du préfet de département et du Conseil départemental de l'ordre des médecins, par convention entre les parties, définissant la responsabilité de chacun des intervenants entre la régulation, les services d'urgence, les pompiers et les médecins libéraux effecteurs. Une réunion devrait se tenir tous les ans à cet effet. Cette réunion regrouperait les responsables administratifs (police, gendarmerie, DDASS), les principaux acteurs de la permanence des soins (services d'urgence, pompiers, services de régulation hospitalière et libérale) et les maires.

La consultation du médecin devrait être possible sur le lieu de l'interpellation, au commissariat ou à la brigade et si l'état de la personne le permet au cabinet ou dans une maison de garde. Lorsqu'elles sont disponibles, les consultations médico-judiciaires d'urgence (UMJ) créées par la circulaire du

⁷¹ In. : Conférence de consensus sur l'intervention du médecin en GAV, SFMU, 2/3 Décembre 2004

⁷² Art. R733 du CSP. Décrets du 7 avril 2005 et du 20 décembre 2006 et avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux signée entre l'UNCAM et leurs représentants

27 février 1998⁷³ pourraient aussi être mobilisées à la condition que la nature administrative de la saisine soit clairement spécifiée.

Il serait utile, par ailleurs, que la convention départementale organisant l'IPM soit évaluée tous les ans.

A défaut de convention, l'important est qu'il existe entre les services, principalement entre les forces de l'ordre et les services d'urgence (comme cela existe partout où la mission s'est rendue) mais aussi avec le service de la régulation et les pompiers une concertation sur la place et la responsabilité de chacun de manière à ce que sur le terrain, il n'y ait pas le jeu de mistigri qui fait de l'usager en état d'IPM un pion dont personne ne veut.

Ainsi, à Evreux, hors même l'existence de conventions, la répartition des rôles apparaît clairement : la gestion des appels pour faits d'ivresse, par les pompiers, est la suivante :

- s'il y a trouble à l'ordre public, renvoi vers les forces de l'ordre ;
- si l'appel concerne un cas grave, envoi immédiat d'un véhicule par le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) ;
- si l'appel ne concerne pas un cas grave, mise en rapport avec le 15 pour régulation.

Les IPM se multiplient lors de grandes manifestations festives (fête de la musique, 14 juillet, 31 décembre, grande braderie à Lille, festivals divers, rave parties, spectacles sportifs, fêtes étudiantes....) et deviennent parfois difficilement gérables pour les forces de l'ordre et les services d'urgence. Pour ces occasions, il est fréquent que le préfet, souvent en lien avec les municipalités et les SDIS des Conseils généraux, installent des postes de soins (type camion Croix Rouge) avec des médecins. Il importe de systématiser ces dispositifs qui présentent un grand intérêt du point de vue de la santé publique et de la prévention de la délinquance.

Dans le cas d'IPM survenant dans ce cadre, ce serait ces médecins, préposés en quelque sorte à la permanence des soins dans ces lieux, qui seraient habilités à faire l'examen médical de dispense d'hospitalisation. Ces dispositifs pourraient être prévus dans le cadre de la convention organisant la prise en charge des IPM dont il a été question plus haut.

Recommandation n°4 : organiser la consultation médicale dans le cadre de la permanence départementale de soins (circulaire et conventions)

2.2.2.3 Encourager la consultation médicale sur place

Ainsi que la mission l'a démontré plus haut, la visite du médecin sur le lieu de rétention est plus efficace que le transport de la personne interpellée par les forces de sécurité jusqu'aux services d'urgence.

Dans le premier cas, une seule personne se déplace (le médecin) et ne perd aucun temps en attente. Dans l'autre cas, trois personnes se déplacent et sont immobilisées durant le temps de l'examen et d'attente à l'hôpital. Il y a donc un coût global élevé en heures fonctionnaires ou militaires.

De surcroît, l'attention de la mission a été attirée à de nombreuses reprises sur les inconvénients en termes d'image de la procédure consistant à emmener aux urgences hospitalières une personne interpellée en situation d'IPM. Les missions des forces de sécurité et des services de soins sont par nature différentes. Les forces de sécurité ont une vocation répressive, préventive et dissuasive. Les services de soins ont une vocation curative. La présence, sur les lieux des urgences hospitalières, de

⁷³ Circulaire n° DH/AF1/98/137 du 27 février 1998 et circulaire DACG du 27 décembre 1998, relatives à la création des consultations médico-judiciaires d'urgence.

policiers ou de gendarmes retenant entravée, comme ils y sont généralement contraints, la personne interpellée, souvent agitée, n'est bonne ni pour l'image de l'hôpital ni pour celle de la police ou de la gendarmerie nationale. En cas de très grande excitation ou de violence de la part de l'interpellé, la situation peut même perturber fortement les services d'urgence. Une visite médicale sur le lieu de rétention doit donc être préférée à un déplacement à l'hôpital et doit être facilitée.

Recommandation n°5 : privilégier la consultation médicale dans les locaux de la police ou de la gendarmerie

2.2.2.4 Faciliter la consultation sur le lieu de rétention

La consultation sur place suppose que les locaux de la police et de la gendarmerie soient aménagés pour permettre le déroulement de la visite médicale dans de bonnes conditions matérielles et de confidentialité.

Elle implique aussi que les médecins aient l'assurance d'être rémunérés (honoraires et frais de déplacement), ce qui suppose une inscription définitive et identifiable des crédits d'IPM aux budgets des administrations (voir 2.2.2.5).

La question des honoraires des médecins, notamment de leur tarification, devra faire l'objet d'une concertation dans le cadre d'un groupe de travail interministériel ad hoc comprenant l'ordre des médecins et des professionnels de terrain des quatre administrations concernées (Intérieur, Défense, Santé, Justice).

Le groupe de travail devra prendre en compte les pratiques existantes, les tarifs pratiqués dans le cadre des gardes à vue (article R 117 du CPP) et les majorations spécifiques prévues dans le cadre de la permanence des soins pour les visites de nuit (46 € pour 20h-0h et 6h-8h et 55 € pour milieu de nuit), des dimanches et jours fériés (30 €).

Recommandation n°6 : organiser une concertation sur la tarification des honoraires d'examen médical d'IPM dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire

2.2.2.5. Prévoir le financement par l'Administration des visites médicales

Actuellement, en dehors des cas rares où elles sont effectuées sur le lieu de l'interpellation ou de la rétention et font l'objet d'un règlement par mandat administratif d'une administration communale ou nationale, la prise en charge financière des visites médicales est défailante : soit elle n'est pas effective, soit elle s'effectue dans un cadre irrégulier.

Il y a donc lieu de prévoir les modalités du financement courant des actes médicaux d'IPM par l'autorité administrative, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits ayant clairement affirmé le caractère administratif de la mesure.

La mission évalue cette charge à 3 millions d'euros. En effet, les 70 000 visites médicales d'IPM pourraient être effectuées :

- pour 35 000 d'entre elles, aux urgences hospitalières, à raison de 25 € l'acte, soit 875 000 € (mais avec une grosse perte de temps pour les forces de sécurité) ;
- pour de 35 000 d'entre elles, sur le lieu de la rétention, à raison de 60 € l'acte, soit 2 100 000 € (mais avec un important gain de temps pour les forces de sécurité).

Ce financement ne préjuge pas de la contribution des communes dans le cadre des contrats locaux de sécurité ou des conventions prévoyant des postes de soins lors de manifestations festives.

Recommandation n° 7 : prévoir, à titre provisionnel, un budget de trois millions d'euros pour financer régulièrement les dépenses d'examen médical.

2.2.2.6. Donner pour cadre juridique à la saisine du médecin et à sa mission la réquisition administrative

En cas d'absence de conventions ayant prévu des postes de soins lors de manifestations festives, la saisine des médecins, qu'il s'agisse des hospitaliers ou des libéraux, pourrait prendre la forme d'une réquisition administrative. En effet, la réquisition judiciaire, on l'a vu, ne s'applique pas aux IPM⁷⁴.

La réquisition administrative pour fourniture de biens et de services se définit comme l'obligation par l'entreprise ou la personne requise « *d'exécuter par priorité les prestations prescrites, avec les moyens dont elle dispose et tout en conservant la direction de son activité professionnelle* » (L 2213-3 du Code de la Défense). Elle a pour base juridique le code de la Défense (qui a intégré les dispositions de l'ordonnance n° 59-63 du 6 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et de services), sur un plan général les articles L 2213-1,2 et 3 et, concernant le ministère de la santé, les articles R 1142-22 et suivants. Le CSP instaure, par ailleurs, une sanction (amende de 3750 €) à l'encontre du médecin qui ne défère pas " aux réquisitions de l'autorité publique" (L. 4163-7).

La jurisprudence du Conseil d'Etat impose la réunion de trois circonstances pour que soit possible le recours à la réquisition:

- l'existence d'un risque grave pour la santé publique ;
- l'impossibilité pour l'administration de faire face à ce risque en utilisant d'autres moyens ;
- l'existence d'une situation d'urgence.

Ces conditions peuvent, semble-t-il, être considérées comme remplies dans le cas des IPM.

En effet, dans sa décision relative au financement des "*honoraires et indemnités de déplacement des médecins requis pour examiner les personnes appréhendées en état d'ivresse sur la voie publique et placées en chambre de dégrisement*", le Conseil d'Etat se réfère expressément, dans ses visas, à l'ordonnance n° 59 – 63 du 6 janvier 1959 et au décret n° 62 – 367 du 26 mars 1962, relatifs à la réquisition administrative pour fourniture de biens et de services⁷⁵.

La réquisition administrative est actuellement appliquée dans le contexte de l'organisation des soins : le Code de la santé publique prévoit le recours à la réquisition par le préfet pour établir le tableau départemental de permanence des soins lorsque celui-ci n'est pas complet (articles R 733 du CSP)⁷⁶. Pour éviter toute confusion, que ce soit avec la réquisition judiciaire ou les autres réquisitions à des médecins, la mission propose que la demande adressée au médecin soit dénommée "*réquisition administrative pour IPM*".

L'acte de réquisition traduit le fait que l'examen médical est pratiqué à la demande de la police ou de la gendarmerie et non de l'intéressé. Il apparaît d'autant plus nécessaire de donner ce cadre juridique à la saisine du médecin que la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades dispose qu' « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne...* » et que « *lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté* », il est nécessaire de consulter la personne de confiance ou la famille ou à défaut un proche.

⁷⁴ Voir articles 60 et 63-3 et 74 et 77-1 du CPP.

⁷⁵ Cf note 21.

⁷⁶ A noter que dans ce cas, le financeur est l'assurance maladie.

Le décret n° 62 – 367 du 26 mars 1962 « portant règlement d'administration publique en application de l'ordonnance n° 59 – 63 du 6 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et de services » précisait les modalités d'exécution des réquisitions et d'évaluation des indemnités de réquisition (articles 7 et 8 du décret). Dans le cas de l'IPM, il conviendrait pour la délivrance de la réquisition, de prévoir que le préfet puisse déléguer sa signature aux responsables locaux des forces de sécurité. L'acte de réquisition fixerait la mission du médecin qui consisterait à examiner la personne interpellée, à établir éventuellement un bulletin de compatibilité avec la rétention (BCR) ainsi qu'un document descriptif des éventuelles lésions de la personne interpellée.

Sur la base de cette réquisition, le médecin établirait en conséquence :

- **un certificat** indiquant si la personne peut être remise aux forces de l'ordre pour dégrisement. La Société française de médecine d'urgence (SFMU) propose de l'intituler : « certificat d'examen médical sur réquisition des forces de l'ordre »⁷⁷. Le modèle proposé reprend celui de la circulaire de 1975. Mais il précise : « si l'état de la personne n'est pas incompatible avec une remise de celle-ci aux forces » « la personne désignée est remise aux forces de l'ordre sous leur surveillance constante. Toutefois, la survenue de modifications inquiétantes de l'aspect de cette personne et notamment d'une détérioration de l'état de conscience doit la faire soumettre immédiatement à un nouvel examen médical ». La mission n'est pas convaincue par cette phrase de précaution qui va de soi. Elle recommande de faire de ce document un bulletin de compatibilité avec la rétention (BCR) qui remplacerait le BNH actuel et pourrait être rempli par les médecins libéraux (annexe 5).
- **un document** portant mention de l'existence ou non de lésions et blessures. Cette mention, importante pour exonérer éventuellement les forces de police de la suspicion de mauvais traitements au commissariat ou à la brigade⁷⁸ ne viole pas le secret professionnel dès lors qu'elle est purement descriptive : la description ne constitue pas une information médicale au sens de l'article 73 du code de déontologie qui en prescrit la protection « contre toute indiscrétion ». De plus, l'établissement de ce document figurerait dans la mission définie par la réquisition. La SFMU insiste sur son importance : « Il est impératif de rédiger aussi une observation médicale consignnant l'examen clinique en particulier des lésions traumatiques et les éventuels examens complémentaires réalisés ».

Pour ce qui est du contenu de l'examen médical, qui relève de la seule responsabilité du médecin (annexe 15), il existe, pour guider son établissement :

- les Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES de 2001 : « Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins » ;
- les Recommandations de la conférence de consensus de la SFMU de 1992, actualisées en 2003 et 2006 : "L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences";

Une enquête de la Société française de médecine d'urgence en 2006 auprès de 298 services montre que 20 % des services utilisent une procédure de service dans le cas des IEA simples et 33% dans le cas des IPM. La même enquête indique que 65 % des urgentistes connaissent la conférence de consensus de 2003 mais seulement 33% son actualisation de 2006. L'appropriation de ces recommandations par les urgentistes ne semble donc pas majoritaire.

⁷⁷ Société française de médecine d'urgence : actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences ».

⁷⁸ Cf arrêt de la CDEH Tais contre France, du 1^{er} juin 2006, site Internet de la CEDH : <http://www.echr.coe.int>, qui souligne que le certificat médical contenait « des observations cliniques banales et ne mentionnait pas les multiples récentes ecchymoses ...constatées plus tard lors de l'autopsie » (voir 2.2.3).

Ces recommandations devraient être mieux connues et pourraient être intégrées dans les critères d'accréditation des médecins⁷⁹.

Sur la base de ces orientations générales, la mission préconise que le groupe de travail évoqué plus haut définisse, de façon précise, outre la tarification de l'examen les modalités :

- de mise en œuvre de la réquisition administrative pour IPM (modalités de la délégation, contenu de la mission, modélisation...);
- de la modélisation du certificat médical (bulletin de compatibilité avec la rétention);
- de la modélisation du certificat descriptif des lésions.

Recommandation n°8: donner pour cadre juridique à la saisine du médecin la réquisition administrative d'IPM et confier au groupe de travail susvisé le soin de déterminer les modalités de mise en œuvre de la réquisition et de la modélisation des certificats médicaux.

2.2.3. Améliorer les conditions de la surveillance de la personne en rétention

La personne en rétention pour dégrisement se trouve sous la surveillance des forces de sécurité. La question se pose de savoir selon quelles modalités celles-ci effectuent cette surveillance, sachant que dès lors qu'une personne leur est confiée, elles reçoivent d'instructions que de leur seule hiérarchie, à travers des documents de nature administrative et non d'un médecin. A cet égard :

- la gendarmerie n'a pas édicté de normes et s'en remet au bon sens de ses officiers et sous-officiers⁸⁰ ;
- dans le règlement intérieur d'emploi des gardiens de la police nationale, l'article 225 indique que « le chef de poste effectue des rondes au moins toutes les quinze minutes ou désigne un fonctionnaire à cet effet. Le commandement augmente la fréquence des rondes et multiplie les mesures de précaution en fonction du comportement connu du ou des individus à surveiller ».

On rappellera sur la question l'un des attendus de l'arrêt Tais de la Cour européenne des droits de l'homme (note 78) : « ... sa détention n'a été accompagnée d'aucune mesure de surveillance -en particulier médicale- afin de protéger sa vie. La Cour relève à cet égard de graves manquements et négligences des autorités françaises. Il apparaît en effet qu'aucun policier n'est entré dans la cellule de dégrisement de 1 h à 7 h 30 du matin en dépit des cris de Pascal Tais tout au long de la nuit et ce jusqu'à quelques instants avant sa mort. Ses cris auraient été interprétés comme étant liés à son état d'excitation et son alcoolémie et non comme des cris de souffrance ou d'appel au secours. La Cour estime paradoxal de parler d'un contrôle effectif tous les quarts d'heure où rien n'était à signaler alors que les policiers ne sont pas entrés dans la cellule. »

L'orientation qui se dégage des échanges avec les médecins consiste à réveiller la personne toutes les heures ou heures et demie afin de s'assurer qu'elle est bien consciente⁸¹. La mission ne

⁷⁹ Celles-ci concernent principalement le diagnostic qui ressort principalement de l'examen clinique. En effet, « la corrélation entre l'alcoolémie, les signes cliniques et la gravité est médiocre ». L'ANAES écrivait en 2001 : « Il n'est pas recommandé de mesurer systématiquement la concentration d'éthanol dans le sang ou dans l'air expiré pour retenir le diagnostic d'IEA.... Il est important de distinguer l'IEA simple de l'IEA pathologique. La SFMU indique des critères de gravité et des critères de réalisation d'examens complémentaires. Elle insiste sur l'intérêt de la recherche de la glycémie. Cet examen est très simple, se lit en temps très court et peut être pratiqué hors l'hôpital. Elle juge le « binge drinking » (ou « alcool défonce »), comme une pratique à haut risque et met en exergue les risques propres à l'adolescent, notamment les risques de suicide.

⁸⁰ Cf. Circulaire n° 38200 MA/GEND/T du 4 octobre 1967 relative à la surveillance des personnes gardées à vue dans les chambres de sûreté et note-express n° 2000 DEF/GEND/OE/PJ du 23 janvier 1992 relative à l'examen médical des personnes gardées à vue.

préconise pas d'aller au-delà dans la surveillance : en effet, soit le patient nécessite une mise en observation médicale et il doit être hospitalisé, soit son état de santé et ses antécédents ne le justifient pas, et un certificat de non hospitalisation est délivré et dans ce cas, la surveillance policière, non médicalisée, doit suffire.

Malgré tout, pour sortir des incertitudes actuelles, la mission propose, dans le cadre du groupe de travail évoqué plus haut qu'une réflexion soit conduite à ce sujet entre le ministère de la santé (Direction générale de la santé) et les ministères de l'Intérieur, de la Défense et de la Justice.

Recommandation n°9 : organiser la concertation sur les modalités de la surveillance en rétention et adapter par voie de circulaires internes (police, gendarmerie) les recommandations du groupe de travail.

2.2.4. Clarifier le statut de la période située entre l'interpellation et la mise en dégrisement

La circulaire de 1973 a introduit, dans la procédure de prise en charge des IPM, une nouvelle étape, entre l'interpellation et le placement en dégrisement, au cours de laquelle la personne présumée en état d'ivresse est conduite à l'hôpital pour y subir un examen. Le temps consacré par les forces de l'ordre à cette formalité représente souvent plusieurs heures passées en conduite et en attente au service des urgences. Or, le statut juridique de cette période reste indéterminé dans la mesure où le texte d'incrimination originel, qui ne prévoyait pas cette formalité, n'a pas été modifié. Cette situation est d'autant plus préoccupante que souvent, l'extrême état d'agitation de l'intéressé conduit les forces de l'ordre à utiliser les menottes.

Soit l'individu présumé en état d'ivresse est considéré comme étant libre au motif que la mesure de rétention prescrite par le texte n'est pas encore effective au moment de la prise en charge médicale; soit il est considéré comme placé, dès son interpellation, sous l'autorité des forces de l'ordre et contraint, par voie de conséquence, à se soumettre aux différents actes de la procédure qui forment un tout. Seule la seconde analyse apparaît pertinente car de nature à garantir l'efficacité du dispositif, notamment, au regard de l'impératif de protection de la personne vulnérable.

Dans cette optique, il devient indispensable de sécuriser, par la loi, le dispositif dans sa phase sanitaire. A cette fin, une nouvelle rédaction de l'article L3341-1 du CSP, doit être proposée qui fera de la visite médicale une étape obligée de la procédure (renvoi à la recommandation n°3). Dès lors, le statut de la phase sanitaire se trouve clarifié et le contrevenant doit être considéré en situation de rétention, donc de contrainte, dès son interpellation. Cette option permettra que le même régime de contrainte soit réservé à l'intéressé, qu'il subisse la visite médicale durant sa rétention au poste ou à la brigade, ou qu'il la subisse à l'hôpital. Elle sera, par ailleurs, dans la logique de la pratique judiciaire en matière de garde à vue qui, parce que la mesure de rétention est une mesure de contrainte, consiste à imputer sa durée sur celle de la garde à vue.

2.2.5. Encadrer la durée de la rétention et la limiter à 12h

La durée de la rétention n'ayant pas été fixée par la loi, les forces de l'ordre s'efforcent d'apprécier, de façon la plus objective possible, comme lorsqu'elles caractérisent l'état d'ivresse, le moment à

⁸¹ Dans les documents ANAES et SFMU, l'élément essentiel pour la surveillance à l'hôpital, apparaît « le maintien de la permanence des fonctions relationnelles » (problème du coma éthylique et du syndrome de sevrage). « L'évolution d'une IEA isolée non compliquée est marquée par la régression spontanée des signes en 3 à 6 heures ».

partir duquel le contrevenant aura « *recouvré la raison* » de telle sorte qu'il puisse être entendu utilement et dans le respect de ses droits⁸².

Or, les exigences de la CEDH au regard des principes de proportionnalité et de prévisibilité, obligent à sortir du flou juridique actuel, en fixant, par la loi, à l'instar de ce qui a été fait en matière de contrôle d'identité⁸³, la durée maximale de la mesure de rétention. Le fait que la CEDH vienne de déclarer recevable une requête dans laquelle un citoyen français, M. Castelot se plaint d'avoir été retenu arbitrairement parce que notamment la « loi » en vigueur au moment des faits ne présentait pas un degré de précision et de prévisibilité satisfaisant, tant en ce qui concerne les conditions d'arrestation que celles de la rétention, atteste de ce que les critiques formulées par le requérant à l'encontre de la procédure française ont convaincu la Cour⁸⁴. L'affaire, en cours de transaction, ne sera pas nécessairement jugée.

Mais déterminer la durée de la rétention pour ivresse publique et manifeste apparaît une opération délicate dans la mesure où elle consiste à arrêter une norme alors que le temps de dégrisement varie selon la constitution des individus et leur niveau d'imprégnation alcoolique.

Certains états d'Europe tels l'Allemagne ou encore la Pologne ont fait le choix de fixer la durée maximale de la rétention à 24 heures. Cette durée apparaît trop longue d'autant que la consultation d'une cinquantaine de procédures a permis à la mission de constater que la quasi totalité des mesures de rétention étaient levées dans les 12 heures de l'interpellation⁸⁵. Sachant que la décroissance moyenne de l'alcoolémie s'opèrerait à raison de 0,15g/l/heure⁸⁶, 12 heures représentent le temps nécessaire pour dissiper une alcoolisation de près de deux grammes, ce qui représente une alcoolisation déjà sévère. Au delà de ce taux, il est probable que l'individu doive être hospitalisé. Cette durée semble donc pouvoir être retenue comme limite extrême de la durée de la rétention pour ivresse publique.

En effet, la nature particulière de cette mesure, dont la finalité n'est pas l'enquête mais la protection de la personne et de la tranquillité publique, justifie que lui soit réservé un sort particulier par rapport à d'autres mesures de rétention prévues par la loi. Il apparaît, notamment, légitime que la durée proposée reste inférieure à celle que le législateur a fixée en matière de rétention douanière (24h reconductibles, art 323 du code des douanes), de garde à vue (24h reconductibles, art.63 et 77 CPP), de rétention à l'issue de la garde à vue dans l'attente d'un défèrement devant le procureur de la République (20h, art. 803-3 du CPP) ou encore de rétention en vertu d'un extrait de jugement ou d'arrêt (24h, art 716-5 du CPP), mais qu'elle soit, en revanche, plus importante que celle prévue dans le cadre d'un simple contrôle d'identité (4 h, art 78-3 du CPP).

La durée de 12 heures renvoie en définitive au régime applicable en matière de rétention des mineurs de 10 à 13 ans (art.4 de l'ordonnance du 2 février1945). La vulnérabilité et la fragilité particulières de la personne en état d'ivresse peuvent venir justifier qu'un niveau de protection équivalent à celui du mineur lui soit garanti en ce qui concerne la privation de liberté.

Recommandation n°10 : fixer dans la loi la durée maximale de rétention pour dégrisement à 12h

⁸² Cass. Crim. 12 10 1999; Cass. crim. 10 5 2000, bull. crim., n°181. La Cour de cassation laisse aux juridictions du fond le soin de vérifier que la notification des droits est intervenue en temps utile eu égard à l'état de la personne.

⁸³ L'article 78-3, troisième alinéa, du CPP limite à 4 heures la durée de la rétention pour un contrôle d'identité.

⁸⁴ Cf note 18.

⁸⁵ Cette moyenne est tirée des seules procédures qui comportent l'heure de mise en dégrisement et de levée de la mesure qui représentent environ 2/3 des situations examinées.

⁸⁶ Les médecins avancent ce taux avec prudence, il ne serait qu'indicatif. Il semblerait, notamment, qu'un alcoolique chronique dégrise paradoxalement plus rapidement qu'un buveur occasionnel. Le seuil d'apparition des symptômes de l'IPM serait de l'ordre de 1g/L.

2.2.6. Clarifier l'articulation du dégrisement et de la garde à vue

Le placement en chambre de sûreté n'est pas une garde à vue, il est une mesure de rétention administrative. Sa finalité n'est pas l'enquête mais la protection de la personne et de l'ordre public. Nous l'avons vu, le placement a lieu dans un local de dégrisement, situé au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie la plus proche.

Les actes effectués au cours de la période de dégrisement, sont des actes de police administrative et non des actes de police judiciaire. Il s'ensuit comme l'a rappelé le Conseil d'Etat dans son arrêt du 25 octobre 2002, que les honoraires du médecin requis pour procéder à l'examen médical de compatibilité incombent à l'Administration. Cette analyse a été confortée par le Tribunal des Conflits qui a décidé, dans son arrêt du 18 juin 2007, que la mesure en cause (dégrisement) « *dont l'objet était relatif tant à la protection de la personne concernée qu'à la préservation de l'ordre public, ne relevait pas d'une opération de police judiciaire, au sens de l'article 14 du CPP ; que par suite les litiges relatifs aux dommages pouvant survenir à l'occasion de son exécution ressortissent à la compétence des juridictions de l'ordre administratif* » (cf. note 22).

Si la mise en œuvre de ces principes apparaît simple lorsqu'est relevée à l'encontre du contrevenant la seule contravention d'ivresse publique, elle est plus complexe lorsqu'il y a délit connexe⁸⁷. Se pose alors la question de l'articulation de la mesure de rétention avec la mesure de garde à vue.

A de nombreuses reprises et notamment dans son arrêt du 9 septembre 1998, la Cour de cassation a eu l'occasion de rappeler que les individus retenus en chambre de sûreté en application des dispositions du code de la santé publique ne disposent pas des droits accordés aux personnes gardées à vue (examen par un médecin art. 63-3 CPP, avis donné à la famille art. 63-2 CPP, entretien avec un avocat art. 63-4 CPP)⁸⁸. Elle a, par ailleurs, considéré que l'ivresse constitue une circonstance insurmontable justifiant que soit différée la notification des droits au gardé à vue⁸⁹, cette notification devant toutefois intervenir dès que l'individu a recouvré la raison⁹⁰. Cela ne signifie pas pour autant que toute personne entendue après avoir été placée en chambre de sûreté se trouve nécessairement dans une situation de contrainte impliquant son placement en garde à vue. Il est en effet possible de retenir, après dégrisement, une personne, qui y consent, le temps strictement nécessaire à son audition sans la placer pour autant en garde à vue⁹¹.

A travers ces décisions, la Cour de cassation affirme clairement que la mesure de rétention et la mesure de garde à vue sont deux mesures distinctes dont les régimes ne peuvent être confondus. Cette analyse est d'ailleurs en parfaite cohérence avec les arrêts du Conseil d'Etat et du Tribunal des conflits. Si les régimes sont distincts et dans la mesure où aucun texte n'en dispose autrement⁹², le principe du cumul des mesures de rétention et de garde à vue semble devoir s'imposer, comme en matière de rétention des étrangers.

⁸⁷ Il n'est pas possible, en l'état de l'outil informatique, de connaître le nombre de GAV précédées d'une IPM. En effet, les IPM ne sont pas enregistrées dans le STIC qui ne comptabilise que les crimes ou les délits. Pour connaître ce pourcentage, il faudrait recouper manuellement le « registre 33 » des ivresses prévu à la circulaire 3630 du 29 novembre 1963 avec le registre de garde à vue. Un problème d'alcool serait présent (ivresse et CEA) dans 20% des GAV. Ce pourcentage donné par les fonctionnaires rencontrés sur site est une simple estimation. Il ne repose sur aucune donnée statistique objective.

⁸⁸ Cass. Crim. 9 septembre 1998, bull. crim. n° 229; cass crim. 26.11.2003 juris-data n°2003-021737 ; droit pénal 2004, comm.57, note A. Maron

⁸⁹ Cass. Crim 3 avril 1995 bull. Crim. 240 ; Cass crim. 27.5.1997.;

⁹⁰ Cass. Crim. 4.1.1996. Cass. crim, 3 avril 1995 bull. crim. n° 240 ; 4 janvier 1996 n°00-82.024 ; 10.5.2000, bull.crim. n°181. Dans cette dernière espèce la Cour considère que si malgré l'état d'ébriété la personne est en état de répondre aux questions, la notification des droits qui lui aurait été faite ne peut être contestée ; bien au contraire le retard mis à informer le suspect de ses droits serait sanctionné par la nullité de la GAV voir en ce sens Cass.crim. 27.10.2004 juris-data n°2004-025778.

⁹¹ Cass. Crim 19.11.2002 n°01-87686 ; 26.11.2003 n°03-81442 et 26.10.2005 n°05-80-647;

⁹² Comme en matière de rétention douanière (art.323 du code des douanes) ou de contrôle d'identité (art.78-4 du CPP) où le législateur a posé le principe du non cumul de la durée de rétention avec la garde à vue.

Or, à l'occasion de ses déplacements sur site, la mission a pu constater que les pratiques des policiers et des gendarmes en matière de computation des délais de rétention et de garde à vue étaient disparates. Tantôt, l'OPJ attend le complet dégrisement de l'individu pour le placer en garde à vue et lui notifier ses droits. Dans cette hypothèse, par un artifice intellectuel, le début de la garde à vue est fixé rétroactivement à l'heure de l'interpellation. Tantôt, il place l'individu ivre en garde à vue, dès le début de la rétention et diffère la notification des droits, la durée du dégrisement venant se confondre avec celle de la garde à vue; d'autres fois encore, la garde à vue et les droits y afférents sont notifiés une première fois, au moment du placement en chambre de dégrisement, puis une seconde fois quand la mesure est levée. Ces pratiques semblent résulter d'une interprétation extensive de la circulaire du ministère de la justice du 4 décembre 2000⁹³ qui retient la rétroaction comme principe de computation des délais en matière de rétention des témoins aux fins d'audition.

Par ailleurs, aucune disposition du code de procédure pénale n'autorisant de réquisition en matière contraventionnelle, les fonctionnaires ou militaires sont conduits, souvent à la demande expresse des praticiens, à délivrer une réquisition judiciaire telle que prévue en matière de crimes et délits aux articles 60 et 77-1 du CPP, ce qui permet à ces derniers d'avoir l'assurance d'être payés, leurs honoraires étant alors imputés en frais de justice. La confusion des mesures peut également avoir pour conséquence qu'il ne soit pas procédé à l'examen médical de dégrisement, le médecin ne se déplaçant qu'une fois pour l'examen de garde à vue. Cet état de fait est contraire à la circulaire de 1973 dont le souci est précisément d'assurer la protection de la personne et la prévention des risques, et va à l'encontre du souhait de la mission de faire de l'examen médical une formalité obligée.

Toutefois, le procédé consistant à imputer la durée de la mesure de dégrisement sur celle de la garde à vue peut apparaître défendable au regard des droits de la défense, dans la mesure où il permet de prendre en compte le caractère coercitif de la mesure de rétention et a pour effet de limiter la durée maximale de privation de liberté. Il semble, en outre, implicitement validé par la Cour de cassation⁹⁴. Encore faut-il qu'il soit consolidé juridiquement.

C'est pourquoi, la mission propose d'inscrire dans la loi le principe du non cumul des durées de la rétention pour ivresse publique et manifeste et de la garde à vue, à l'instar de ce qu'a prévu le législateur en matière de contrôle d'identité (art 73-4 CPP) et de rétention douanière (art 323 du code des douanes). L'article L3341-1 du CSP devra donc être complété en ce sens.

Pour autant, il sera rappelé, par voie de circulaire, que la règle de l'imputation ne peut avoir pour effet d'assimiler les deux mesures et de confondre leur régime, comme l'a affirmé la Cour de cassation, en matière douanière, dans un arrêt du 1^{er} mars 1994 dans lequel elle énonce : « *Mais attendu qu'en prononçant ainsi, alors que l'imputation de la retenue douanière sur la durée de la garde à vue a seulement pour objet de limiter la durée maximale de privation de liberté de la personne en cause et qu'elle est sans effet sur les régimes respectifs de ces mesures, la chambre d'accusation a méconnu le sens et la portée des textes susvisés* »⁹⁵.

Ces principes posés, il en résulte que la mesure de rétention pour IPM, quand bien même est-elle suivie d'une garde à vue, conserve son régime propre. La saisine du médecin et l'examen médical

⁹³ Circulaire CRIM 00-13 F1 du 4 décembre 2000, présentation des dispositions de la loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes concernant la garde à vue et l'enquête judiciaire. Cette circulaire rappelle la règle de computation du délai de la GAV avec une mesure de rétention des témoins aux fins d'audition, qui veut que, dans ce cas, le début de la mesure de GAV rétroagisse soit au début de l'audition, soit au moment à partir duquel il a été fait usage de la contrainte contre la personne.

⁹⁴ Ch crim. 28 mars 2000 n° 00-80586 et n°99-83967 ; bull.crim 2000 n°136 page 400.

⁹⁵ Cass.crim 1^{er} mars 1994 bull. crim n°80. Dans cette espèce la Cour en tirait la conséquence que « le délai de l'article 63-4 al.1^{er} du CPP court, non à compter du début de la retenue douanière, mais, comme le prévoit ce texte, à compter du début de la garde à vue, c'est à dire de la notification par les officiers de police judiciaire à la personne en cause de son placement en garde à vue dans un local de police ou de gendarmerie; voir dans le même sens l'arrêt du 7 mars 1994 bull. n°89.

auquel elle donne lieu, étant effectués dans le cadre d'une mission de police administrative, ne peuvent être assimilés à des actes de police judiciaire. Dès lors, le médecin intervient, non pas sur réquisition judiciaire⁹⁶, mais sur demande de l'autorité administrative⁹⁷ et le coût de l'examen qui incombe à l'administration requérante, ne saurait être imputé en frais de justice criminelle⁹⁸.

Recommandation n°11 : inscrire dans la loi le principe de non cumul des durées de la rétention pour IPM et de la garde à vue

Recommandation de synthèse (recommandations n° 3, 9, 10) : reformuler comme suit l'article L3341-1 du code de la santé publique :

Une personne trouvée en état d'ivresse dans un lieu public est, par mesure de police, placée en chambre de sûreté pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison. Sur saisine de l'autorité administrative, le contrevenant est examiné par un médecin. Cet examen donne lieu à la délivrance d'un bulletin de compatibilité avec la rétention (BCR). Les frais y afférents sont à la charge de l'Administration. La durée de la rétention ne peut excéder 12 heures. Si, au terme de la retenue, les personnes sont placées en garde à vue, cette durée s'impute sur celle de la garde à vue.

2.2.7. Moderniser les locaux de dégrisement et se rapprocher des normes européennes

La police comme la gendarmerie ont entrepris un plan de rénovation de leurs locaux de sûreté. Toutefois, compte tenu des délais de programmation et des contraintes de financement, la mise aux normes ne peut être que progressive. L'annexe 16 présente quelques schémas de principe des chambres de sûreté généralement rencontrées dans les hôtels de police et les casernes de gendarmerie.

En ce qui concerne la police nationale, où la modernisation conduit à la banalisation des cellules pouvant servir alternativement à la garde à vue et au dégrisement, on dénombre de 2004 à 2007 la construction de 44 cellules neuves et la rénovation de 215 cellules : soit 259 cellules individuelles mises aux normes sur un total de 1620 cellules présentant des caractéristiques insatisfaisantes ; en maintenant ce rythme annuel de modernisation d'une centaine de cellules par an, près de 15 ans seront nécessaires pour aboutir à la mise aux normes de l'ensemble du parc.

En ce qui concerne la gendarmerie, la situation paraît moins critique. Un groupe de travail a remis en octobre 2005 des recommandations visant à rapprocher la situation des normes européennes ; toutefois aucune campagne systématique de mise à niveau des locaux de sûreté n'a été entreprise à ce jour faute de disposer d'un budget dédié. Des aménagements ponctuels peuvent toutefois intervenir à l'occasion d'une réhabilitation totale ou partielle de l'unité, voire à l'initiative du chef du centre de responsabilité au niveau de la région de gendarmerie. Lorsque la caserne est locative, cette mesure reste cependant tributaire de l'accord préalable du propriétaire, qui est généralement une collectivité territoriale.

⁹⁶ Réquisition judiciaire utilisée dans le cadre de la mise en œuvre des articles 60 et 77-1 du CPP.

⁹⁷ Dans sa décision du 25 octobre 2005, le Conseil d'Etat vise l'ordonnance du 6 janvier 1959 sur la réquisition de biens et de services. Ce texte a été abrogé par une ordonnance n°2004-1374 du 20 décembre 2004 article 51 et codifié sous les articles L2213-1 et suivants du code de la Défense (voir 2.2.2.6).

⁹⁸ Cf note 67. Une proposition de loi présentée, le 15.02.2007, par le député Jardé envisage au contraire « de manière à éviter les hésitations et les contestations susceptibles de résulter des divergences d'interprétation des textes dans des situations où le secret médical est en jeu » que le médecin soit requis par réquisition d'un officier de police judiciaire.

Recommandation n°12 : programmer sur une durée raisonnable la mise aux normes des chambres de sûreté (loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure-LOPPSI)

2.3. ADAPTER LA REPOSE PENALE ET Y INTEGRER LA DIMENSION SANITAIRE

2.3.1. Faire de la sanction pénale un levier de changement pour le contrevenant

Lorsque la justice sanctionne de simples faits d'ivresse publique et manifeste, sans qu'un délit ne leur soit associé, elle apporte, en l'état des textes, une réponse purement économique, souvent tardive et coûteuse⁹⁹. Le contrevenant est puni d'une amende, au montant variable selon les juridictions, sans que ce montant ne puisse être supérieur à 150 €. Dans la mesure où la contravention d'ivresse publique et manifeste, comme l'ensemble des contraventions des quatre premières classes, ne figure pas au casier judiciaire, la situation de récidive n'est pas connue, si ce n'est de façon empirique par la mémoire qu'en ont les forces de l'ordre, elle ne peut donc être une cause d'aggravation de la peine¹⁰⁰. Un même individu peut, dès lors, se voir infliger, de façon mécanique, sans considération de son parcours pénal, et le plus souvent de nombreux mois après la commission des faits¹⁰¹, une succession d'amendes pour ivresse publique et manifeste, dont le recouvrement reste, de surcroît, très incertain.

Or, nous l'avons vu, de l'avis unanime des médecins rencontrés, 90% des personnes prises en charge dans les services hospitaliers dans le cadre de la procédure d'IPM présentent une dépendance à l'alcool, ce qui signifie qu'elles seront appelées à réitérer les faits si la dimension sanitaire de leur conduite n'est pas prise en compte et traitée efficacement. Quant à l'alcoolisme occasionnel, s'il n'est pas encore une dépendance pathologique mais un simple mésusage, il ne doit pas pour autant être considéré comme anodin dans la mesure où il est, souvent, la première étape d'un continuum pouvant mener à la chronicité.

Si, comme le rappellent les circulaires de 1973 et 1975, les médecins ont vocation, à l'occasion de l'examen qu'ils réalisent avant la mise en dégrisement, à déceler les pathologies alcooliques et à organiser la prise en charge médicale de la personne, dans la pratique, cette recommandation n'est pas opérationnelle. Le médecin urgentiste n'a pas, en effet, vocation à effectuer le suivi d'un patient et la personne examinée pour IPM est rarement dans un état lui permettant de recueillir et de suivre des conseils. La prise en charge de la personne en état d'ivresse dans le cadre de la permanence des soins apparaît à cet égard un cadre plus propice à une prise en compte personnalisée de la problématique alcoolique du patient.

En tout état de cause, les poursuites pénales pour ivresse publique et manifeste doivent pouvoir constituer, quel que soit le niveau de dépendance, une opportunité supplémentaire de mise en œuvre d'un suivi, d'autant que, de l'avis des professionnels des conduites addictives, l'alcoolique serait plus réceptif au discours normatif que ne l'est la personne dépendante aux drogues. A cette occasion, en effet, se trouvent clairement pointés, parfois pour la première fois, le mésusage de l'alcool et sa responsabilité dans le passage à l'acte.

⁹⁹Voir développement §1.5.4. Lorsque la contravention d'ivresse publique et manifeste est associée à un délit la dimension sanitaire du comportement peut faire l'objet d'un traitement spécifique dans le cadre de la procédure délictuelle, notamment sous la forme d'une obligation de soins assortissant un sursis avec mise à l'épreuve.

¹⁰⁰Toutefois la comparaison entre le nombre des procès verbaux de constat d'IPM transmis au parquet et le nombre de personnes nommément poursuivies à ce titre peut donner une idée du pourcentage de récidives. Ainsi au TI de St Quentin 600 PV d'IPM ont été établis en 2006, concernant 400 personnes ce qui donne un taux de récidive de 50%.

¹⁰¹ En ordonnance pénale, l'affaire est jugée dans un délai de 3 à 9 mois. Lorsqu'il y a citation devant la juridiction le délai passe à un an et plus.

Il paraît donc indispensable d'adapter la sanction pour que, non seulement elle gagne en efficacité, mais encore qu'elle puisse constituer un levier de changement pour le contrevenant.

2.3.2. Adopter la procédure de l'amende forfaitaire et l'adapter pour favoriser la prise en charge sanitaire

L'ensemble des personnes consultées par la mission et en particulier les médecins-alcoologues sont apparus convaincus de la pertinence d'un dispositif associant la sanction et le soin, quoique l'efficacité d'une telle association puisse apparaître parfois décevante, comme en matière d'obligation de soins, et que le facteur temps soit une condition essentielle à l'inscription durable de la personne dépendante à l'alcool dans un processus de soins, plusieurs contacts infructueux étant souvent nécessaires avant qu'un tel processus puisse s'instaurer.

La mission considère que la procédure de l'amende forfaitaire pourrait constituer le nouveau cadre des poursuites pour ivresse publique et manifeste. En effet, cette procédure, principalement de nature administrative, permettrait, mieux que ne le fait celle de l'ordonnance pénale actuellement privilégiée, d'assurer une réponse pénale homogène, immédiate et à un moindre coût.

Elle devra, toutefois, être aménagée pour permettre la prise en compte de la dimension sanitaire de l'infraction. Cet aménagement pourrait consister en la création d'une exemption automatique du paiement de l'amende forfaitaire, sous condition que le contrevenant justifie auprès de l'agent verbalisateur, dans un délai qui sera le plus bref possible, en tous cas inférieur à un mois¹⁰², avoir pris le contact d'une structure spécialisée dont la liste lui aura été fournie par ce dernier (voir 2.3.3). Si le contrevenant justifie avoir satisfait à la visite, l'action publique sera éteinte, s'il n'y satisfait pas ou s'il refuse l'alternative proposée, l'amende forfaitaire sera recouvrée dans les conditions prévues aux articles 529 et suivants et R49-1 et suivants du code de procédure pénale. Toutefois, pour être mis en œuvre ce nouveau dispositif nécessitera que soient remplies les deux conditions suivantes.

D'une part, afin qu'un contrôle des circonstances de l'interpellation reste possible¹⁰³, il conviendra de prévoir que les constatations utiles à la caractérisation de l'infraction donneront lieu à la rédaction de la fiche d'examen de comportement, dite fiche A, utilisée lors de la constatation d'un crime, d'un délit ou d'un accident de la circulation¹⁰⁴ ; la rédaction d'un procès verbal restant toutefois possible. La fiche ou le procès verbal devront, en outre, comporter les résultats de l'éthylotest pratiqué au moment de l'interpellation ainsi que les heures de placement en chambre de sûreté et de levée de la mesure. A cette fin, la fiche A (annexe 17) sera amendée pour faire apparaître dans la rubrique « référence » le texte répressif de l'IPM, dans la rubrique « nature des faits » une ligne 10 « ivresse publique et manifeste », enfin un cartouche spécifique IPM sera prévu, portant les mentions présence ou absence d'alcool après dépistage ainsi que les heures de début et de fin de la mesure de rétention.

D'autre part, le passage en amende forfaitaire entraînant automatiquement une baisse significative de l'amende encourue¹⁰⁵, il conviendra, pour remédier à cet inconvénient, que le législateur élève la classe de la contravention de telle sorte que l'amende forfaitaire soit d'un montant suffisamment dissuasif pour décourager l'usage abusif d'alcool et particulièrement les nouveaux comportements

¹⁰² Ce délai doit être suffisamment court pour que la sanction ait un sens pour le contrevenant mais suffisamment long pour permettre à la structure de s'organiser pour accueillir l'intéressé.

¹⁰³ Dans la procédure de l'amende forfaitaire, l'infraction est relevée au moyen d'un avis de contravention, sans que soit requis l'établissement d'un procès verbal. Art R. 49-1 du CPP.

¹⁰⁴ Articles L 3354-1 et R.3354-4 du CSP.

¹⁰⁵ Pour une contravention de 2^{ème} classe, le montant de l'amende peut atteindre 150 € au plus (Art. 131-13 du CP) alors que le montant de l'amende forfaitaire est de 35 € (Art. R.49 du CPP).

d'alcoolisme festif des jeunes et qu'elle soit, également, de nature à inciter le contrevenant à accepter l'alternative proposée.

Cette réforme, à portée législative et réglementaire¹⁰⁶, présenterait l'avantage de simplifier et d'accélérer de façon très significative les poursuites tout en fournissant à l'utilisateur abusif la possibilité d'entrer en contact avec une structure susceptible de faire un bilan global de sa situation, tant médicale que sociale, et de lui proposer une orientation en vue d'une prise en charge adaptée à son niveau de dépendance.

La mission avait également envisagé l'option suivante :

- adopter la procédure de l'amende forfaitaire ;
- afin de remédier à la diminution substantielle du montant de l'amende encourue qui s'ensuit (150 €35 €), faire de l'IPM une contravention non plus de 2^{ème} mais de 4^{ème} classe sanctionnée d'une amende forfaitaire de 135 €;
- prévoir la minoration de l'amende (soit pour une 4^{ème} classe : 90 €), à la condition que le contrevenant justifie avoir pris l'attache d'une structure sanitaire spécialisée.

Ce dispositif qui présentait l'intérêt de conjuguer la sanction et le soin comportait toutefois un certain nombre d'inconvénients juridiques et de fond qui ont conduit la mission à l'écarter.

Il est apparu, en premier lieu, difficilement soutenable d'envisager de réprimer une contravention qui sanctionne un mésusage de l'alcool, substance licite, d'un dispositif qui serait, au final, plus sévère, puisque cumulatif, que celui mis en place dans le cadre de l'injonction thérapeutique prononcée pour des faits de nature délictuels d'usage de stupéfiants, substance illicite ; dispositif qui propose au contrevenant une formule non pas cumulative mais alternative : la sanction ou le soin, le législateur ayant considéré que ces réponses devaient être exclusives l'une de l'autre.

Ensuite, la loi n'envisage la minoration de l'amende que pour un nombre réduit d'infractions routières et dans le but purement économique d'un meilleur recouvrement et non pour l'exécution d'une obligation assortissant la sanction.

Enfin, préférer la minoration de l'amende à son exemption totale aurait sensiblement réduit l'effet incitatif d'appel aux soins pour le contrevenant.

Ces inconvénients peuvent justifier que le risque soit pris dans l'hypothèse d'une exemption totale, de voir le contrevenant satisfaire de façon purement formelle à la démarche de soins pour ne pas avoir à payer l'amende. Si risque il y a, il doit être, par ailleurs, relativisé dans la mesure où, de l'avis des alcoologues eux-mêmes, l'on peut raisonnablement envisager que des démarches successives auprès de structures spécialisées en addictologie finissent par aboutir à la prise en charge sanitaire escomptée.

En tout état de cause, il ne peut être attendu de la réponse répressive qu'elle règle, à son seul niveau, la problématique complexe de l'IPM.

Une autre solution que l'amende forfaitaire, envisageable à droit constant mais moins économe en moyens, le traitement restant judiciaire, consisterait à généraliser la pratique du classement sous conditions, à l'instar de ce qui est pratiqué, depuis une année au parquet de Saint-Quentin. Les personnes ayant fait l'objet d'une verbalisation se verraient remettre par les forces de l'ordre, à l'issue de la période de dégrisement, une notice d'information les invitant à se rendre, dans un délai bref, dans une structure spécialisée dont les coordonnées leur seraient fournies. Si elles justifient auprès de l'OMP avoir effectué cette démarche dans le délai requis, l'affaire serait classée

¹⁰⁶ Elle impliquera, en effet, de compléter le titre troisième du CPP « du jugement des contraventions », chapitre II bis « de la procédure de l'amende forfaitaire », pour y inclure une nouvelle section II Ter intitulée « dispositions applicables à l'ivresse publique et manifeste », de modifier l'article d'incrimination R3353-1 du CSP et de compléter l'article R.48-1 du CPP.

sans suite, dans le cas contraire elles feraient l'objet de poursuites devant le juge de proximité (annexe 18).

Quel que soit le dispositif retenu, il devrait permettre une meilleure prise en compte des objectifs de prévention de la délinquance et de santé publique.

2.3.3. Organiser ce suivi sanitaire

La liste des lieux de soin fournie par la police ou la gendarmerie à la personne interpellée sera communiquée à ces services par la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS) qui l'actualisera, en tant que de besoin. Y figureront le nom et les coordonnées des médecins pouvant être contactés par le contrevenant et situés à proximité de son domicile (annexe 19).

Cette liste devra comprendre au minimum le nom et les coordonnées des médecins :

- des services hospitaliers d'addictologie : consultations spécialisées, équipes de liaison, services d'addictologie, pôles d'addictologie ;
- des services ambulatoires spécialisés : les anciens centres départementaux de prévention (CDPA)
 - séances de prévention et stages- et les anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) qui sont désormais fusionnés avec les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), sous le nom de centres de soins d'accompagnement et de prévention (CSAPA). (annexe 15)

En conséquence, les services susmentionnés devront être inclus dans le dispositif de l'IPM, par instruction administrative de la MILDT et du ministère chargé de la santé. Un certificat-type attestant que la personne sanctionnée au titre de l'IPM a été reçue par un médecin agréé, devra être établi par le ministère chargé de la santé et diffusé auprès des centres. Le contenu de ce document pourra être discuté dans le cadre du groupe de travail envisagé. Le contrevenant devra produire le certificat aux forces de sécurité pour bénéficier de l'exemption de l'amende.

Recommandation n°13 : adopter la procédure de l'amende forfaitaire

Recommandation n°14 : élever la classe de la contravention pour lui conserver un caractère dissuasif.

Recommandation n°15 : prévoir une exemption automatique du paiement de l'amende forfaitaire sur justification d'une prise en charge par une structure spécialisée en addictologie.

Recommandation n°16 : prévoir que les constatations caractérisant l'infraction seront consignées dans la fiche A prévue à l'article R.3354-4 du CSP qui sera amendée à cet effet.

Recommandation n°17: organiser dans le dispositif spécialisé d'addictologie (service hospitalier et service ambulatoire) un système de suivi des personnes en fin de procédure d'IPM et fournir dans chaque département aux commissariats de police et brigades de gendarmerie les coordonnées des médecins susceptibles de recevoir ces personnes.

Recommandation récapitulative (6-8-9-17) n° 18 Organiser la concertation dans le cadre d'un groupe de travail Intérieur/Santé/Justice sur les questions suivantes :

- *la tarification de l'examen d'ivresse publique et manifeste ;*
- *les modalités de mise en œuvre de la réquisition administrative pour IPM (modalités de la délégation, contenu de la mission, modélisation...) ;*
- *la modélisation du certificat médical d'IPM ;*
- *la modélisation du certificat descriptif des lésions ;*
- *les modalités de la surveillance par les forces de sécurité de la personne placée en chambre de sûreté.*
- *la modélisation du certificat-type délivré par la structure de soins dans le cadre de la procédure de poursuite.*

2.4. RENFORCER L'IMPLICATION DES COMMUNES

2.4.1. Les maires sont directement concernés par la problématique de l'IPM

Les autorités communales sont directement concernées par la problématique de l'IPM pour au moins cinq raisons :

- le traitement de l'IPM renvoie d'abord à un arbitrage entre le droit des uns à « faire la fête » (dans les limites de la loi) et le droit des autres à la tranquillité. Les maires ne peuvent s'en désintéresser dans la mesure où ce comportement concerne, au premier chef, la vie sociale dans leur commune et les rapports des citoyens entre eux ;
- les maires disposent, nous l'avons vu, d'importants pouvoirs de police administrative les autorisant à réglementer la consommation de boissons alcoolisées dans les rues, les horaires de vente des dites boissons dans les magasins ainsi que les horaires d'ouverture et de fermeture des bars et autres établissements nocturnes. Ils disposent là d'un moyen direct et indirect de réguler les modes de consommation d'alcool ;
- les maires sont, par ailleurs, très impliqués dans l'organisation des fêtes et cérémonies, qu'il s'agisse des fêtes à caractère national (fête de la musique – 14 juillet – Saint-Sylvestre) ou plus locales (grande braderie à Lille, par exemple). Ils sont également concernés au premier chef par les manifestations sportives qu'ils contribuent souvent à organiser voire qu'ils encouragent par des subventions ou des prises de participation dans les grands clubs sportifs ;
- les maires en charge des centres communaux d'action sociale sont sensibilisés aux questions sanitaires et sociales. Ils disposent dans certains cas de centres municipaux de soins et partagent avec l'Etat la responsabilité de l'accueil des personnes en grandes difficultés. Ils ne peuvent donc rester sans réaction face au développement sur le territoire de leur commune des nouvelles pratiques de consommation d'alcool (« binge drinking ») dont, à terme, les conséquences médicales et sociales peuvent être lourdes ;
- enfin, nombre de maires se sont investis dans la lutte contre l'insécurité au cours des trente dernières années ; pour répondre aux attentes de leurs électeurs, ils ont trouvé les moyens de faire entendre leurs besoins auprès des autorités préfectorales ou des responsables locaux de la police nationale ; dans de très nombreux cas, ils se sont même dotés d'une police municipale, parfois pourvue d'effectifs nombreux, et capable d'assumer une présence significative sur le terrain, notamment la nuit.

Ainsi, tant l'évolution des pratiques festives que la montée des exigences de sécurité conduisent à recommander une plus grande implication des maires dans la prise en charge des IPM, celle-ci s'inscrivant à la fois dans le champ de compétence de la commune et dans le cadre des pouvoirs du maire, représentant de l'Etat, en matière de police administrative.

Cette plus grande implication peut être réalisée :

- soit en confiant complètement le traitement de l'IPM aux polices municipales, là où elles existent ;
- soit en associant plus étroitement les communes dans la gestion de l'IPM par les forces de sécurité d'Etat.

2.4.2. La mission ne recommande pas de confier l'IPM aux polices municipales

Formellement, rien ne semble interdire de confier la répression de l'IPM aux forces de police municipales :

- il s'agit d'une contravention de 2^{ème} classe (voire d'une classe supérieure dans le projet de la mission) qui pourrait être confiée aux agents de police judiciaire adjoints (APJA) qui composent les polices municipales, sous réserve toutefois d'une loi élargissant sur ce point leur compétence ;
- certes, cette contravention est accompagnée d'une mesure de rétention, mais il s'agit là d'une mesure de rétention administrative.

Toutefois, il n'a pas paru, à la mission, conforme à la logique française de répartition nationale des pouvoirs, de confier à des polices municipales le pouvoir régalien de retenir une personne contre son gré, l'Etat étant le meilleur garant de la neutralité et de l'impartialité des interventions publiques.

2.4.3. La mission recommande d'associer les communes à la prise en charge des IPM dans le cadre de conventions

Les communes sont appelées à coopérer avec l'Etat dans le cadre de contrats locaux de sécurité. Ces conventions visent généralement :

- à répartir les rôles et les tâches entre la police municipale et la police nationale (plus rarement la gendarmerie nationale) ;
- à aider la police nationale à dégager des moyens pour lui permettre d'assurer une plus grande présence sur la voie publique.

S'agissant de l'IPM, les communes pourraient contribuer à alléger les tâches de la police nationale en lui permettant de dégager du temps, notamment sur la partie la moins productive de son activité : le convoyage des interpellés vers les services d'urgence et l'attente dans ces dits services (voir 1.2.2.1).

Plusieurs solutions sont envisageables :

- pour les manifestations exceptionnelles, l'installation par la commune ou l'organisateur de fêtes ou de représentations sportives de postes médicalisés sur le lieu des grands rassemblements ; les médecins pouvant examiner les personnes interpellées au titre de l'IPM et délivrer les bulletins de compatibilité avec la rétention ;
- pour les jours ordinaires, la prise en charge éventuelle par les communes des visites médicales effectuées sur le lieu de la rétention ; s'agissant de dépenses engagées sur réquisition administrative, elles peuvent être honorées par les communes comme un certain nombre de conventions le prévoient déjà, notamment à Lyon ou à Chambéry ;

- lorsqu'aucune solution autre que le recours aux urgences n'apparaît possible (absence de médecins de garde), il pourrait être envisagé de protocoliser la conduite de personnes interpellées dans les services hospitaliers par des équipages mixtes, la police municipale venant alors en renfort de la police nationale : cette dernière solution pratiquée empiriquement dans certaines villes étant toutefois moins satisfaisante que la précédente.

Enfin, les maires pourraient être utilement associés à la prise en charge des IPM dans le cadre de la réunion annuelle, présidée par le préfet, évoquée au § 2.2.2.2.

Recommandation n°19 : mieux associer les communes à la prise en charge de l'IPM, notamment dans le cadre des contrats locaux de sécurité.

Recommandation n°20 : assurer, par voie de circulaire interministérielle, l'information des administrations concernées sur le dispositif rénové de prise en charge de l'IPM.

CONCLUSION : DES GAINS EN TEMPS ET EN QUALITE

La mission n'a pas souhaité remettre en cause l'architecture globale du dispositif existant.

Supprimer la procédure de l'IPM aurait abouti à priver les forces de police et de gendarmerie d'un outil, somme toute pragmatique, de maintien de l'ordre public et de protection des personnes ; du point de vue médical et judiciaire, la dépénalisation de l'IPM aurait été de surcroît un message négatif adressé à la société au moment où se développent des pratiques collectives et festives susceptibles de poser à terme de graves problèmes sanitaires et sociaux.

Le choix ayant été fait de préconiser le maintien dans ses grandes lignes du dispositif actuel, il restait à en définir les conditions de sa modernisation et de son perfectionnement.

Là aussi, la mission a choisi une démarche pragmatique. Le mieux étant l'ennemi du bien, elle a écarté toute approche maximaliste qui aurait eu pour effet d'accroître de manière inconsidérée les charges des forces de sécurité intérieure, des services de santé ou des autorités judiciaires et de rendre plus difficilement applicable la procédure. Au demeurant, avec un chiffre annuel en légère progression de 70 000 procédures d'IPM, il est clair que les forces de sécurité et la justice ne traitent qu'une partie des cas d'ivresse publique. Il est à cet égard significatif que les nouvelles pratiques de consommation excessive d'alcool ne se soient pas traduites par un accroissement du nombre des IPM recensées dans les états statistiques, ceux-ci révélant vraisemblablement plus l'activité et la disponibilité des services de police et de gendarmerie que l'évolution du nombre des personnes qui se placent en situation infractionnelle.

Ainsi, l'économie générale des réformes proposées par la mission peut être dégagée des sept orientations suivantes :

1-Sécuriser juridiquement et pratiquement, sans alourdir les tâches, les interventions policières et sanitaires et leur articulation par le recours à l'éthylotest et la modélisation des pièces de procédure.

2-Réaliser une économie importante en heures fonctionnaires et militaires en généralisant, partout où c'est possible, la visite du médecin sur le lieu de la rétention cette pratique permettant que soit évitée l'immobilisation d'un équipage de sécurité publique ou une patrouille de gendarmerie aux urgences hospitalières, de surcroît, dans des conditions nuisibles, tant à l'image des forces de sécurité qu'à celle de l'hôpital. Elle aura en outre l'avantage, sur un strict plan gestionnaire, de dégager au minimum 50 000 heures fonctionnaires opérationnelles, généralement

de nuit, donc rares, qui seront redéployées pour l'accomplissement de tâches plus conformes au cœur de métier (soit la moitié des 100 000 heures comptabilisées actuellement sur ces tâches par la DCSP).

3-Réaliser aussi de significatives économies sur le budget de la justice en remplaçant les procédures actuelles (ordonnances pénales, citations directes, alternatives aux poursuites) par la procédure de l'amende forfaitaire. Un gain d'une ½ heure par procédure rapporté aux 60 000 procédures traitées permettrait de redéployer de l'ordre de 20 ETPT à l'amélioration de la performance des juridictions (évacuation du stock et réduction des délais).

4-Enfin, s'agissant d'un problème d'ordre et de sécurité publics lié, la plupart du temps, à des pratiques festives locales et dépendant des choix réglementaires municipaux, notamment en matière de consommation de boissons, il paraît légitime d'**impliquer plus largement la commune**, échelon territorial de base de l'Etat, à l'effort collectif dans une logique gagnant/gagnant : la commune prenant, par exemple, à sa charge les frais de visite médicale des personnes interpellées et bénéficiant en retour d'une présence policière accrue, de jour comme de nuit, sur la voie publique ;

5- La forfaitisation du montant de l'amende devrait potentiellement générer des **recettes supplémentaires pour l'Etat**.

6-Ce gain monétaire pourrait toutefois être transformé en gain sanitaire dans la mesure où certains contrevenants choisiront de suivre un traitement qui leur permettra d'être exemptés de peine. Cette démarche impliquera une importante mobilisation du dispositif spécialisé en addictologie.

7. Ces clarifications et ces économies ont une contrepartie : la prise en charge sur les budgets de fonctionnement des administrations concernées des dépenses liées aux consultations médicales (honoraires et frais de déplacement). **A cette fin, une somme de 3 millions d'euros devra donc être prévue, à titre de provision, aux budgets opérationnels de programme de la police et de la gendarmerie.**

Rappel des préconisations législatives, réglementaires
et administratives de la mission.

1°) Inscrire dans l'article L3341-1 du CSP que la personne interpellée en état d'ivresse publique et manifeste doit être soumise à un examen médical. (Mesure législative)

2°) Inscrire dans l'article L3341-1 du CSP que l'examen médical est réalisé sur saisine de l'autorité administrative et qu'il donnera lieu à la délivrance d'un certificat de compatibilité avec la rétention. (Mesure législative)

3°) Inscrire dans l'article L3341-1 du CSP que le coût engendré par l'examen médical est supporté par l'Administration. (Mesure législative)

4°) Inscrire dans l'article L3341-1 du CSP que la durée de la retenue ne peut excéder 12 heures. (Mesure législative)

5°) Inscrire dans l'article L3341-1 du CSP que la durée de la retenue pour ivresse s'impute sur celle de la garde à vue. (Mesure législative)

Reformuler en conséquence l'article L3341-1 du CSP de la façon suivante :

Une personne trouvée en état d'ivresse dans un lieu public est, par mesure de police, placée en chambre de sûreté pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison. Sur saisine de l'autorité administrative, le contrevenant est examiné par un médecin. Cet examen donne lieu à la délivrance d'un bulletin de compatibilité avec la rétention (BCR). Les frais y afférents sont à la charge de l'Administration. La durée de la rétention ne peut excéder 12 heures. Si, au terme de la retenue, les personnes sont placées en garde à vue, cette durée s'impute sur celle de la garde à vue.

6°) Elever la classe de la contravention d'ivresse publique et manifeste et réformer l'article R3353-1 du CSP en ce sens. (Mesure réglementaire)

7°) Inscrire l'ivresse publique et manifeste au nombre des contraventions pour lesquelles l'action publique est éteinte par le paiement d'une amende forfaitaire. Compléter à cette fin l'article R 48-1 du CPP. (Mesure réglementaire)

8°) Dire que les constatations effectuées au soutien de la contravention d'ivresse publique et manifeste seront consignées sur la fiche d'examen de comportement, dite fiche A, dont il sera conservé copie. L'article R3354-4 du CSP et la fiche précitée seront modifiés en conséquence. (Mesure réglementaire)

9°) Dire que le contrevenant sera exempté du paiement de l'amende s'il justifie auprès de l'agent verbalisateur, dans un délai bref, fixé par le législateur, s'être rendu dans une structure spécialisée. (Mesure législative)

A cette fin, créer au code de procédure pénale, partie législative, livre deuxième « des juridictions de jugement », titre troisième « du jugement des contraventions », chapitre II bis « de la procédure de l'amende forfaitaire », une nouvelle section II ter intitulée « dispositions applicables en matière d'ivresse publique et manifeste » qui intégrera sous un article 529-12 cette disposition.

10°) Organiser par voie de circulaire-Santé, la prise en charge médicale des IPM dans le cadre de la permanence départementale des soins (Mesure administrative).

11°) Prévoir par voie de circulaire-Intérieur le recours à l'éthylotest au moment de l'interpellation, sauf circonstances rendant cette formalité impossible. (Mesure administrative)

12°) Rappeler aux parquets par voie de circulaire-Justice que : (Mesure administrative)

- le placement en dégrisement, mesure de police administrative, et la GAV, mesure de police judiciaire, sont deux procédures distinctes dont les régimes ne peuvent être confondus, quoique leurs durées respectives ne se cumulent pas.
- la réquisition aux fins de délivrance du BCR est un acte de police administrative et non de police judiciaire.
- les mémoires de frais des médecins requis ne peuvent être pris en charge au titre des frais de justice.

13°) Informer par circulaire conjointe Intérieur/Santé/Justice les services concernés de l'économie du dispositif rénové de prise en charge de l'IPM. (Mesure administrative)

14°) Constituer un groupe de travail Intérieur/Santé/Justice sur les questions suivantes:

(Mesure administrative)

- les modalités de mise en œuvre de la réquisition administrative pour IPM (modalités de la délégation, définition de la mission, modélisation...);
- la modélisation du certificat médical d'IPM ;
- la modélisation du certificat descriptif des lésions ;
- la tarification de l'examen d'ivresse publique et manifeste ;
- les modalités de la surveillance par les forces de sécurité de la personne placée en cellule de sûreté ;
- la modélisation du certificat-type délivré par la structure de soins dans le cadre de la procédure de poursuites.

15°) Prévoir la diffusion systématique entre ministères des circulaires adressées aux services. (Mesure administrative)

Rappel des principales recommandations de la mission

Recommandation n°1 : maintenir l'architecture générale de la procédure d'IPM.

Recommandation n°2 : objectiver l'état d'imprégnation alcoolique de la personne interpellée en utilisant un éthylotest.

Recommandation n°3 : inscrire dans la loi l'obligation d'un examen médical qui donnera lieu à la délivrance d'un bulletin relatif à la compatibilité de l'état de santé avec la rétention (BCR).

Recommandation n°4 : organiser la consultation médicale dans le cadre de la permanence départementale des soins.

Recommandation n°5 : privilégier la consultation médicale dans les locaux de la police ou de la gendarmerie.

Recommandation n°6 : organiser une concertation sur la tarification des honoraires d'examen médical d'IPM dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire.

Recommandation n° 7 : prévoir, à titre provisionnel, un budget de trois millions d'euros pour financer régulièrement les dépenses d'examen médical.

Recommandation n°8: donner pour cadre juridique à la saisine du médecin la réquisition administrative d'IPM et confier au groupe de travail susvisé le soin de déterminer les modalités de mise en œuvre de la réquisition et de la modélisation des certificats médicaux.

Recommandation n°9 : organiser la concertation sur les modalités de la surveillance en rétention et adapter par voie de circulaires internes (police, gendarmerie) les recommandations du groupe de travail.

Recommandation n°10 : fixer dans la loi la durée maximale de rétention pour dégrisement à 12h.

Recommandation n°11 : inscrire dans la loi le principe de non cumul des durées de la rétention pour IPM et de la garde à vue.

Recommandation n°12 : programmer sur une durée raisonnable la mise aux normes des chambres de sûreté (loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure-LOPPSI).

Recommandation n°13 : adopter la procédure de l'amende forfaitaire.

Recommandation n°14 : élever la classe de la contravention pour lui conserver un caractère dissuasif.

Recommandation n°15 : prévoir une exemption automatique du paiement de l'amende forfaitaire sur justification d'une prise en charge par une structure spécialisée en addictologie.

Recommandation n°16 : prévoir que les constatations caractérisant l'infraction seront consignées dans la fiche A prévue à l'article R.3354-4 du CSP qui sera amendée à cet effet.

Recommandation n°17: organiser dans le dispositif spécialisé d'addictologie (service hospitalier et service ambulatoire) un système de suivi des personnes en fin de procédure d'IPM et fournir dans chaque département aux commissariats de police et brigades de gendarmerie les coordonnées des médecins susceptibles de recevoir ces personnes.

Recommandation récapitulative (6-8-9-17) n° 18 : organiser la concertation dans le cadre d'un groupe de travail Intérieur/Santé/Justice sur les questions suivantes :

- la tarification de l'examen d'ivresse publique et manifeste ;
- les modalités de mise en œuvre de la réquisition administrative pour IPM (modalités de la délégation, contenu de la mission, modélisation...)
- la modélisation du certificat médical d'IPM ;
- la modélisation du certificat descriptif des lésions ;
- les modalités de la surveillance par les forces de sécurité de la personne placée en chambre de sûreté ;
- la modélisation du certificat-type délivré par la structure de soins dans le cadre de la procédure de poursuite.

Recommandation n°19 : mieux associer les communes à la prise en charge de l'IPM, notamment dans le cadre des contrats locaux de sécurité.

Recommandation n°20 : assurer, par voie de circulaire interministérielle, l'information des administrations concernées sur le dispositif rénové de prise en charge de l'IPM.

Yves BERTRAND
Inspecteur général de l'administration

Jean Yves LE GALLOU
Inspecteur général de l'administration

Bernadette ROUSSILLE
Inspectrice générale des affaires sociales

Françoise THOMAS
Inspectrice des services judiciaires

Colonel Hervé PODEVIN
Chargé de mission IGN

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - Lettre de mission

Annexe 2 - Liste des services et des personnes rencontrées ou mises à contribution

Annexe 3 - Bibliographie

Annexe 4 - Décision de recevabilité de la Cour européenne des Droits de l'Homme de la requête présentée par Claude Castelot contre la France

Annexe 5 - Modèle de bulletin de non hospitalisation (BNH)

Annexe 6 - Modèle de procès-verbal de gendarmerie

Annexe 7 - Statistiques OFDT des interpellations pour IPM

Annexe 8 - Procédures d'ivresses publiques et manifestes établies par la gendarmerie nationale

Annexe 9 - Estimation du nombre de personnes en état d'ivresse et du nombre de demandes de certificat médical, aux urgences de l'AP-HP, en 2007

Annexe 10 - Estimation du coût horaire complet d'un gardien ou d'un gradé de la police nationale

Annexe 11 - Taux de recouvrement des amendes d'IPM

Annexe 12 - Etude comparée du traitement de l'IPM en Europe

Annexe 13 - Quelques données sur le lien entre l'ivresse et la pathologie alcoolique

Annexe 14 - Quelques données sur le lien entre alcool et violence

Annexe 15 - Recommandations pour le suivi médical

Annexe 16 - Schéma d'une chambre de sûreté

Annexe 17 - Vérifications concernant l'alcoolémie : modèle de fiche A

Annexe 18 - Certificat de présentation aux consultations d'addictologie : l'exemple de Saint-Quentin

Annexe 19 - Données sur le dispositif de prise en charge des addictions

Annexe 1

Lettre de mission



Le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer
et des Collectivités Territoriales

Le Garde des Sceaux,
Ministre de la Justice

Le Ministre de la Défense

Le Ministre de la Santé,
de la Jeunesse et des Sports

31 09 2007

AUX

Chief de l'Inspection Générale de l'Administration
Chief de l'Inspection Générale des Services Judiciaires
Chief de l'Inspection de la Gendarmerie Nationale
Chief de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

O B J E T : Mission conjointe d'évaluation du dispositif de prise en compte des personnes présentant des symptômes de l'ivresse publique et manifeste

Une étude récente de l'inspection générale de la police nationale a constaté l'hétérogénéité des pratiques des services dans l'application et la mise en œuvre de la réglementation applicable aux personnes présentant des symptômes de l'ivresse publique et manifeste, conséquence d'une législation sans doute insuffisante, dont les textes d'application n'ont jamais été pris, et d'une absence d'instructions tant nationales que locales.

Cette étude a également noté une méconnaissance de la jurisprudence administrative qui confie cette mission au ministère de l'intérieur et pointe des difficultés constantes dans sa mise en œuvre telle que l'absence de prise en compte financière du certificat médical de non admission.

Le traitement de ce phénomène, dont la prise en compte municipale est par ailleurs aussi importante que sa gestion nationale, revêt par ailleurs de nombreuses implications interministérielles, que ce soit dans le domaine médical ou médico-social, ou celui de la justice.

Au regard de cette situation et des difficultés et dysfonctionnements déjà identifiés vous procéderez à l'évaluation de la charge que représente cette mission pour les services de l'Etat, du dispositif existant pour traiter ce phénomène, tant du point de vue juridique que matériel, et proposerez toutes les recommandations que vous jugerez propres à l'améliorer, à renforcer son efficacité, à clarifier les responsabilités.

Vous nous rendrez vos conclusions pour le mois de septembre 2007.

Valérie ALLIOT-MARIE Rachida DATI Hervé MORIN Roselyne BACHELOT-NARQUIN

ADRESSE LA POSTE : 17, RUE D'AMBAZOUZ, LES TERNES PARIS - TÉLÉPHONE : 01 40 77 28 72

ADRESSE FAX : 17, PLACE LEALOU, 75003 PARIS CÉDEX 05 - STANDARD : 01 40 77 40 27 - 01 40 77 60 00
ADRESSE INTERNET : www.interieur.gouv.fr

Annexe 2

Liste des services et des personnes rencontrées ou mises à contribution

Liste des services et des personnes rencontrées ou mises à contribution

Ministère de l'Intérieur

Direction générale de la police nationale (DGPN)

Cabinet :

Mme Marie-Louise Fimeyer

Direction centrale de la sécurité publique (DSCP)

M. Philippe Laureau, directeur central

M. Marc Baudet, commissaire divisionnaire

Direction de l'administration de la police nationale (DAPN) :

M. Xavier Inglebert, sous-directeur de l'administration générale et des finances

M. Frédéric Dulac,

Mme Catherine Lefranc

M. Guillaume Aujaleu, chef du bureau des rémunérations et des régimes indemnitaires

Département du Nord :

M. Daniel Canépa, préfet de la région Nord-Pas-de-Calais, préfet du Nord

M. Eeckman, directeur départemental de la sécurité publique du Nord

Mme Fouilloux, commissaire principal

Département de l'Eure :

M. Richard Samuel, préfet

M. F. Auréal, directeur départemental de la sécurité publique de l'Eure

Département de Seine Saint Denis :

Mr. Philippe Lutz, commissaire divisionnaire, officier du ministère public près le tribunal d'instance de Bobigny

Ministère de la Justice

TGI de Paris

Mme Planquelle, adjointe au procureur de la République de Paris

Mme Zanardi, officier du ministère public responsable des OMP du TGI de Paris

Mr. Delecolle, commissaire, chargé de mission auprès du procureur de la République de Paris

TGI de Senlis

Mme Hebert-Pageot, vice présidente

Mr. Laguarigues de Survilliers, substitut du procureur de la République

Mme Bonnaire, greffier en chef du tribunal d'instance de Senlis

Mme Pola, greffier du tribunal de police

Mr. Bobrowska, commissaire de police OMP

TGI de Lyon

Mr. Viout, Procureur général Cour d'appel de Lyon

Mr. Richaud, Procureur de la République TGI de Lyon

Mme Augier, présidente du tribunal de police

Mr. Vermare, juge de proximité

Mr. D.Lombard, greffier en chef de la juridiction de proximité pénale et du tribunal de police de Lyon

Mr. P. Marchenoir, officier du ministère public

TGI de Lille

Mme Dominique Valeur, magistrat chargé de la direction du tribunal d'instance de Lille

Mme Brigitte Lamy, procureure adjoint

Mr. Roffian, juge de proximité

Mr. Eeckmann, commissaire divisionnaire

Mme Fouilloux, commissaire principal

Mr. Delottry, officier du ministère public

Mr. Vicot, adjoint au maire de Lille, chargé de la sécurité

TGI de Bobigny

Mr. P. Mathis, vice président, juge directeur du tribunal d'instance de Bobigny

Mme C.Brouzes, juge au tribunal d'instance de Bobigny

Mme Croquin, épouse Lotteau, juge de proximité

Mme Dume, épouse Mihman, juge de proximité

Mme Moracchini, procureure de la République adjoint.

Mme Assère, directrice de greffe du tribunal d'instance de Bobigny

Mr. Philippe Lutz, commissaire divisionnaire, officier du ministère public près le tribunal d'instance de Bobigny

TGI d'Evreux

Mme C. Arens, présidente du tribunal de grande instance d'Evreux

Mr J.D. Brun, vice président du tribunal d'instance d'Evreux

Mme M. S.Le Quéau, procureure de la République

Mme P. Cuelhes, juge de proximité

Mr. D. Robert, directeur de greffe du tribunal d'instance

Mr F. Auréal, directeur départemental de la sécurité publique de l'Eure

Mr Miglierina, lieutenant colonel, commandant du groupement de gendarmerie de l'Eure

Administration centrale

J.M.Huet, directeur des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice

Mme A. Marland, magistrat, chef du bureau de la police judiciaire, sous-direction de la justice pénale générale, DACG, ministère de la Justice.

M.P. Bruey, magistrat, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice

Mme C. Dugast, chargée de mission « secte », sous direction de la justice pénale générale, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice

Mme S. Gil, magistrat, chef du bureau des questions juridiques et du contentieux, service des affaires européennes et internationales, ministère de la Justice.

Mme S. Mouchel, magistrat, bureau de la santé publique, du droit social et de l'environnement, direction des affaires criminelles et des grâces, ministère de la Justice

Mme S. Rey, chef du Pôle études et évaluations, direction des affaires criminelles et des grâces

Contacts téléphoniques

M.H. Weremme, procureur de la République, Saint-Quentin

M.J.P. Alacchi, procureur de la République, Dijon

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Direction générale de la santé (DGS)

Bureau des pratiques addictives : P. Mèlihan-Cheinin, chef de bureau, V. Bony, adjointe ;
C. Anglade, médecin de santé publique, M. Golehn

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

Bureau de l'Organisation générale de l'offre régionale de soins : D. Renard, chef de bureau,
P. Ramé-Mathieu, adjointe, MO Moreau, chargée de mission
F. Guerrieri, chargée de mission

Organisations et institutions en relation avec les aspects sanitaires de l'IPM

MILDT (mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) :

E. Apaire, président

Conseil national de l'ordre des médecins :

Dr Vorhauer, Dr J Marc, Mr Jornet

ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie)

Dr Rigaud, président, Dr Fleury, vice président, P. Elineau, directeur général, Mr Rossignol, directeur général adjoint

Assistance publique- Hôpitaux de Paris

Mission des urgences et des risques sanitaires : P. Camphin, chef de la mission, L. Calenge, chargé de mission addictologie, D. Brun- Ney

Direction des affaires juridiques et des droits du patient : P Chevalier, directeur adjoint, C. Thomas, adjoint au conseiller pour la sécurité générale, A El Djerbi

Services hospitaliers :

Y. Edel, collégiale d'addictologie Pitié, D. Pateron, urgences de Saint Antoine, G. Kievezek, urgences Hôtel Dieu

Hôpital Bichat :

Unité d'addictologie : Pr Lejoyeux et son équipe

Service des urgences : Dr E. Casalino et équipe

CHU de Lille :

Service des urgences : Pr Goldstein et équipe

Centre hospitalier Saint Vincent à Lille :

Service des urgences : Dr Bouquillon, Dr Roulers

Centre hospitalier d'Evreux

Service des urgences : Dr Brel

Unité d'addictologie : Dr Marion

Contact téléphonique :

Pr P. Chariot, urgences médico judiciaires de l'hôpital Jean Verdier, Président de la collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo universitaires

Dr O. Jardé, député

Ministère de la Défense :

Direction générale de la gendarmerie nationale :

Service d'évaluation et de prospective.

Bureau contrôle de gestion et évaluation de la performance.

Direction des ressources humaines.

Sous-direction des compétences.

Direction des opérations et de l'emploi.

Sous-direction de la sécurité publique et de la sécurité routière.

Bureau de la sécurité publique.

Sous-direction de la police judiciaire.

Bureau de la police judiciaire.

Direction des soutiens et des finances.

Sous-direction administrative et financière.

Bureau planification, programmation et préparation du budget.

Bureau exécution du budget.

Sous-direction des télécommunications et de l'informatique.

Bureau des systèmes d'information.

Sous-direction de l'infrastructure.

Bureau des opérations d'infrastructure domaniale.

Sous-direction des équipements et de la logistique.

Bureau des matériels.

Commandement des écoles de la gendarmerie nationale :

Colonel Bécu, chef d'état-major.

Chef d'escadron Malagarie-Cazenave, bureau opérations emploi.

Groupement de gendarmerie départementale de l'Eure :

Lieutenant-colonel Miglierina, commandant du groupement de gendarmerie départementale.

Chef d'escadron Alex, commandant de la compagnie de gendarmerie d'Evreux.

Lieutenant Thuru, commandant de la communauté de brigades d'Evreux.

Annexe 3
Bibliographie

Bibliographie :

Ministère de la Justice

Circulaire JUS-D-00-30205C, CRIM-00-13/F1 du 4 décembre 2000 présentant les dispositions de la loi du 15 juin 2000, renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, concernant la garde à vue et l'enquête de police judiciaire.

Note DACG sur les agents de police municipale

Note DACG sur les pouvoirs des agents de police municipale en matière d'IPM.

Note du chef du SAEI sur l'arrêt Taïs contre France du 1er juin 2006.

Note SJ 98-49 B3/30-03-98 sur les frais de justice

Article: « Rétentions et garde à vue », Juris-classeur de procédure pénale, fasc.20. 19 décembre 2006.

Article de Vincent Lesclous, magistrat « un an de droit de la garde à vue », droit pénal n°9, septembre 2007, 3»

Article de Mme Anne-Marie Batut, conseiller référendaire à la Cour de cassation « Le contrôle de la garde à vue par la chambre criminelle » site de la Cour de cassation.

Arrêt du Conseil d'Etat du 25 octobre 2002 relatif à la prise en charge des honoraires de médecin dans le cadre des IPM

Arrêt du Tribunal des conflits du 18 juin 2007, décidant de la compétence des juridictions de l'ordre administratif pour connaître des dommages allégués à la suite d'une mesure de placement en cellule de dégrisement.

Ministère de la Santé

Circulaire DGS/2731/MS-1 du 9 octobre 1975 relative à l'admission des sujets en état d'ivresse dans les services hospitaliers et modèle de certificat de non admission.

Circulaire DGS/1312/MS-1 du 16 juillet 1973 relative à l'admission des sujets en état d'ivresse dans les services hospitaliers.

Rapport du ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports « mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins ». Docteur J.Y.Grall, conseiller général des établissements de santé. Juillet 2007.

Faculté de médecine d'Amiens, thèse de doctorat soutenue le 15 décembre 2006 par Mr Romain Irdec, sous la présidence du professeur O. Jardé, sur le thème « Aspects médico-légaux de la prise en charge de l'ivresse publique et manifeste : à propos de 100 cas rencontrés aux urgences du CH de St Quentin sur une période de 100 jours »

Article de la Presse médicale, 25 mai 1996, 25, n°18 relatif au certificat de non hospitalisation des sujets présumés en état d'ivresse ; étude réalisée du 1^{er} au 31 mars 1994 dans un SAU.

Rapport adopté le 5 juin 2007 au nom de la commission V-B (addictions) « évolution des conduites d'alcoolisation des jeunes : motifs d'inquiétude et propositions d'action » ; position de l'Académie nationale de médecine.

Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aigüe dans les services d'accueil d'urgence ». Commission de veille scientifique. Société française de médecine d'urgence.

Conférence de consensus sous la présidence de P. Truche et sous la direction du professeur Chariot, médecin légiste: Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, 2 et 3 décembre 2004. Texte des recommandations version courte. Avec la participation de l'ANAES.

Protocole « Brevalco » évaluation des effets à un an d'une intervention brève assistée par ordinateur auprès de personnes dépendantes à l'alcool. Professeur Lejoyeux, service de psychiatrie d'urgences-adulte, tabacologie, alcoologie, hôpital Bichat Claude Bernard.

Article du professeur Lejoyeux « Alcoolodépendance, tempérament et personnalité » Médecine et sciences n°12, vol 20, décembre 2004.

Article du professeur Lejoyeux « traitement de la dépendance alcoolique et information du patient » Neuropsychy news, volume 5 n°5 nov.déc.2006.

Article des professeurs Lejoyeux et Matei Marinescu « Alcool et comorbidité psychiatrique, la revue du praticien/2006,56.

Convention de partenariat avec DDSF du Rhône et SOS médecins pour la prise en charge des ivresses publiques manifestes 18 juillet 2005.

OFDT, « violences conjugales et alcool, quel traitement judiciaire » ? « alcool : conséquences » ; « alcool : réponses publiques » juillet 2007.

Ministère de l'Intérieur

- Circulaire NOR/INT/K/05/00037/C du 2 octobre 2006 relative à la lutte contre les violences aux personnes (incitation à la publication d'arrêtés municipaux visant à interdire la consommation d'alcool et à favoriser la répression de l'ivresse publique)

- Circulaire NOR/INT/D/05/00044/C du 4 avril 2005 relative à la prévention des atteintes à l'ordre et à la tranquillité publics, liées à la vente de boissons alcooliques à emporter et à la consommation d'alcool.

Note DPUP n°2007/22569, du 24 avril 2007 relative aux certificats de non admission en matière d'ivresse

Note DPUP n°2006/068233, du 21 décembre 2006 relative au traitement des procédures d'ivresse publique et manifeste ;

Note DAPN/AGF/BEF/n°04-420, du 25 mars 2004, relative à la délivrance des certificats de non-hospitalisation pour les personnes présumées en état d'ivresse conduits à l'hôpital et prise en charge financière des actes médicaux.

Note de service PN/SP/TD/n°6528 du 9 août 1973 relative à la conduite à tenir à l'égard des individus présumés en état d'ivresse.

Note de service PN/SP/TD/n°4736 du 6 juin 1973 relative à la conduite à tenir à l'égard des individus présumés en état d'ivresse.

Ministère de la Défense

- Feuille de renseignements n° 10900 DEF/GEND/OE/SDSPSR/PA du 20 octobre 2004 relative à la prise en charge des frais médicaux des personnes en état d'ébriété sur la voie publique.

- Note-express n° 2000 DEF/GEND/OE/PJ du 23 janvier 1992 relative à l'examen médical des personnes gardées à vue.

- Feuille de renseignements n° 23600 DEF/GEND/OE/EMP du 25 septembre 1989 relative à l'imputation du délai de garde à vue.

- Bordereau d'envoi n° 3000 DEF/GEND/EMP/SERV du 22 janvier 1976 transmettant la circulaire n° 2731 DGS/MS/1 en date du 9 octobre 1975 du ministre de la Santé relative à l'admission des sujets en état d'ivresse dans les services hospitaliers. (Conduite à tenir à l'égard de certaines personnes trouvées en état apparent d'ivresse sur la voie publique. Lutte contre l'alcoolisme.)

- Circulaire n° 38200 MA/GEND/T du 4 octobre 1967 relative à la surveillance des personnes gardées à vue dans les chambres de sûreté.

Statistiques

Observatoire français des drogues et toxicomanies : Evolution du nombre d'interpellations pour ivresse publique et manifeste en France depuis 2001.

Observatoire français des drogues et toxicomanies : Evolution du nombre total des accidents mortels de la route, du nombre d'accidents mortels avec alcoolémie connue et du nombre d'accidents mortels avec conducteur présentant une alcoolémie positive en France depuis 1995.

Pôle études et évaluation, DACG, ministère de la Justice : statistiques 2003-2005 sur le nombre de condamnations pour les délits d'incitation d'un mineur à boire jusqu'à l'ivresse, d'entrée par fraude ou par force, en état d'ivresse, dans une enceinte sportive lors d'une manifestation sportive, violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours commises en état d'ivresse dans une enceinte sportive.

Droit comparé

La prise en charge de l'IPM en République fédérale d'Allemagne

La prise en charge de l'IPM en Italie

La prise en charge de l'IPM au Royaume Uni

La prise en charge de l'IPM au Danemark

La prise en charge de l'IPM aux Pays Bas

Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)

Requête Castelot/France arrêt du 21 juin 2007 ayant déclaré la requête recevable.

Arrêt Taïs/France du 1 juin 2006 arrêt de condamnation de la France.

Arrêt Litwa/Pologne du 4 avril 2000 arrêt de condamnation de la Pologne.

Union européenne

Stratégie européenne visant à réduire les dommages liés à l'alcool. Communication de la commission du 24 octobre 2006 et conclusions du Conseil de l'Europe du 5 juin 2001.

Annexe 4

**Décision de recevabilité de la Cour européenne des Droits de l'Homme de la requête
présentée par Claude Castelot contre la France**

Décision de recevabilité de la Cour européenne des Droits de l'Homme de la requête présentée par Claude CASTELOT contre la France

La Cour européenne des Droits de l'Homme (troisième section), siégeant le 21 juin 2007 en une chambre composée de :

MM. B.M. ZUPANCIC, président,
C. BIRSAN,
J.-P. COSTA,
M^{me} E. FURA-SANDSTRÖM,
MM. E. MYJER,
DAVID THOR BJÖRGVINSSON,
M^{me} I. BERRO-LEFEVRE, juges,
et de M. S. QUESADA, greffier de section,

Vu la requête susmentionnée introduite le 31 mars 2003,

Vu les observations soumises par le gouvernement défendeur et celles présentées en réponse par le requérant,

Après en avoir délibéré, rend la décision suivante :

EN FAIT

Le requérant, M. Claude Castelot, est un ressortissant français, né en 1935 et résidant à Torcy-le-Petit. Il est représenté devant la Cour par la SCP Dambry-Morival-Velly, avocats à Dieppe. Le gouvernement français (« le Gouvernement ») est représenté par son agent, M^{me} E. Belliard, directrice des Affaires juridiques du ministère des Affaires étrangères.

A. Les circonstances de l'espèce

Les faits de la cause, tels qu'ils ont été exposés par les parties, peuvent se résumer comme suit.

Le 18 septembre 1998 vers 20 heures, alors que le requérant se trouvait dans un bar, deux fonctionnaires de police du commissariat de Dieppe entrèrent dans l'établissement pour verbaliser le gérant du fait de nuisances sonores.

Le requérant sortit de l'établissement à la suite des deux gardiens de la paix afin de leur signifier son désaccord avec le motif de verbalisation.

Estimant que le requérant présentait un aspect d'ébriété, les gardiens de la paix l'interpellèrent pour ivresse publique manifeste et le conduisirent à l'hôpital. Il fut présenté au docteur Le G., lequel délivra un certificat de non-hospitalisation.

Le requérant fut ensuite conduit au commissariat de Dieppe et placé en cellule de dégrisement jusqu'à 1 h 40 le lendemain matin. Il demanda vainement aux policiers, à plusieurs reprises, à bénéficier d'un examen à l'éthylomètre ou à un alcootest, ce qui lui fut refusé.

A sa sortie de cellule, le 19 septembre 1998, le requérant fit l'objet d'une audition au cours de laquelle il contesta les faits reprochés.

Le 19 septembre 1999, dès sa sortie du commissariat, le requérant se rendit à l'hôpital et demanda une analyse aux fins de recherche d'alcoolémie.

Dans un certificat médical établi le 2 octobre 1998, le médecin qui l'avait déjà examiné la veille de sa libération certifia ce qui suit :

« Je soussigné Docteur Le [G.] certifie avoir examiné le 18 septembre 1998 à 20 h 30 à la demande de la Police Monsieur CASTELOT Claude, né le 05.04.1935 et avoir constaté :

- qu'il était conscient et tout à fait calme
- qu'il tenait debout et marchait sans difficulté
- que son haleine n'avait pas d'odeur évocatrice d'imprégnation éthylique
- étant donné ses antécédents de diabète une glycémie capillaire a été pratiquée et était normale.

J'ai revu Monsieur CASTELOT le 19.09.1998 à 2 h 20 et lui ai pratiqué, à sa demande, une alcoolémie qui s'est avérée être négative. »

Le requérant déposa une plainte simple contre X pour détention arbitraire auprès du procureur de la République de Dieppe sur le fondement de l'article 432-4 du code pénal.

Le 9 octobre 1998, le procureur de la République de Dieppe confia aux fonctionnaires du commissariat de Dieppe le soin de diligenter une enquête au sujet des faits dénoncés.

Dans son rapport adressé au procureur de la République le 25 janvier 1999, le commandant de police en charge de l'enquête estima qu'au moment de l'interpellation du requérant les gardiens de la paix avaient pu croire de bonne foi que celui-ci se trouvait en état d'ivresse publique manifeste. L'auteur du rapport précisa en particulier que :

« (...) l'ivresse publique manifeste est basée sur des points de comportement, d'attitudes de l'usager que le fonctionnaire de Police apprécie selon sa propre expérience pour décider si oui ou non la personne en question est en ivresse publique manifeste.

En ce qui concerne cette affaire, il est clair que monsieur Castelot avait une haleine dégageant une odeur de bière et certaine difficulté de stabilité.

Est-ce suffisant pour décréter une ivresse publique manifeste ? Les fonctionnaires intervenants ont décidé qu'il en était ainsi et, pour ma part, connaissant la compétence, le sérieux, l'expérience de ces gardiens de la paix, il est certain qu'ils étaient persuadés que monsieur Castelot était en ivresse publique manifeste (...) »

Le 18 février 1999, le procureur de la République requit un médecin légiste aux fins d'expertise du requérant.

Dans son rapport déposé le 24 mars 1999, le médecin légiste indiqua ce qui suit :

« L'alcoolémie de Monsieur Claude CASTELOT étant nulle à 2 h 26 le 19.09.1998, cela signifie qu'au pire, 6 h 30 plus tôt, soit vers 20 h le 18.09.1998, au moment où Monsieur Claude CASTELOT a été interpellé, son alcoolémie ne pouvait pas être supérieure à 1 g d'alcool par litre de sang et par heure.

Compte tenu de la morphologie de Monsieur Claude CASTELOT (115 kg – 1,78 m), une telle alcoolisation supposée au pire et non prouvée, n'était pas usuellement susceptible d'entraîner des manifestations ébrieuses chez Monsieur Claude CASTELOT, ce que confirment d'ailleurs les constatations du Docteur Le [G.], consignées dans son certificat du 02.10.1998 et qui rappelons-le a examiné Monsieur Claude CASTELOT ce 18.09.1998 à 20 h 30. »

Le 6 juillet 1999, le procureur de la République informa le conseil du requérant qu'il n'entendait pas engager de poursuites « contre les fonctionnaires de police auxquels on p[ouvait] seulement reprocher une éventuelle erreur d'appréciation sur l'état d'ébriété de M. Castelot ».

Le 29 janvier 2000, le requérant cita directement à comparaître l'un des deux gardiens de la paix ayant procédé à son interpellation et se constitua partie civile.

Par jugement en date du 26 septembre 2000, le tribunal correctionnel de Dieppe, se fondant sur l'enquête de police, et au vu de l'expertise médico-légale et des témoignages produits aux débats par le requérant, estima que le gardien de la paix avait « commis une erreur sur l'état d'ivresse de Claude Castelot » mais qu'il n'était « pas démontré qu'il a[it] voulu sciemment violer la loi en arrêtant de façon arbitraire Claude Castelot pour le conduire en cellule de dégrisement ». En conséquence, le tribunal relaxa le prévenu. Le requérant interjeta appel de cette décision.

Le 14 janvier 2002, la cour d'appel de Rouen confirma le jugement de relaxe, statuant notamment en ces termes :

« L'ivresse manifeste étant un fait matériel qui peut être constaté par le témoignage des sens et ses signes extérieurs étant évolutifs et différents d'un individu à l'autre, les constatations des policiers étaient nécessairement fondées sur les apparences et relevaient de leur appréciation subjective, sans qu'ils soient légalement tenus de procéder à des vérifications de la réalité de l'état d'ébriété de Claude Castelot ou au contrôle de son alcoolémie (...)

Il n'existe en la cause aucune raison objective de mettre en doute l'indépendance et l'impartialité des fonctionnaires de police nationale de Dieppe, qui, sous l'autorité du commissaire principal et sur instructions du procureur de la République, ont diligenté l'enquête ordonnée par ce magistrat le 9 octobre 1998 à la suite de la plainte dont il a été saisi par Claude Castelot.

En application des dispositions de l'article L. 76 du code des débits de boissons, les gardiens de la paix, qui avaient constaté que Claude Castelot présentait sur la voie publique ... des signes extérieurs d'un état d'ivresse manifeste, étaient en droit de l'interpeller pour le conduire, après délivrance d'un certificat médical de non-hospitalisation, en chambre de sûreté et de le retenir jusqu'à ce qu'il ait recouvré sa raison, sans qu'il en résulte une violation de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

La Cour adopte les motifs du tribunal ainsi complétés (...) pour considérer qu'avec son collègue T.C., le gardien de la paix D.L. a pu, de bonne foi, commettre une erreur d'appréciation sur la réalité de l'état d'ivresse manifeste de Claude Castelot, et que le délit dont il est prévenu n'est pas constitué en l'absence d'élément intentionnel avéré. »

Le requérant se pourvut en cassation contre cet arrêt.

Le 11 septembre 2002, la Cour de cassation déclara le pourvoi du requérant non admis. Le requérant, qui n'était pas représenté devant la Cour de cassation, fut informé de cette décision le 23 janvier 2003.

B. Le droit et la pratique internes pertinents

1. La détention arbitraire

L'article 432-4 du code pénal, dans ces dispositions pertinentes, dispose :

« Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accomplir arbitrairement un acte attentatoire à la liberté individuelle est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende. »

2. La notion d'ivresse publique manifeste

L'article L. 76 du code des débits de boissons, en vigueur au moment des faits, était rédigé dans les termes suivants :

« Toute personne trouvée en état d'ivresse dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics, devra être, par mesure de police, conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenus jusqu'à ce qu'elle recouvre sa raison. »

Cette disposition, abrogée par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, a été transférée à l'article L. 3341-1 du code de la santé publique.

La Cour de cassation définit comme ivresse publique manifeste l'ivresse qui se produit à tous les yeux et peut être constatée par tout le monde (Cass. Crim. 12 mars 1875) ou à l'aide du témoignage des sens (Cass Crim. 24 avril 1990).

3. La pratique administrative des certificats de non-admission

Deux circulaires du ministère de la Santé publique des 16 juillet 1973 et 9 octobre 1975 prévoient que « tout individu en état d'ivresse manifeste sur la voie publique ou dans un lieu public

doit être conduit dans les locaux de police (...) mais après avoir bénéficié d'un examen médical à l'hôpital. Le médecin doit remettre aux autorités un bulletin ou certificat de non-admission ».

GRIEF

Invoquant l'article 6 de la Convention, le requérant, qui se plaint de ce que les investigations sur sa détention ont été confiées au commissariat dont dépendait le policier prévenu, considère ne pas avoir bénéficié d'une enquête effective, en vue de faire constater l'illégalité de sa détention en cellule de dégrisement.

EN DROIT

Le requérant se plaint de ne pas avoir bénéficié d'une enquête effective à la suite de la plainte avec constitution de partie civile déposée afin de faire constater l'illégalité de sa détention. Il allègue en particulier la partialité des personnes en charge de cette enquête, lesquelles appartenaient au même commissariat que le policier visé par sa plainte. Il invoque l'article 6 de la Convention.

Maîtresse de la qualification juridique des faits de la cause (*Guerra c. Italie*, arrêt du 19 février 1998, Recueil des arrêts et décisions 1998-I, p. 223, § 44), la Cour estime qu'il convient d'examiner cette question, intimement liée à la légalité de la détention du requérant, sous l'angle de l'article 5 § 1 e) de la Convention, dont les dispositions pertinentes se lisent ainsi :

« 1. Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales :

(...)

e) s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond ;

(...) »

A. Sur l'exception de non-épuisement des voies de recours internes

Le gouvernement soulève une exception d'irrecevabilité tirée du non épuisement des voies de recours internes. Il considère que la plainte avec constitution de partie civile du requérant ne constituait pas une voie de recours efficace dans la mesure où elle était vouée à l'échec et qu'il appartenait à ce dernier d'exercer une action en responsabilité de l'Etat du fait du fonctionnement défectueux d'un service public.

Le requérant considère quant à lui que le dépôt de plainte avec constitution de partie civile constituait un recours effectif. Il soutient en outre que le recours en responsabilité avancé par le Gouvernement ne présentait pas de meilleures chances de succès que la voie qu'il avait décidé d'emprunter. Il estime dès lors avoir valablement épuisé les voies de recours internes.

La Cour rappelle que, selon sa jurisprudence, l'article 35 de la Convention « ne prescrit l'épuisement que des recours à la fois relatifs aux violations incriminées, disponibles et adéquats. Ils doivent exister à un degré suffisant de certitude non seulement en théorie mais aussi en pratique, sans quoi leur manquent l'effectivité et l'accessibilité voulues ; il incombe à l'Etat défendeur de démontrer que ces exigences se trouvent réunies » (voir notamment les arrêts *Vernillo c. France* du 20 février 1991, série A n° 198, pp. 11-12, § 27, *Dalia c. France* du 19 février 1998, Recueil 1998-I, *Civet c. France* [GC] du 28 septembre 1999, n° 29340/95, CEDH 1999-VI, et également *Gautrin c. France* du 20 mai 1998, Recueil 1998-III, p. 1009, § 38). De surcroît, « un requérant qui a utilisé une voie de droit apparemment effective et suffisante ne saurait se voir reprocher de ne pas avoir essayé d'en utiliser d'autres qui étaient disponibles mais ne présentaient guère plus de chances de succès » (*Aquilina c. Malte* [GC], n° 25642/94, § 39, CEDH 1999-III).

En l'espèce, la Cour relève que le requérant choisit d'user de la voie pénale afin de contester la légalité de la détention dont il fit l'objet. Il fonda son action sur l'article 432-4 du code pénal. Le Gouvernement soutient que cette voie était vouée à l'échec et que le requérant aurait dû former un recours en responsabilité de l'Etat pour faute. La Cour considère quant à elle que le requérant pouvait raisonnablement considérer que cette voie, prévue par la loi et assortie d'une constitution de partie civile, lui offrait la possibilité de déclencher l'ouverture de poursuites, de soumettre ses griefs aux autorités internes et d'obtenir, le cas échéant, la réparation pécuniaire de son préjudice. La Cour estime, en outre, que le Gouvernement ne démontre aucunement en quoi le recours de plein contentieux devant la juridiction administrative présentait plus de chances de succès que celui exercé par le requérant en l'espèce. Elle relève en particulier qu'il ne cite aucune décision jurisprudentielle à l'appui de son argumentation.

Il en ressort que l'exception d'irrecevabilité pour non-épuisement des voies de recours internes ne saurait être accueillie.

B. Sur le fond

Le Gouvernement estime la requête manifestement mal fondée, la détention étant selon lui régulière au sens de l'article 5 § 1 e) de la Convention. Il rappelle à cet égard que, selon la jurisprudence de la Cour, cette disposition n'autorise pas seulement la détention de personnes dans un état clinique d'« alcoolisme » mais également de personnes « dont la conduite et le comportement sous l'influence de l'alcool constituent une menace pour l'ordre public ou pour elles-mêmes, même si aucun diagnostic d'« alcoolisme » n'a été posé les concernant » (Witold Litwa c. Pologne, n° 26629/95, § 61, CEDH 2000-III). Il estime donc que c'est à bon droit que les fonctionnaires de police constatant que l'haleine du requérant sentait l'alcool, que son équilibre était instable, ses yeux brillants et qu'il tenait des propos incohérents ont pu estimer qu'il présentait, au moment de son interpellation, les caractéristiques d'une ivresse publique manifeste, laquelle pouvait constituer une menace pour l'ordre public, et décider de le placer en détention. Il soutient aussi que la mesure disposait d'une base légale (l'article L. 76 du code des débits de boissons) et ajoute que l'état du requérant correspondait à la définition prétorienne de l'ivresse manifeste (cf. ci-dessus partie « droit interne pertinent »).

Il relève par ailleurs que, si les juridictions internes ont constaté qu'une erreur d'interprétation sur la réalité de l'état d'ivresse du requérant avait été commise par les policiers, aucune volonté délibérée de violer la loi ne saurait leur être reprochée.

Le Gouvernement souligne également la brièveté de la détention du requérant qui n'a pas été maintenu plus de cinq heures en cellule de dégrisement.

Il considère enfin que le requérant a bénéficié d'une enquête effective et approfondie sur les circonstances de son arrestation et de sa rétention, diligentée par un magistrat indépendant et impartial.

Le requérant soutient quant à lui que sa détention n'était pas régulière au sens de l'article 5 § 1 e) de la Convention, puisqu'il n'était pas en état d'ébriété au moment de son interpellation et ne représentait, en tout état de cause, aucun danger pour lui-même ou l'ordre public.

Le requérant estime que la « loi » en vigueur au moment des faits ne présentait pas un degré de précision et de prévisibilité satisfaisant tant en ce qui concerne les conditions de l'arrestation que celles de la rétention. Il insiste sur le fait que l'article L. 76 du code des débits de boissons laissait

la détermination de la durée de la détention en cellule de dégrisement à l'entière appréciation des forces de police.

Il affirme en outre avoir été victime d'une détention arbitraire, celle-ci n'étant pas rendue nécessaire par son comportement, lequel n'avait rien d'agressif ou de menaçant. Dès lors, il estime avoir été retenu plusieurs heures sans aucun motif.

Il estime enfin que l'enquête, diligentée à la suite de sa plainte avec constitution de partie civile, menée par des supérieurs hiérarchiques des policiers mis en cause, ne saurait être qualifiée d'indépendante. Il conteste également le caractère approfondi de cette enquête en relevant que la mission confiée aux enquêteurs se bornait à l'audition des policiers mis en cause et du médecin ayant délivré le certificat de non-hospitalisation. Il regrette en particulier l'absence d'audition des témoins de l'arrestation et d'avoir dû lui-même entreprendre des démarches afin d'obtenir les certificats médicaux ayant révélé l'erreur d'appréciation des policiers.

La Cour estime, à la lumière de l'ensemble des arguments des parties, que la requête pose de sérieuses questions de fait et de droit qui ne peuvent être résolues à ce stade de son examen, mais nécessitent un examen au fond ; il s'ensuit qu'elle ne saurait être déclarée manifestement mal fondée, au sens de l'article 35 § 3 de la Convention.

Aucun autre motif d'irrecevabilité n'ayant été relevé, il y a lieu de déclarer la requête recevable.

Par ces motifs, la Cour, à l'unanimité,

Déclare la requête recevable, tous moyens de fond réservés.

Santiago QUESADA
Greffier

Boštjan M. ZUPANCIC
Président

Annexe 5

Bulletin de non hospitalisation

(1) Ex-hôpitaux ruraux.

DEPARTEMENT

de

CENTRE HOSPITALIER

de

**SERVICE DES ADMISSIONS MEDICALES
ET DES URGENCES**

**Application des circulaires du 16 juillet 1973 et du 9 octobre 1975
relatives aux admissions des sujets en état d'ivresse, dans les services hospitaliers.**

Je soussigné

.....

certifie avoir examiné, ce jour, à heures

M.

Mme

âgé (e) de

demeurant

présenté (e) par :

- les fonctionnaires du commissariat de Police de⁽¹⁾

- les militaires de la brigade de Gendarmerie de⁽¹⁾

et présumé(e) par eux comme étant en état d'ivresse ;

l'intéressé(e) a été ⁽¹⁾

{

- admis(e) en service hospitalier.
- non admis(e) et remis(e) aussitôt aux dits fonctionnaires.
- a refusé l'hospitalisation.

A, le

.....

(signature)

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile.

Annexe 6

Modèle de procès-verbal de gendarmerie

Modèle de procès-verbal de gendarmerie

GENDARMERIE NATIONALE					
Compagnie					
ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE					
PROCÈS-VERBAL D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE					
Code Unité	P.V	Année	N° pièce	Feuill et	N° dossier justice
	00000	2007		113/1 80	

Le (jour) jj / mm / aaaa à .. heures .. minutes

Nous soussigné, Officier de Police Judiciaire en résidence à

Vu les articles 16 à 19 et 75 à 78 du Code de Procédure Pénale

Nous trouvant au bureau de notre unité à, rapportons les opérations suivantes :

IDENTITÉ DU MIS EN CAUSE

No m	2932	Prénom
AUTEUR		
Sexe	Situation de Famille	Date Naissance
Code Postal et Commune Naissance (France)		
Filiation		
père	mère	
:	:	
Adresse	Validité état-civil	
Identité déclarée		
Commune et Code postal	N° de Téléphone	Profession
(France)	Nationalité (si étranger)	
		Française

DATE - LIEUX - CIRCONSTANCES DES FAITS - CONSTATATIONS

Commis le jj/mm/aaaa à .. heures ..

Cet état d'ivresse publique et manifeste se concrétise par :

1°) Son attitude

- Il est maître de soi
- Il est énervé
- Il est arrogant
- Il est agressif

2°) Son regard

- Il est normal
- Il est anormal
- Ses yeux sont voilés
- Ses yeux sont brillants

3°) Son odeur de l'haleine

- Elle sent l'alcool
- Elle est indéterminée

4°) Son élocution

- Elle est normale
- Elle est pâteuse
- Elle est bégayante
- La personne ne parle pas

5°) Ses explications sont

- Nettes
- Embrouillées
- Incohérentes
- Répétitives
- La personne ne parle pas

6°) Son équilibre

- La personne tient debout
- La personne titube

En raison de sont état d'ivresse publique et manifeste, pour sa sécurité et celle d'autrui, le contrevenant est :

Conduit à notre unité où il est déposé en chambre de dégrisement.

Référence du cahier de garde à vue (1ère partie):

—

Visité par le médecin du service des urgences qui nous délivre un bulletin de non hospitalisation

Remis à sa famille, en l'occurrence à
(Nom, prénom, adresse):

Ayant recouvré ses esprits, le contrevenant a été entendu sur les faits.
(Cf. PIECE N° 2)

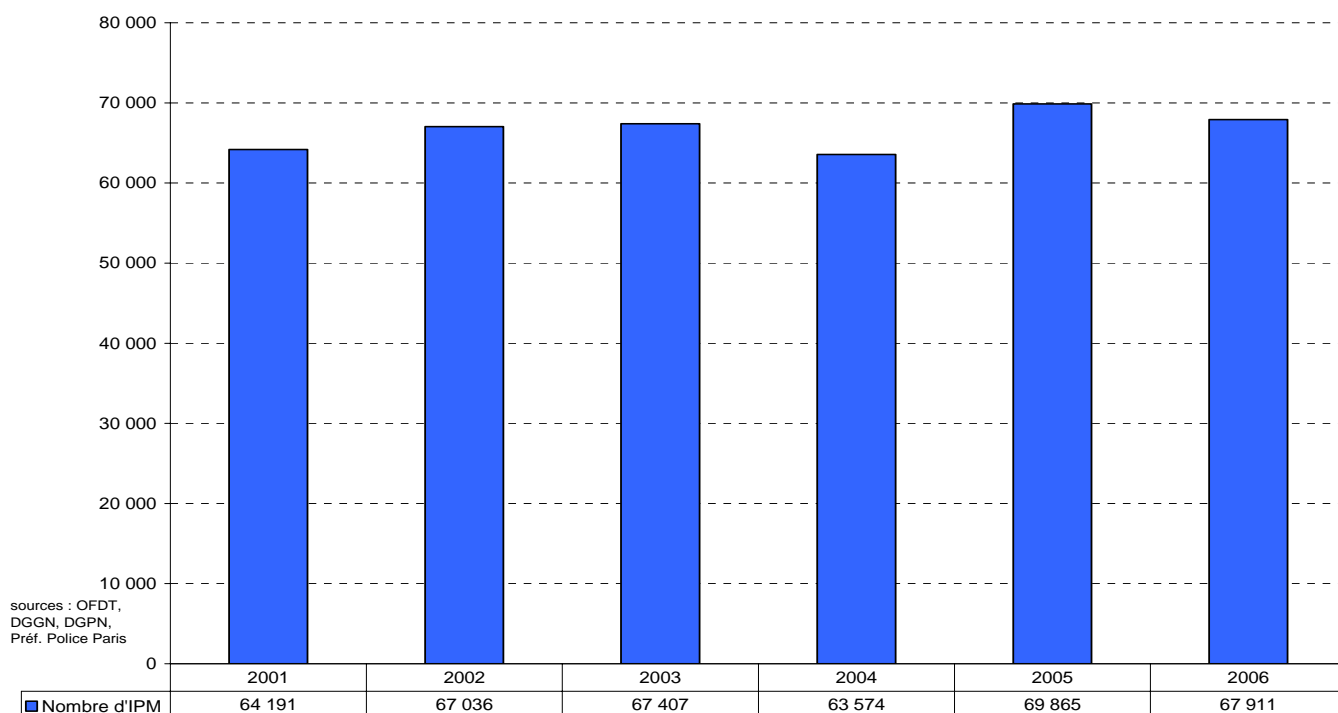
Annexe 7

Statistiques OFDT des interpellations pour IPM

Statistiques des interpellations pour IPM

1. Sur le plan national

Évolution du nombre d'interpellations pour Ivresse Publique et Manifeste en France métropolitaine depuis 2001



Les données sont centralisées et compilées par l'OFDT.

Elles sont en provenance de la Gendarmerie nationale (DGGN), des services de polices (DGPN) et de la préfecture de police de Paris. Seuls sont comptabilisés les cas d'ivresse publique et manifeste donnant lieu à une infraction, sauf pour les services de sécurité publique (Police Nationale) qui ne tiennent pas compte du nombre d'infractions mais du nombre d'interventions de police-secours pouvant ou non aboutir à l'établissement d'un procès-verbal.

La moyenne des interpellations pour ivresse publique et manifeste (IPM) en France sur la période 2001-2006 est de 66 664. Cela représente une moyenne de 1,77 interpellation pour IPM pour 1000 habitants âgés de 20 à 70 ans.

2. Par département en 2006

Gendarmerie nationale - 2006	Sécurité publique 2006	Préfecture de police - 2006	Ensemble en 2006	rapporté pop 20-70 ans (pour 1000 hab)
98	281		379	1,16
311	996		1307	3,91
45	328		373	1,70
49	122		171	1,94
37	64		101	1,31
121	360		481	0,75
99	219		318	1,76
103	326		429	2,35
34	91		125	1,46
124	249		373	2,01
137	172		309	1,60
45	358		403	2,44
78	1024		1102	0,93
371	785		1156	2,79
39	80		119	1,23
63	239		302	1,40
183	421		604	1,72
96	194		290	1,45
52	181		233	1,58
20	370		390	5,11
40	686		726	7,83
69	63		132	0,40
513	180		693	2,05
43	683		726	9,40
98	634		732	2,99
76	350		426	1,32
117	234		351	1,28
233	1346		1579	4,62
138	67		205	0,80
674	94		768	1,42
200	356		556	1,41
97	744		841	1,20
27	82		109	1,00
459	690		1149	1,36
380	510		890	1,53
467	1148		1615	2,88
68	174		242	1,65
177	784		961	2,70
253	283		536	0,76
101	216		317	2,02
91	179		270	1,29
43	728		771	3,90
55	943		998	2,16
45	173		218	1,65
292	1363		1655	2,27

80	279		359	0,91
83	76		159	1,58
78	136		214	1,12
9	16		25	0,54
135	569		704	1,53
229	801		1030	3,44
128	637		765	2,08
68	156		224	1,83
161	391		552	3,12
103	871		974	2,10
56	158		214	1,78
338	1422		1760	4,32
216	1334		1550	2,31
114	157		271	1,91
343	3302		3645	2,27
262	226		488	1,00
115	177		292	1,60
321	2174		2495	2,79
125	543		668	1,67
88	829		917	2,38
21	139		160	1,12
276	116		392	1,60
188	1512		1700	2,50
73	902		975	2,11
257	1659		1916	1,86
89	278		367	2,53
186	629		815	2,37
166	533		699	2,09
173	283		456	1,88
173	408		581	1,41
0	0	5 496	5496	3,65
303	1877		2180	2,77
186	1054		1240	1,62
41	1404		1445	1,64
137	189		326	1,50
209	732		941	2,65
32	360		392	1,82
21	129		150	1,16
193	293		486	0,86
95	391		486	1,54
351	391		742	2,18
63	109		172	0,67
57	373		430	1,87
199	267		466	1,94
185	401		586	2,83
25	372		397	4,45
136	922		1058	1,42
0	1336		1336	1,40
0	917		917	1,02
0	1348		1348	1,65

108	907		1015	1,43
13 856	54 055		67 911	1,80

Annexe 8

Procédures d'ivresse publique et manifeste établies par la gendarmerie nationale

Procédures d'ivresse publique et manifeste établies par la gendarmerie nationale

Nationale	
2001	9672
2002	10 488
2003	11479
2004	12455
2005	14993
2006	15762
2007	17791

dont métropole	
2001	8169
2002	8788
2003	9493
2004	10879
2005	13195
2006	13849
2007	15584

dont OM	
2001	1493
2002	1690
2003	1980
2004	1560
2005	1795
2006	1899
2007	2200

Dont unités gendarmerie spécialisée (GMAR, GARM, GTA et GAIR)	
2001	10
2002	10
2003	6
2004	16
2005	3
2006	14
2007	7

Annexe 9

Estimation du nombre de personnes en état d'ivresse et du nombre de demandes de certificat médical, aux urgences de l'AP-HP, en 2007

Estimation du nombre de personnes en état d'ivresse et du nombre de demandes de certificat médical, aux urgences de l'AP-HP, en 2007

(Note rédigée par l'AP-HP, DPM, mission urgences risques sanitaires, au 11/01/2008)

L'estimation s'est fondée d'une part sur l'analyse des données du réseau cyber-urgences et d'autre part sur les informations recueillies pendant une semaine de décembre 2007.

Réseau cyber-urgences (RCU)

Les données ont été analysées pour les services d'urgences adultes de l'AP-HP connectés au réseau cyber-urgences qui renseignent un diagnostic (CIM10) pour au moins 60% des passages aux urgences : Avicenne, Beaujon, Bicêtre, Bichat, Cochin, Henri Mondor, Lariboisière, Louis Mourier, Pitié-Salpêtrière, Tenon.

Sur toute l'année 2007. Codes CIM10 retenus pour l'analyse : F100, Z028, Z040, R780

Informations semaine du 3 au 9 décembre 2007

Les informations (nombre quotidien de cas d'ivresse amenés ou non par la police) fournies par 8 services d'urgences ont été analysées (Antoine Béclère, Bicêtre, Bichat, Cochin, Hôtel Dieu, Jean Verdier, Louis Mourier, St Louis). Dans cet échantillon, la proportion des cas amenés par la police est de 57%.

Pour 4 hôpitaux il a été possible de comparer les deux sources d'information et d'estimer à 40% la sous notification dans RCU des cas d'ivresse.

Après redressement des données RCU, la proportion des cas d'ivresse a été estimée à 4% des passages en moyenne avec une disparité importante d'un site à l'autre (de 1% à 7%). Pour l'année 2007, cela représente environ 30 000 passages dont 17 000 concernent des patients amenés par la police, dans les services d'urgences adultes de l'AP-HP.

Le taux de redressement des données n'a pu être calculé qu'à partir des données de 4 hôpitaux seulement ce qui a pu, compte tenu de leurs spécificités, minorer ce taux et entraîner une sous-estimation de la proportion de cas d'ivresse.

La majorité des cas (62%) ont entre 25 et 50 ans. Le quart arrive aux urgences le dimanche. Il n'a pas été mis en évidence de saisonnalité, les cas se répartissent de façon homogène tout au long de l'année avec cependant un léger excédent de cas en janvier.

Environ 4% des passages aux urgences concernent des patients en état d'ivresse, dont 57% sont amenés par la police. Pour l'année 2007, cela représente environ 30 000 passages dont 17 000 concernent des patients amenés par la police, dans les services d'urgences adultes de l'AP-HP.

Répartition par classe d'âge

[25-50[ans	62%
[50-75[ans	20%
[75-+] ans	1%

Répartition par jour de la semaine (estimation)

Lu	9%
Ma	10%
Me	12%
Je	14%
Ve	13%
Sa	17%
Di	25%

Annexe 10

Estimation du coût horaire complet d'un gardien ou d'un gradé de la police nationale

Estimation du coût horaire complet d'un gardien ou d'un gradé de la police nationale

La direction de l'administration de la police nationale (DAPN), en charge du budget de la police auprès du directeur général de la police nationale (DGPN), et au contact du Parlement lors des discussions budgétaires ne dispose pas actuellement du coût horaire complet des gradés et gardiens de la police nationale.

Selon un courriel de la DAPN en date du 14 janvier 2008 adressé à la mission :

« Vous avez souhaité avoir des précisions complémentaires sur les éléments de coûts en personnel qui vous ont été communiqués.

Ces coûts moyens salariaux ont été calculés sur l'ensemble du corps d'encadrement et d'application.

Les autres charges sont les charges patronales autres que la contribution de l'Etat au CAS pension.

Le coût complet intégrant l'équipement et l'habillement est en cours de calcul dans le cadre de la RGPP et vous sera communiqué dès sa finalisation.

En revanche, les coûts moyens de gestion et de formation des personnels actifs n'ont pas été déterminés ».

Compte tenu de ces éléments et des informations disponibles dans les documents du projet de loi de finances (PLF) pour 2008, il a néanmoins paru possible, à la mission, de procéder à une évaluation, en ordre de grandeur, du coût horaire complet des gradés et gardiens de la police nationale. Un chiffre même imparfait permettant de mieux apprécier la réalité que des données trop partielles.

1-Coût salarial annuel

Selon les chiffres fournis à la mission par la direction de l'administration de la police nationale (DAPN), le coût salarial annuel pour les gardiens et les gradés s'élève à 39 769 € se décomposant ainsi : 17 730 € pour le coût indiciaire, 6 971 € pour le coût indemnitaire, 11 911 € pour le CAS pensions, 3 157 € pour les autres charges.

2-Coûts de fonctionnement autres que ceux de personnels

Selon le PLF 2008, et pour le programme 176, police nationale, action 2, « Sécurité et paix publique » les dépenses de fonctionnement et d'équipement liées à l'activité des agents concourant à l'action s'élèvent à 2437 € par agent. Cette somme recouvre les dépenses de loyers des bâtiments, de fluides, de véhicules, de carburants, de déplacements, d'informatique et de travaux d'aménagement.

3-Coûts indirects de gestion

A ces charges directes, il convient d'ajouter les charges indirectes du programme de soutien,

qui apparaissent à l'action 6 « Commandement, ressources humaines et logistiques » du programme 176. Sont notamment regroupées dans cette rubrique, les dépenses relatives au cabinet du DGPN, à la DAPN, à l'IGPN, aux différents états-majors, aux secrétariats généraux pour l'administration de la police (SGAP), aux écoles de police, aux centres de formation et aux directions régionales du recrutement et de la formation (DRRF).

Ces dépenses indirectes de gestion et de soutien s'élèvent à 1440 millions d'euros soit l'équivalent de 20,5 % de l'ensemble des dépenses des 5 actions opérationnelles du programme qui s'élèvent à 7 006 millions d'euros. Les charges indirectes de fonctionnement par agent peuvent donc être évaluées par convention à 20,5 %.

4-Coût complet par agent

Le coût complet par agent peut donc être estimé à :

39 769 € pour les charges salariales

2 437 € pour les autres frais de fonctionnement

Soit :

42 206 € pour les charges directes

Auxquelles, il convient d'ajouter, 20,5 % au titre des charges indirectes, soit :

8 652 € au titre des charges indirectes, soit un total de :

50 858 € valeur estimée du coût complet

5-Coût complet par agent disponible

Naturellement, tous les agents ne sont pas en permanence en activité dans un service opérationnel.

Pour établir le coût d'une heure-fonctionnaire en équivalent temps plein (ETP), il convient donc de prendre en compte les périodes d'indisponibilité dues notamment aux accidents, à la maladie ou la formation. Selon des informations communiquées par la direction générale de la police nationale (DGPN), en 2005, à une mission IGF/IGA/IGSJ/CGPC consacrée à l'évaluation du contrôle sanction automatisée (CSA), ces périodes d'indisponibilité s'élèvent à 10 % du temps total portant ainsi à 56 509 € le coût complet d'un agent disponible dans son service opérationnel.

6-Coût horaire complet

Le temps horaire annuel de travail des gardiens et des gradés peut varier selon leur mode d'organisation de travail en « régime hebdomadaire », en « cycle de jour » ou en « cycle de nuit ».

Selon l'inspection générale de la police nationale (IGPN), il doit être possible d'évaluer à 1 565 le nombre d'heures travaillées pour les cycles de jour, à 1 450 celui pour les cycles incorporant du travail de nuit.

Cela permet d'évaluer à 36 € l'heure de jour à 39 € l'heure de nuit.

7-Conclusion

Cette estimation doit être considérée *a minima* dans la mesure où cela représente une valeur moyenne valable pour la totalité des heures. Or la police nationale s'est dotée d'un indice de performance prenant en compte pour la direction centrale de la sécurité publique (DCSP) « *la part de l'activité réalisée à l'extérieur des locaux de services* ». Cette part d'activité - de l'ordre de 40% - étant ainsi plus valorisée : or, c'est bien à cette part que correspondent pour l'essentiel, à l'exception des procédures de poursuite, les heures consacrées au traitement des IPM.

Annexe 11

Taux de recouvrement des amendes IPM

TAUX DE RECOUVREMENT DES AMENDES IPM (IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE)

		Nombre d'amendes IPM	PEC IPM	REC IPM	ANNUL IPM	Taux IPM	Taux de rcvt contentieux des amendes
2003 au 31 décembre 2004	1	42 065	4 260 682	1 540 574	107 281	37,09	34,24
	2	371	89 768	30 862	3 158	35,63	
	3	764	187 261	65 525	1 216	35,22	
	4	298	80 081	30 246	210	37,87	
	TOTAL	43 498	4 617 791	1 667 207	111 865	37,00	
2004 au 31 décembre 2005	1	54 351	5 379 126	2 001 877	119 260	38,06	31,61
	2	520	131 374	46 982	2 911	36,57	
	3	1 082	278 548	102 816	5 491	37,65	
	4	446	105 890	39 826	120	37,65	
	TOTAL	56 399	5 894 937	2 191 501	127 782	38,00	
2005 au 31 décembre 2006	1	56 425	5 592 288	2 173 933	142 532	39,89	33,13
	2	509	111 408	41 589	2 183	38,08	
	3	1 149	283 449	101 983	5 755	36,72	
	4	434	101 963	41 090	1 969	41,09	
	TOTAL	58 517	6 089 108	2 358 595	152 439	39,73	
2006 au 31 octobre 2007	1	56 784	5 722 312	2 225 002	267 901	40,79	33,77
	2	571	134 348	48 666	7 940	38,50	
	3	1 363	325 217	106 510	12 699	34,08	
	4	545	129 593	44 106	5 225	35,46	
	TOTAL	59 263	6 311 470	2 424 284	293 764	40,29	

Source : ICAM (DWH)

Légende

- 1 : le natinf "IPM" est placé en 1^{ère} position, les motifs suivants sont vides
- 2 : le natinf "IPM" est placé en 1^{ère} position, les motifs suivants sont remplis
- 3 : le natinf "IPM" est placé en 2^{ème} position
- 4 : le natinf "IPM" est placé en 3^{ème} position

Annexe 12

Etude comparée du traitement de l'IPM en Europe

Etude comparée du traitement de l'IPM en Europe

	Infraction	Rétention	Médecin	Frais	formation	Déontologie	Suivi médico-social
Allemagne	Non Traitement administratif Compétence de commune	Oui * facultative * 24 h au+ * Cellule de GAV * surveillance 1fois/heure	Oui * pompiers si besoin de soins * sinon visite en cellule de rétention	Contrevenant Selon Code berlinois des tarifications à usage policier			
Italie	Oui * amende 51à 309 Euros * poursuivie si infraction connexe	Oui si infraction connexe * le juge intervient en fin de dégrisement	Oui * Urgences 118 ambulance médicalisées * ou hospitalisation * ou en cellule si délit connexe	Santé		Pas de code déontologie mais usages professionnels Poursuites possibles pour non assistance à personne fragile (art.591CP)	
Royaume-Uni	Oui * forte mobilisation « binge drinking » * amende administrative 80 livres (120 euros)	Oui * cellule individuelle munies de caméras * surveillance 2fois/heure voire 3 fois selon l'état	Oui * examen au poste. * si état comateux hôpital * le médecin fixe le niveau d'observation	Police	Oui Aux risques liés à alcool et gestes de premier secours		
Danemark	Non * compétence générale de police * aucun texte légal sur mode d'intervention seule une note de service DGPN du 27.6.07	Facultatif selon le niveau de gravité (3 niveaux) * remise à foyer * remise à famille * hôpital * structure psychiatrique * poste détention * âge + 15 ans * recours possible devant le PR	Oui * si rétention * facultatif dans autres cas * urgences hôpital * ou médecin de ville de permanence	Justice (car la police est placée sous autorité du MJ) * aucun frais ne peut être réclamé au contrevenant			Oui * si mineur signalement services sociaux * remise au contrevenant d'une brochure sur l'alcool
Pays Bas	Oui * amende 335 euros * récidive est sanctionnée (3ème=prison)	Oui * remise à famille, amis * reconduite à domicile * plus rarement cellule	Oui Au poste	Sécurité sociale * ou service social départemental si insolvable			Oui * quand alcoolique notaire signalement services sociaux

Annexe 13

Quelques données sur le lien entre l'ivresse et la pathologie alcoolique

Quelques données sur le lien entre l'ivresse et la pathologie alcoolique

Les études épidémiologiques convergent pour souligner le lien entre les comportements d'ivresse et l'abus, voire la dépendance, et sur la nécessité d'une appréhension globale de la personnalité.

Ainsi, dans les recommandations de l'ANAES de septembre 2001, dites " *Orientations diagnostiques et prise en charge au détour d'une intoxication éthylique aiguë (IEA) des patients admis aux urgences des établissements de soins*", le lien entre l'intoxication éthylique aiguë et la dépendance est présenté comme relevant d'un niveau de preuve B (c'est-à-dire fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire. Elle comporte un degré moindre de preuve évidente que le grade A mais un niveau de certitude néanmoins assez fort).

L'admission en SU (services d'urgences) pour IEA constitue en tant que telle un problème lié à l'alcool et est un élément prédictif d'une consommation d'alcool exposant à une morbidité et à une mortalité accrues (grade B). Elle justifie une prise en charge alcoolologique.

Dans les SU, les professionnels de santé doivent éviter d'assimiler toutes les IEA à des consommations festives. Il convient d'éviter toute banalisation de l'IEA dans le contexte des SU. A priori, les IEA motivant le recours aux SU constituent en elles-mêmes au minimum un usage nocif d'alcool (grade B) ou témoignent d'une situation à problème (problème psychologique, familial, social).

Par ailleurs, de nombreux travaux attestent du lien qui existe entre la conduite alcoolique et la morbidité psychiatrique (dépression, troubles bipolaires, anxiété, troubles de la personnalité, schizophrénie.)¹⁰⁷

Des études plus spécifiques¹⁰⁸ vont dans le sens d'une corrélation entre l'IPM et la dépendance : l'IPM, toujours signe de mésusage, serait fortement prédictive d'addiction. Ainsi une étude réalisée à l'hôpital Louis Mourier à Colombes montre que les patients alcoolo-dépendants présentent une moyenne de 1,3 ivresse par semaine versus 0,08 pour les non alcoolo-dépendants. Selon le chef de service d'addictologie de l'hôpital Bichat, les personnes interpellées sont à 90% des vrais malades de l'alcool¹⁰⁹. Le fait de manifester une ivresse publique est souvent une demande implicite d'aide. Ces personnes reviennent de nombreuses fois aux urgences (exemple d'un passage 24 fois aux urgences... ou d'une personne reconduite 7 fois dans la même nuit).

De l'ensemble de ces travaux se dégage la conclusion que l'ivresse (a fortiori lorsqu'elle est publique et manifeste) a des répercussions médicales et sociales extrêmement fortes, étroitement mêlées, qu'il ne faut pas banaliser et dont la société doit s'occuper.

¹⁰⁷ Alcool et comorbidité psychiatrique M Lejoyeux, M Marinescu. La revue du praticien.2006.N° 56

¹⁰⁸ Cf in Médecine Sciences. Dec 2004.Alcoolo-dépendance, tempérament et personnalité. Michel Lejoyeux.

¹⁰⁹ La circulaire santé du 9 octobre 1973 soulignait déjà "l'expérience montre que 80 % des sujets présentant des ivresses répétées sont des alcooliques chroniques "

Annexe 14

Quelques données sur le lien entre alcool et violence

Quelques données sur le lien entre alcool et violence

Les données épidémiologiques, les expérimentations animales et humaines, les recherches sur les violences alcoolisées (victimes, détenus...) se sont multipliées au cours des dernières années.

Des travaux mettent l'accent sur le lien entre l'alcoolisation et la violence :

- ceux de la sécurité routière « Bilan de l'accidentologie pour l'année 2006 » indiquent que l'alcool est désormais le premier facteur d'accidents devant la vitesse ;
- ceux de l'Académie nationale de médecine dans son rapport sur « La lutte contre l'alcoolisme » soulignent que le mésusage de l'alcool serait impliqué dans 40 à 50% des homicides et dans 26 à 39% des agressions physiques ou sexuelles.
- ceux de l'OFDT « Violences conjugales et alcool quel traitement judiciaire ? » qui soulignent les dommages sanitaires (maladies, décès) et sociaux liés à la consommation excessive d'alcool en admettant que ces derniers soient toutefois plus difficiles à mesurer. L'OFDT rappelle que sur les 9 premiers mois de 2006, sur 113 homicides entre partenaires l'alcool était présent dans 1/4 des cas.

Les études présentées dans les expertises collectives de 2001 et 2003 de l'INSERM¹¹⁰ relativisent quelque peu le lien causal qui existerait entre alcoolisation et violences. On reprend ici des extraits de la conclusion du chapitre relatif à " Consommations et violences " du rapport d'expertise collective de 2003 :

" Une relation causale direct entre l'alcool et la violence n'est pas démontrée....Lors d'actes violents, le rôle éventuel de l'alcool se combinerait avec de nombreux facteurs psychologiques psychiatriques et sociologiques.... L'alcool serait tout au plus un facteur favorisant l'expression agressive chez certains individus, en certaines circonstances.... L'état actuel des connaissances ne permet donc pas de présumer l'occurrence des violences chez les consommateurs d'alcool, quelles que soient leurs habitudes et les quantités absorbées".

« L'hypothèse d'une relation causale n'a jamais été démontrée intégralement et il semble certain que cette relation causale ne serait pas systématique et ne concernerait que certains individus en certaines circonstances. De nombreuses synthèses de la littérature en attestent (Collins, 1988, Lipsey et coll 1997, Martin et Batman 1997)

¹¹⁰ Alcool. Effets sur la santé. 2001. Expertise collective « Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance » Editions Inserm, 2003. Chapitre 7 "consommations et violences".

Annexe 15

Recommandations pour le suivi médical

Recommandations pour le suivi médical

Pour l'examen médical des ivresses, notamment à l'hôpital, il existe :

- les Recommandations de la conférence de consensus de la SFMU de 1992, actualisées en 2003 et 2006: "l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences" ;
- les Recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES de 2001 : « Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins ».

Une enquête de la Société française de médecine d'urgence en 2006 auprès de 298 services montre que 20% des services utilisent une procédure de service dans le cas des IEA simples et 33% dans le cas des IPM. La même enquête indique que 65 % des urgentistes connaissent la conférence de consensus de 2003 mais seulement 33% son actualisation de 2003. L'appropriation de ces recommandations par les urgentistes ne semble donc pas majoritaire. Celles-ci concernent notamment le diagnostic : il ressort principalement de l'examen clinique. En effet « la corrélation entre l'alcoolémie, les signes cliniques et la gravité est médiocre ». L'ANAES écrivait en 2001 : « il n'est pas recommandé de mesurer systématiquement la concentration d'éthanol dans le sang ou dans l'air expiré pour retenir le diagnostic d'IEA¹¹¹.

Il est important de distinguer l'IEA simple de l'IEA pathologique. La SFMU indique des critères de gravité et des critères de réalisation d'examen complémentaires. Elle insiste sur l'intérêt de la recherche de la glycémie. Cet examen est très simple, se lit en temps très court et peut être pratiqué hors l'hôpital. Elle juge le « binge drinking » (ou « alcool défoncé »), comme une pratique à haut risque et met en exergue les risques propres à l'adolescent, notamment les risques de suicide.

La surveillance au cours du dégrisement¹¹².

Dans les documents ANAES et SFMU, l'élément essentiel pour la surveillance à l'hôpital, apparaît « le maintien de la permanence des fonctions relationnelles » (problème du coma éthylique et du syndrome de sevrage) ; « l'évolution d'une IEA isolée non compliquée est marquée par la régression spontanée des signes en 3 à 6 heures ».

L'après dégrisement.

Cet aspect tel qu'il est traité dans les recommandations de l'ANAES et de la SFMU ne concerne que les IEA gardées à l'hôpital, mais il intéresse aussi les personnes gardées en IPM dans les commissariats : une évaluation de leur rapport à l'alcool doit être réalisée. L'utilisation de questionnaires validés par l'OMS (DETA et AUDIT) est ici recommandée. Même pratiquée dans les services d'urgence, « l'intervention brève » qui a pour objectif de motiver les patients et de leur

¹¹¹ C'est la raison pour laquelle la mission ne préconise pas l'éthylométrie mais seulement le recours par les forces de police à l'éthylotest qui permettra d'établir s'il y a ou non présence d'alcool

¹¹² On rappellera à cet égard, un des attendus de l'arrêt Tais de la Cour européenne des droits de l'homme : « ... sa détention n'a été accompagnée d'aucune mesure de surveillance - en particulier médicale- afin de protéger sa vie. La cour relève à cet égard de graves manquements et négligences des autorités françaises... Il apparaît en effet qu'aucun policier n'est entré dans la cellule de dégrisement de 1 h à 7 h 30 du matin en dépit des cris de Pascal Tais tout au long de la nuit et ce jusqu'à quelques instants avant sa mort. Ses cris auraient été interprétés comme étant liés à son état d'excitation et son alcoolémie et non comme des cris de souffrance ou d'appel au secours. La Cour estime paradoxal de parler d'un contrôle effectif tous les quarts d'heure où rien n'était à signaler alors que policiers ne sont pas entrés dans la cellule. »

proposer une réduction ou un arrêt complet de la consommation d'alcool a prouvé son efficacité¹¹³. Pour les personnes dépendantes, des interventions plus lourdes sont nécessaires.

La mission estime donc que le suivi de la personne interpellée pour IPM est important en raison des données qui établissent la corrélation entre l'IEA et la maladie de l'alcool (usage abusif ou dépendance) et qu'il doit être inclus dans la procédure elle-même (voir le corps du rapport).

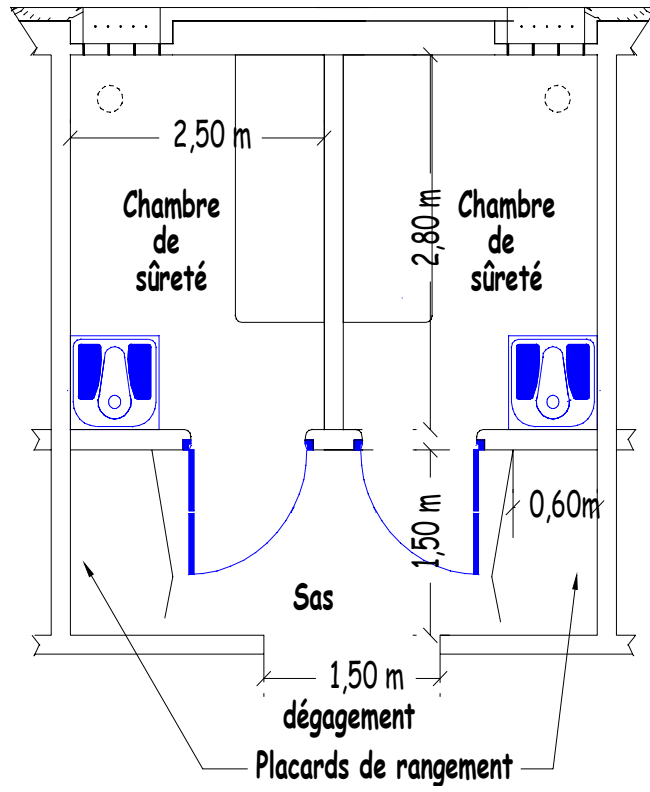
¹¹³ L'Assistance publique promeut un essai contrôlé randomisé multicentrique pour évaluer les effets à un an d'une intervention brève assistée par ordinateur (protocole BREVALCO)

Annexe 16

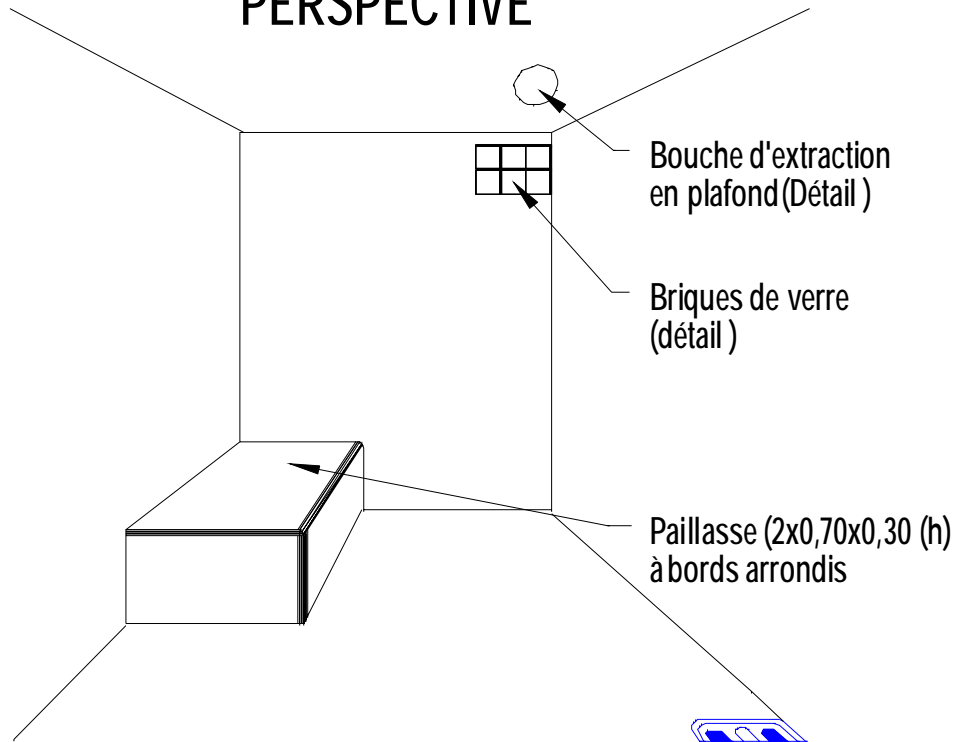
Schéma de principe d'une chambre de sûreté

SCHÉMA DE PRINCIPE D'UNE CHAMBRE DE SÛRETÉ.

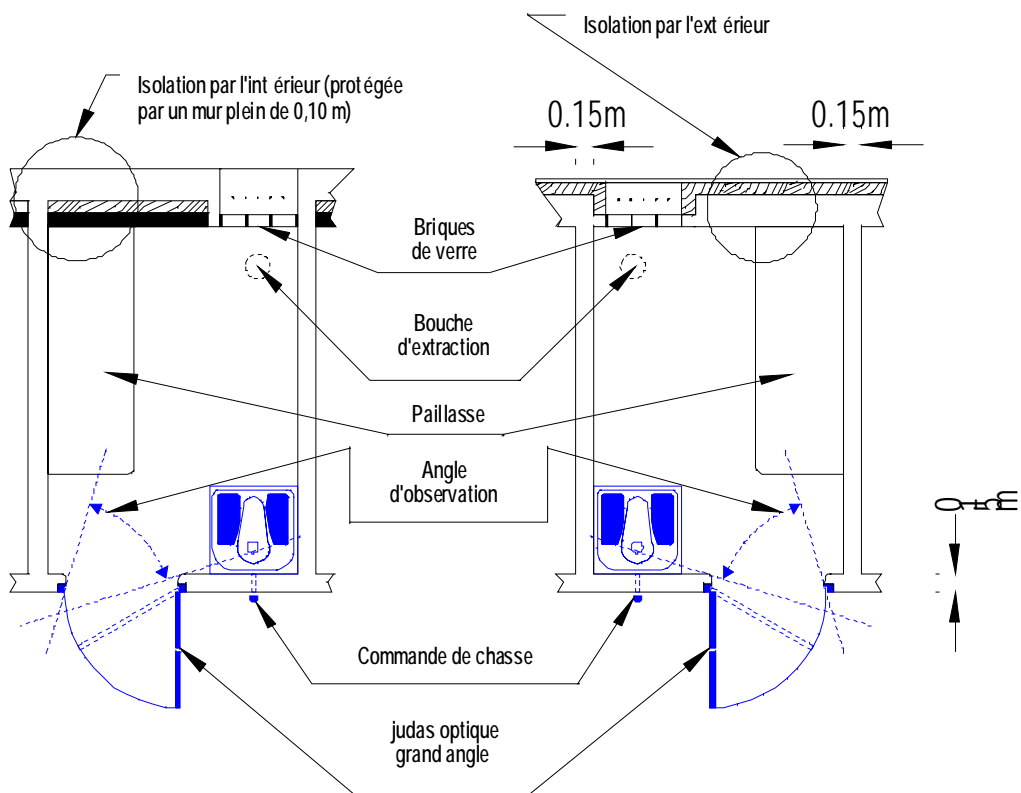
DISTRIBUTION



PERSPECTIVE



VUES en PLAN



Annexe 17

Vérifications concernant l'alcoolémie : modèle de fiche A

Vérifications concernant l'alcoolémie : modèle de fiche A

SERVICE DE POLICE OU DE GENDARMERIE _____ _____	FICHE "A" VÉRIFICATIONS CONCERNANT L'ALCOOLÉMIE <i>Références</i> Articles L. 234-1 à 9 du Code de la route Article L. 3354-1 du Code de la santé publique Article R. 234-1 du Code de la route	AFFAIRE : _____ _____ _____
PROCÈS-VERBAL N° _____ ANNÉE _____		PIÈCE N° _____

PERSONNE CONCERNÉE

Nom : _____ Adresse : _____
 Prénoms : _____
 Profession : _____
 Code : _____
 Code département de naissance : _____ Sexe _____ Age : _____

NATURE DES FAITS

Date : _____ Heure : _____

	Auteur	Victime	Conducteur	Piéton	Autre
Crime ou délit suivi de mort (hors circulation routière)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident mortel de la circulation routière	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident corporel, non mortel, de la circulation routière	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduite en état d'ivresse manifeste	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépistage positif lors d'un contrôle préventif (art. L. 234-9 et L. 234-10 du Code de la route)	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délict pouvant donner lieu à suspension du permis de conduire	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contravention pouvant donner lieu à suspension du permis de conduire	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crime ou délit non suivi de mort (hors circulation routière)	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident matériel de la circulation routière	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom, grade et signature des enquêteurs

RECHERCHE DE L'ÉTAT ALCOOLIQUE

Dépistage

Demande de l'intéressé
 Prescription des enquêteurs

Prélèvement sanguin
Non effectué en raison de

Dépistage négatif
 Refus prélèvement par l'intéressé (faire un procès-verbal annexe)
 Autre motif (l'indiquer sommairement - si refus du médecin, faire un procès-verbal annexe)

effectué sur

Demande de l'intéressé
 Prescription des enquêteurs, car
 Dépistage impossible
 Dépistage positif
 Refus dépistage
 Jugé utile sur victime

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN REQUIS

DESTINATAIRES Mettre une croix par échantillon
 Indexation de départ de sang adressé
 Nombre d'exemplaire(s) adressé(s)

1^{er} biologiste à _____
 2^e biologiste à _____
 Lab. hospitalier _____
 1 Archives _____

EXAMEN DE COMPORTEMENT (fiche 'A')

Date : _____ Heure : _____

Examen impossible

ASPECT GÉNÉRAL EXTÉRIEUR

Constitution
 Physique Corpulent
 Mince
 Moyen

Lésions Indemne
 Contusions
 Blessures

Visage Normal
 Congestionné
 Pâle
 En sueur

Allure Bien éveillé
 Somnolent
 Abattu
 Tremblant
 Hoquets
 Vomissements
 Présence déjections
 Vêtements désordonnés
 Vêtements ordonnés

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

Absorption d'alcool au cours des 3 (trois) dernières heures, de l'aveu de la personne concernée Oui Non
 de(s) témoins Oui Non

Dernière heure d'absorption d'alcool : _____

Lieux

Sur les lieux des faits
 Dans un local de service
 Chez le médecin ou à l'hôpital

ASPECTS PARTICULIERS

Attitude Maître de soi
 Énerve
 Arrogant
 Agressif

Regard Normal
 Anormal
 Yeux voilés
 Yeux brillants

Odeur de l'haleine Sentant l'alcool
 Indéterminée

Élocution Normale
 Pâteuse
 Bégayante
 Ne parle pas

Explications Nettes
 Embrouillées
 Incohérentes
 Répétitives
 Ne parle pas

Équilibre Tient debout
 Titube

En résumé, l'intéressé semble

Ne pas être sous l'influence de l'alcool
 Être sous l'emprise d'un état alcoolique léger
 Être sous l'emprise d'un état alcoolique important
 Être en état d'ivresse

IK 951050

4 008181 CFB
IMPRIMERIE NATIONALE

Annexe 18

**Certificat de présentation aux consultations d'addictologie :
l'exemple de Saint- Quentin**



Centre de Cure Ambulatoire en Microbiologie
10 Rue de la Chaussée Romaine
02100 SAINT-QUENTIN
03.23.67.19.87
cma.st-quentin@ccam12.fr

FAT DE NCE

Mr. ou Mme

s'est présenté(e) le : 10/10/08.

avec :

- Thierry BRIAND
- Vincent DOBOIS, Thérapeute
- Sandrine VAILLANT-PICQDE, Psychologue

Mr. ou Mme sera reçu(e) le :

Centre de Cure Ambulatoire
10, rue de la Chaussée Romaine
02100 SAINT-QUENTIN
Tél. 03 23 67 19 87 - Fax

RECULE
16 JAN 2008

10/01/08

Signature: [Handwritten Signature]

Fait à la demande de : MME



CENTRE D'HYGIENE ALIMENTAIRE
Centre de Cure Ambulatoire en Microbiologie
10 Rue de la Chaussée Romaine
02100 SAINT-QUENTIN

JUSTIFICATIF DE PRISE DE RENDE-VOUS

Mr. ou Mme

a bien pris rendez-vous pour le 25/10/08
au 10/10/08
pour un entretien au Centre d'Hygiène Alimentaire.

Signature: [Handwritten Signature]
L. Béguin
CENTRE D'HYGIENE ALIMENTAIRE
CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN MICROBIOLOGIE
10, rue de la Chaussée Romaine
02100 SAINT-QUENTIN
Tél. 03 23 67 19 87 - Fax 03 23 05 92 29

Fait à la demande de l'Infectiologue

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE SAINT-QUENTIN

PARQUET DU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

NOTE D'INFORMATION (Ivresse publique et manifeste)

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être verbalisé(e) pour ivresse publique et manifeste.

Ces faits constituent une contravention de 2^e classe vous faisant encourir une amende de 150 € que peut prononcer le juge de proximité devant lequel vous pouvez être poursuivi.

Vous pouvez également bénéficier d'une mesure alternative aux poursuites en acceptant de vous rendre à une consultation spécialisée où lors d'un entretien vous ferez le point sur votre situation par rapport à l'alcool.

Si vous accomplissez cette démarche vous ne serez pas poursuivi et le dossier sera classé.

Vous devrez, de manière à bénéficier de cette faculté, justifier auprès des services de l'Officier du Ministère Public dans le délai d'un mois, par la production d'un certificat, **que vous avez consulté le centre spécialisé en alcoologie*** dont les coordonnées vous ont été remises par la police ou la gendarmerie **et entrepris le suivi qui a pu vous être conseillé.**

A défaut de remettre ce justificatif dans le délai imparti, vous ferez l'objet de poursuites contraventionnelles.

* Centre d'Hygiène Alimentaire 10 rue de la Chaussée Romaine 02100 SAINT QUENTIN
Tel : 03.23.67.19.87

Saint Quentin, le 30 mars 2007

Le procureur de la République

à

**Madame la Commissaire Centrale,
Chef de la Circonscription de Sécurité Publique de SAINT QUENTIN**

Objet: Mise en place d'une alternative aux poursuites concernant les contraventions d'ivresse publique et manifeste

Référence:

La constatation de faits d'ivresse publique et manifeste permet de mettre en évidence les difficultés que certaines personnes rencontrent dans la mesure de leur consommation d'alcool.

Si ces situations sont constitutives d'une contravention, elles sont également la manifestation d'une situation favorisant la commission d'autres infractions ou se rapprochant d'une question de santé publique.

La prise en compte de ces données conduit à mettre en place une procédure alternative aux poursuites qui consistera à inviter les personnes ayant fait l'objet d'une verbalisation à se rendre au Centre d'Hygiène Alimentaire.

Elles bénéficieront d'un classement sans suite à la condition de justifier d'avoir déféré à l'invitation de visite au centre et à défaut feront l'objet d'une poursuite devant le juge de proximité.

L'avertissement leur sera délivré par remise du formulaire joint.

Vous voudrez bien informer et sensibiliser les personnels placés sous votre autorité à la mise en place immédiate de ce dispositif.

Le procureur de la République

Hugues WEREMME

Annexe 19

Dispositif de prise en charge des addictions

Dispositif de prise en charge des addictions

Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme vers lequel les personnes sanctionnées au titre de l'IPM pourraient être orientées se confond désormais avec le dispositif de prise en charge et de soins en addictologie¹¹⁴, cette discipline incluant désormais les conduites de mésusage de l'alcool au même titre que des autres substances psychoactives. Elle recouvre désormais également les addictions comportementales - addiction sans drogue - qui comprennent le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, la cyberaddiction etc...

Concernant plus spécialement l'alcool, ce dispositif se décompose en trois volets (cf. circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé) :

- le volet médico-social :

- l'accueil l'information et l'orientation des usagers ;
- la prévention ;
- les soins et l'accompagnement médical, psychologique, social, éducatif ambulatoire ;
- les soins résidentiels : centres de soins de suite et de réadaptation.

- le volet sanitaire :

il s'agit essentiellement du secteur hospitalier : les unités d'alcoologie, les équipes de liaison en addictologie.

- les réseaux de santé :

il en existe une cinquantaine sur le territoire. Les réseaux soutiennent les actions de prévention primaire. Leur mission centrale est la coordination professionnelle du soin. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007/ 2011 préconise la création d'un réseau de santé en addictologie de proximité pour 200 000 habitants.

La liste des lieux de soin fournie par la police ou la gendarmerie à la personne interpellée lors du procès-verbal d'audition de la personne mise en cause devra comprendre au minimum le nom et les coordonnées :

- des services hospitaliers d'addictologie : consultations spécialisées, équipes de liaison, services d'addictologie, pôles d'addictologie ;
- des services ambulatoires spécialisés : les anciens centres départementaux de prévention (CDPA) - séances de prévention et stages - et les anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) qui sont désormais fusionnés avec les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), sous le nom de centres de soins d'accompagnement et de prévention (CSAPA).

Créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et conformément au plan 2007/ 2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions, ces

¹¹⁴ Circulaire n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai et 2007 relatif à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en a mythologie

centres, financés par l'assurance-maladie seront les éléments clés du dispositif médico-social. Ils ont la possibilité de se spécialiser pour la prise en charge médicale, psychosociale et éducative soit sur l'alcool soit sur les drogues illicites. Les CSAPA fonctionneront en ambulatoire et /ou avec hébergement.

Il existe actuellement 230 CCAA et 270 CSST. Une étude de l'OFDT¹¹⁵ : « le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme en 2004 » portant sur 80 % des CCAA soit sur 177 structures fournit les données suivantes : 539 points de CCAA sont ouverts (dont 186 ouverts plus de 20 heures par semaine). Ils accueillent en prévention, sevrage, soins et accompagnement 100 000 consultants par an et employaient 971 ATP dont près de 300 médecins. Si l'on considère que ces chiffres représentent 80 % de la capacité des centres, l'on peut penser qu'environ 120 000 personnes étaient accueillies sur le territoire.

Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007/2011 organise ce dispositif qui se traduira par des schémas régionaux d'addictologie et prévoit un financement pluriannuel de 77 millions d'€par an.

¹¹⁵ C. Palle, C. Chabanne, C. Lemieux