

Appréciation de l'aptitude à rester en cellule: analyse de 1037 interventions

Jan Röhmer^a, Johann Steurer^b

^a Ärztliche Leitung, SOS-Ärzte, Institut für Notfallmedizin, Zürich

^b Horten Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer, Universität Zürich

Quintessence

- 6% seulement des patients examinés dans cette étude n'étaient pas aptes à rester en cellule.
- L'intoxication alcoolique est le motif le plus fréquent de la demande à un médecin d'apprécier l'aptitude à rester en cellule.
- L'appréciation de l'aptitude à rester en cellule doit être faite par un médecin bien formé en médecine générale et d'urgence et exige des connaissances spéciales sur l'intoxication à l'alcool et la substitution des opioïdes.

Introduction

L'une des tâches des médecins des services d'urgences est d'apprécier l'aptitude à rester en cellule (ARC) de personnes interceptées par la police. Par ARC, nous entendons la capacité d'une personne d'exécuter sa peine dans un établissement sans risque d'atteinte à sa santé. L'ARC est un examen consciencieux des intérêts à défendre entre facteurs médicaux et exigences pénales de l'Etat. L'ARC est un terme juridique dont l'application correcte est du ressort des instances judiciaires. L'examen de ses conditions par contre est du ressort celui d'un professionnel de la médecine qui doit intervenir sur demande de l'autorité d'exécution.

Le terme d'aptitude à rester en cellule ne se trouve pas dans le Code pénal suisse (CPS), les différentes lois d'application policières et judiciaires des cantons ne traitent pas toutes ce sujet de la même manière. Il est généralement question d'aptitude à rester en cellule surtout lors d'une mesure de punition ou d'exécution, et avant le début d'une détention une expertise médicale est si nécessaire effectuée à l'intention des instances judiciaires. Pour la détention policière (jusqu'à 24 heures), un rapport ou certificat médical est généralement suffisant. L'autorité d'exécution, ou le procureur pour les prévenus, peut cependant demander une expertise dans des cas particuliers. Un policier peut demander un médecin pour juger de l'aptitude à rester en cellule dans les situations suivantes: demande du détenu, signes de traumatisme/maladie, besoin de médicaments, trouble psychique, signes d'intoxication à l'alcool ou à des drogues.

Les éléments permettant de juger d'une ARC mettent le médecin en face d'exigences particulières. Prendre une anamnèse s'avère très difficile chez des patients non opérants, récalcitrants ou sous l'influence de substan-

ces psychotropes. Un examen physique est assez souvent refusé par les détenus. Après avoir accordé l'ARC, le médecin assume la responsabilité de la santé du patient. Toute surveillance médicale est impossible en cellule, ce qui fait que le médecin doit être sûr qu'il n'y aura aucune détérioration majeure de la santé du patient. Ce qui pose de hautes exigences au médecin particulièrement en cas d'intoxication, mais aussi en cas de risque d'automutilation.

Il n'y a aucune donnée de Suisse sur les motifs d'appréciation de l'ARC, pas plus que sur la fréquence ni les raisons d'une éventuelle incapacité de rester en cellule. Cette étude a porté sur les motifs et les résultats d'une grande partie des examens médicaux effectués dans le canton de Zurich entre 2007 et 2009, elle donne et discute les raisons d'une ARC non accordée.

Méthodes

Cette étude a analysé toutes les appréciations d'ARC effectuées par les médecins SOS zurichois entre octobre 2007 et septembre 2009. Ces médecins sont régulièrement appelés par la police pour examiner des personnes en détention, plus de 1200 interventions ont été effectuées en 2011.

Saisie des données

Les employés de la centrale téléphonique ouvrent un nouveau dossier pour tout appel reçu avec numéro de l'appelant clairement identifiable et prennent tous les renseignements nécessaires pour le bon déroulement de l'intervention urgente. Ces indications sont ensuite complétées par celles du médecin avant d'être sauvegardées dans une banque de données. Les employés de la centrale téléphonique notent l'heure de l'appel, les précisions sur le lieu de l'intervention, le nom de l'appelant, les coordonnées du patient et le motif de l'appel. Le médecin de son côté note sur son protocole d'intervention les heures de consultation, les mesures prises sur place telles qu'ECG, perfusion, traitement de plaie ou pose de cathéters, l'hôpital et le service dans lequel est éventuellement transféré le patient. Après son intervention, le médecin rédige un bref rapport dans le dossier électronique du patient avec status, diagnostics, médicaments, traitements mis en route sur place et suite ou fin. Le médecin donne un code diagnostique à chacune de ses interventions.



Jan Röhmer

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Résultats

Appelant (poste de police)

Le groupe 1 de la police criminelle cantonale de Zurich, situé à la gare principale, intercepte chaque année quelque 1300 personnes, dont 330 à 550 patients sont examinés dans ce poste de police quant à leur ARC, soit entre 25 et 40% de toutes les personnes arrêtées. Selon la police cantonale, toutes sont examinées par des médecins SOS.

Répartition par sexe et âge des détenu(e)s

La répartition par âge montre un pic net des interventions d'appréciation de l'ARC pour les patients de 20 à 40 ans (moyenne 33,4 ans; extrêmes 1 à 74 ans). Sur les 1037 détenus, il y a 884 hommes (85%) et 153 femmes (15%). Pour les parents arrêtés avec leurs enfants, ces derniers doivent aussi être examinés, indépendamment de leur état de santé actuel.

Heure d'appel de la police

La plupart des appels pour appréciation de l'ARC ont été passés entre 18 et 2 heures du matin. Il n'y a eu que très peu d'interventions entre 3 et 6 heures, de même qu'entre 12 et 14 heures. Leur nombre journalier varie de 127 à 179, le moins le lundi (12%) et le plus le dimanche (17%).

Motif d'examen

La majorité des demandes d'appréciation d'une ARC a eu pour motif l'alcool (449 patients, 43%), suivi par des drogues (143 patients, 14%). 106 détenus (10%) ont eu besoin de médicaments dont 80 (8%) de méthadone. 58 patients (6%) ont déclaré des problèmes psychiques (tab. 1 ↩).

Diagnostics

Le diagnostic le plus souvent posé a été intoxication éthylique (418, 40%). Une polytoxicomanie a été diagnostiquée chez 125 patients (12%) et une dépendance à la méthadone chez 69 (7%). 25 patients souffraient de dépression, 20 (2%) avaient un diabète et 20 (2%) une schizophrénie (tab. 2 ↩).

Ethylométrie dans l'air expiré

La police a dosé l'alcool dans l'air expiré de 359 détenus. La plus grande partie (28%) des personnes ainsi examinées avaient une alcoolémie entre 1,51 et 2,0 pour mille. 54 personnes (15%) ont refusé ce test (fig. 1 📷).

Médicaments

Sur ces 1037 détenus, 399 (38%) ont dit prendre régulièrement des médicaments. Les 399 personnes ayant besoin de 1 à 8 médicaments ont donné un total de 925 substances (moyenne 2,3 par personne). Un total de 202 différents médicaments a été enregistré comme traitement à long terme. 175 détenus ont déclaré prendre la méthadone soit dans un centre de distribution d'un programme de substitution soit dans la rue. La méthadone est le médicament le plus souvent utilisé par les détenus. 62 ont donné l'oxazépam (Seresta®) en traitement régulier, 40 le midazolam (Dormicum®) et 40 la quétiapine (Seroquel®). Au 4^e rang vient le diazépam (Valium®) avec 37, au 5^e le lorazépam (Temesta®) avec 30 mentions.

20 différentes classes de substances ont été enregistrées. 219 (24%) des médicaments documentés faisaient partie de la classe des benzodiazépines, 196 (21%) de celle des opioïdes (méthadone, buprénorphine [Subutex®], morphine [MST®] et autres). Les neuroleptiques suivent avec 96 médicaments documentés (10%), les antidépresseurs avec 93 (10%) (tab. 3 ↩).

Tableau 1

Indications sur les motifs de l'examen (n = 1037).

Alcool	449 (43%)
Drogues	143 (14%)
Médicaments	106 (10%)
Méthadone	80 (8%)
Trouble psychique, non spécifique	58 (6%)
Douleur/Traumatisme/Plaie	82
Asthme/Hyperventilation/Tuberculose	27
Autres/Inconnu	21
Problèmes cardiaques/Hypertension	14
Diabète	13
Agoraphobie	9
Confusion, somnolence	8
VIH/SIDA/Leucémie	6
Grossesse/Enfant	6
Hépatite/Problèmes digestifs	6
Epilepsie, paralysie	5
Demande du détenu	4

Tableau 2

Diagnostics (n = 1037).

Ivresse	418 (40%)
Polytoxicomanie	125 (12%)
Dépendance à la méthadone	69 (7%)
Dépression	25 (2%)
Psychisme	98
Dépendance à des drogues, autres	50
Traumatisme/St. après opération	40
Douleurs	29
Poumons/Voies respiratoires	27
Cœur/Circulation	21
Diabète	20
Foie/Voies biliaires/Tractus digestif	20
Dépendance à l'alcool	18
VIH/SIDA	15
Peau	14
En bonne santé	13
Cerveau/Système nerveux	13
Inconnu/Autres	12
Système urogénital	6
Grossesse/Menstruation	4

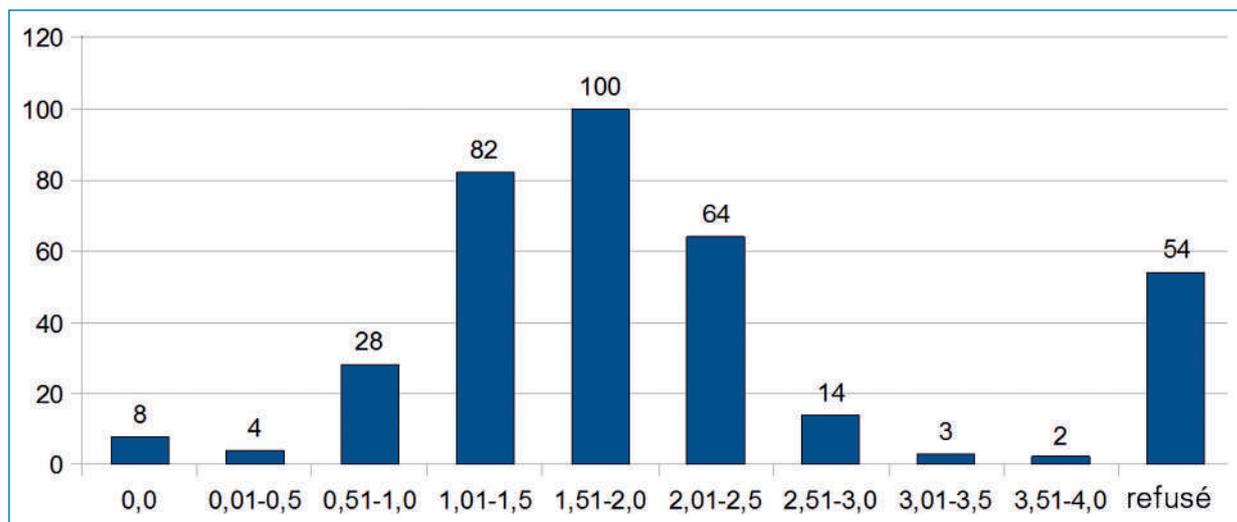


Figure 1

Alcool dans l'air expiré en pour-mille (n = 359).

Médicaments donnés ou prescrits

54 nouveaux médicaments ont été prescrits à 286 personnes arrêtées. Le plus souvent le lorazépam (Temesta®) (84 fois, 21%) et l'oxazépam (Seresta®) (80 fois, 20%), suivis par la méthadone (30 fois, 8%). La bière a été prescrite dans 50 cas (13%). La plupart de ces médicaments ont fait partie de la classe des benzodiazépines (171 prescriptions, 43%), les analgésiques ayant suivi avec 95 prescriptions (24%) (tab. 4 ↩).

Mesures entreprises

20 dosages de la glycémie ont été faits, 5 examens urinaires sur bandelettes, un traitement de plaie a été nécessaire chez 5 patients, un ECG a été enregistré chez 4 patients et 1 l'a refusé. Un test de grossesse a été fait chez 3 détenues, 2 cathéters veineux périphériques ont été posés et 1 patient a été adressé à un institut de radiologie ambulatoire.

Aptitude à rester en cellule

Sur ces 1037 patients, 62 (6%) ont été jugés inaptes à rester en cellule. Les raisons ont été des problèmes psychiques chez 18 personnes arrêtées (30%); elles ont été adressées à un hôpital psychiatrique. 15 patients (24%) ont été jugés inaptes à cause de l'alcool et 14 (23%) à cause d'une intoxication à des substances psychotropes. 28 patients (45%) ont été adressés à un hôpital somatique et 23 (37%) à un hôpital psychiatrique, dont 22 pour détention préventive (DP). 11 patients ont pu rentrer chez eux (18%).

Discussion

Attitude en face d'un abus d'alcool

En face d'une intoxication aiguë ou chronique à l'alcool, nous nous basons sur les réflexions suivantes: l'ébriété est parfois un problème délicat pour le médecin qui doit apprécier l'ARC. Même avec le résultat du test dans l'air

expiré, il est impossible avec le pour-mille de détecter un éventuel danger vital. La dose létale est souvent donnée avec une concentration d'alcool dans le sang de 3,76–4,7 pour mille, mais des cas sont connus pour lesquels une concentration de 2,4 pour mille déjà a entraîné la mort [1]. La littérature cite 1 cas avec 14,1 pour mille avec faible diminution seulement de la vigilance [2]. Il y a en outre des différences entre la concentration mesurée dans l'air expiré (AAE) et celle dosée dans le sang (AS). Les appareils utilisés en Suisse pour mesurer l'AAE convertissent en alcoolémie la valeur mesurée dans l'air expiré avec le facteur de conversion Q légalement imposé à 2. Il est cependant bien connu que ce facteur Q peut être très différent de 2 en fonction du moment de l'examen (résorption, distribution, élimination) [3]. Les valeurs ainsi mesurées sont donc faussement élevées ou basses.

L'heure de l'interception est un facteur important. A partir de 75 minutes après la dernière consommation, la résorption de l'alcool est en principe terminée [2] et il ne faut plus s'attendre à une détérioration de la situation. Le fait de connaître cette heure, avec l'examen clinique de la personne ivre, peut contribuer à prévoir un éventuel risque pour sa santé et à le prévenir par les mesures adéquates. Si un ivrogne est mis en cellule, un certain temps s'écoule avant le moment de l'examen médical, sous l'effet de mesures préliminaires nécessaires telles que le transport au poste de police ou la fouille. Pendant tout ce temps l'ivrogne et sous observation permanente de policiers, tout trouble de conscience est immédiatement constaté et les mesures nécessaires peuvent être prises. Avant que le médecin soit en face du patient, il s'écoule donc la plupart du temps suffisamment de minutes pour que l'alcool préalablement bu soit entièrement résorbé. Avec l'heure de l'interception et l'état du patient à ce moment, il est donc possible de prévoir comment il va évoluer.

Pour l'alcoolisme chronique, il faut toujours éviter un sevrage qui pourrait donner une situation potentielle-

ment fatale. Les patients avouant boire régulièrement de très grandes quantités d'alcool sont traités préventivement par benzodiazépines. C'est généralement l'oxazépam (Seresta®) qui est prescrit, ou en cas d'insuffisance hépatique le lorazépam (Temesta®), qui est éliminé par les reins. Selon la gravité de l'alcoolisme, les benzodiazépines doivent être administrées à hautes doses. En cas de dépendance à la fois à l'alcool et aux benzodiazépines avec symptômes de sevrage, jusqu'à 400 mg d'oxazépam sont prescrits par jour. La bière peut être donnée en réserve, mais uniquement après épuisement

Tableau 3

Médicaments dont ont eu besoin les détenus (classes de substances) (n = 925).

Benzodiazépines	219
Méthadone	175
Neuroleptiques	96
Antidépresseurs	93
Antiallergiques, antiasthmatiques compris	38
Antihypertenseurs/Cardiaques	37
Analgésiques (non-opioïdes)	36
Antiacides	35
Médicaments anti-VIH	35
Antidiabétiques, insuline comprise	29
Antiépileptiques	22
Opioïdes	21
Antibiotiques	17
Hormones/Vitamines	16
Ritaline	15
Autres	15
Anticoagulants	14
Hypocholestérolémiants	6
Hypnotiques	6

Tableau 4

Médicaments délivrés (classes de substances) (n = 398).

Benzodiazépines	171
Analgésiques	95
Bière	50
Méthadone	35
Antiacides	10
Opioïdes (sans méthadone)	8
Antibiotiques	6
Antiallergiques, antiasthmatiques compris	5
Antihypertenseurs/Cardiaques	5
Autres	4
Antidépresseurs	3
Antipsychotiques	3
Gastrocinétiques	2
Antiépileptiques	1

de la réserve de benzodiazépines et en présence de symptômes de sevrage. Avec la bière, un complexe de vitamines B est prescrit de routine, car il s'agit d'un grave alcoolisme avec risque d'encéphalopathie de Wernicke.

Attitude en face d'une polyintoxication

La polyintoxication, avec plusieurs psychotropes la plupart du temps inconnus, est difficile à évaluer. Une petite quantité d'une seule drogue avouée par un patient crédible ne pose aucun problème, car le médecin expérimenté peut estimer la situation actuelle et prévisible. Mais avec les patients présentant des troubles du comportement et des possibilités de communication réduites ou limitées, les problèmes sont forcément plus gros. En présence d'intoxication douteuse avec signes cliniques critiques tels que somnolence, sudation profuse ou agitation inhabituelle, le médecin aura plutôt tendance à hospitaliser le patient car il ne peut en prévoir l'évolution. Du fait que les patients sous drogues ne sont souvent pas coopérants et ne donnent aucun renseignement sur le type ni la dose des substances prises, en cas d'intoxication douteuse l'examen des effets du patient est très importante. Les instruments qu'il a sur lui donnent souvent des indications sur le type de drogue.

Attitude en face d'une dépendance aux opioïdes

La dépendance aux opioïdes est fréquente dans l'appréciation de l'ARC. Il faut donc connaître les bases de leur substitution. En collaboration avec le service médical pénitentiaire de la prison policière provisoire à Zurich, nous avons élaboré les recommandations suivantes pour la dépendance aux opioïdes:

- C'est généralement la méthadone qui est prescrite, exceptionnellement une autre substance, par exemple en cas d'intolérance. La dose létale de méthadone sans tolérance aux opioïdes est de 1 mg par kg de poids corporel, son pic plasmatique est atteint après 3-4 heures et sa demi-vie est d'environ 24 heures.
- En principe, les intoxiqués ne reçoivent rien avant d'être à jeun.
- Si un patient suit un programme de substitution par méthadone et si la dose peut être vérifiée (par exemple chez son médecin), elle restera la même. Si ce n'est pas le cas, donner 30 mg de méthadone par jour au maximum. Il est possible de prescrire 1 seule dose de 20 mg en plus, en réserve.
- Chez les détenus ne suivant pas de programme de substitution, la pratique de prescription est restrictive. Sans symptômes de sevrage, ce sont exclusivement les benzodiazépines qui sont prescrites en réserve. Avec symptômes de sevrage, les benzodiazépines sont prescrites fixes avec 30 mg de méthadone en réserve.

Documentation

L'ARC est attestée sur un formulaire qui est remis à la police. Ce formulaire sert d'abord aux gardiens de la prison. En plus des coordonnées du prisonnier, du médecin et du policier responsable, il doit comporter un paragraphe sur la prescription de médicaments, y compris ceux en réserve. Il est utile de dire aux gardiens quel a été le motif de l'intervention du médecin, et ceci en termes bien compréhensibles (pas de diagnostic en latin).

Toute documentation du status sur le formulaire ARC est inutile car elle n'augmente pas la sécurité.

Point de vue de la police

La législation nationale et cantonale ne donne aucune référence pour l'appréciation de l'ARC de personnes arrêtées. Ce qui est une situation difficile pour les acteurs des instances policières. La décision de faire appel ou non à un médecin est de la responsabilité du policier. Son expérience et sa prise de risque lui disent dans quelles situations il doit le faire.

En Allemagne aussi, il y a des critiques sur le fait que les bases légales ne sont pas précises et ne permettent pas de donner de règles générales bien fondées [4]. En 2006, une nouvelle ordonnance de détention policière a été édictée dans le land de Saxe-Anhalt qui règle aussi les problèmes médicaux. Cette prescription administrative définit 11 symptômes ou maladies en présence desquels un médecin doit être appelé. Ces critères placent les policiers en face de la tâche difficile du diagnostic de ces maladies, il y a malgré tout de grandes incertitudes et le nombre de patients jugés inaptes à rester en cellule a doublé depuis lors [5].

Les motifs évidents pour lesquels un policier de Zurich fait appel à un médecin sont la présence manifeste d'une maladie ou d'un traumatisme, le besoin de médicaments ou la demande du détenu. Le fait de reconnaître des maladies ou traumatismes non manifestes met le policier dans une situation délicate, dans laquelle un médecin est appelé plus souvent qu'il ne serait effectivement nécessaire, pour sa propre protection. Pour des patients alcoolisés notamment, la demande est trop fréquente du point de vue médical. L'absence de critères est une raison de cet excès de demandes et de la rareté de l'inARC. En précisant clairement dans quelles situa-

tions une appréciation de l'ARC est indispensable ou non, le nombre de demandes pourrait être réduit. Il faut opposer à cela qu'avec des critères parfaitement formulés une formation ad hoc des policiers est indispensable. La question se pose alors de savoir si une telle formation serait judicieuse ou si ainsi la police devrait être mise au courant dans un secteur qui ne reste pas sans risque malgré une formation complète. Pour la police, il est probablement plus judicieux de déléguer les problèmes médicaux et de faire appel pour cela à un expert externe. Ces appels, même si rétrospectivement un examen médical n'aurait pas été nécessaire du point de vue du médecin, sont une décharge pour la police qui délègue ainsi sa responsabilité.

La prescription de médicaments est très fréquente dans l'appréciation de l'ARC. Les détenus prenant régulièrement des médicaments n'ont généralement pas besoin d'un médecin immédiatement. Mais un policier ne peut pas décider quel médicament doit être donné ni quand, ni si le patient en a immédiatement besoin ou pas. La prescription de médicaments est une autre explication de la fréquence des appels et de la rareté de l'inARC.

Conclusion

L'appréciation de l'ARC ne pose généralement aucun problème à un médecin expérimenté. Il n'y a que très peu de cas, cliniquement parfaitement clairs, pour lesquels une suite de traitement est nécessaire dans un hôpital ou une clinique. Dans des situations peu claires, la décision est prise en fonction de la santé du patient auquel sera proposé un diagnostic plus précis.

Le médecin doit savoir ce qui se passe lors d'une interpellation et dans les prisons, et connaître les possibilités de prise en charge médicale. Il doit avoir des connaissances spéciales sur l'évolution et les éventuelles com-

Exemples d'inaptitude à rester en cellule

Cas 1: hypoglycémie chez un diabétique

Un homme de 74 ans s'est livré à des voies de fait sur son épouse, il a même agressé verbalement et manuellement les fonctionnaires sur place. Selon eux, il était sous l'influence de l'alcool. Un dégrisement a été prévu avec enquête le lendemain, et se pose alors la question de son aptitude à rester en cellule. Ce patient est en cellule, éveillé, capable de parler, manifestement désorienté et agité. Pas de foetor éthylique, TA 140/90, pouls 80, régulier. Auscultation cardiopulmonaire sans particularité, température normale, glycémie: 1,6 mmol/l. Selon sa femme, qui a été contactée, ce patient est diabétique et s'injecte de l'insuline à courte et longue durée d'action. Après injection intraveineuse de 30 ml de glucose 20%, il n'est plus désorienté ni agressif. Sa glycémie monte à 3,5 mmol/l et il se comporte de manière parfaitement adéquate. Au poste de police, il boit un Coca et est reconduit à son domicile car il n'y a plus aucune raison de le garder en cellule. Il s'est avéré par la suite qu'une double dose d'insuline avait malencontreusement provoqué cette hypoglycémie.

Cas 2: intoxication mixte ou traumatisme crânio-cérébral?

Un patient de 32 ans a été intercepté complètement ivre dans l'enceinte de la gare et il est incarcéré pour dégrisement. Le médecin SOS le trouve dans sa cellule, couché et somnolent. Ce patient a un pouls très bien palpable à 60. Les pupilles sont dilatées, isocores, le réflexe pupillaire est ralenti. Il a une épistaxis et une plaie contuse à la lèvre supérieure de même qu'une marque de contusion occipitale. Des cicatrices d'injection fraîches sont visibles au pli du coude et sur le dos de la main à droite. La glycémie est à 6,2 mmol/l. Avec une suspicion d'intoxication mixte ou de traumatisme crânio-cérébral, ce patient n'est pas apte à rester en cellule et après pose d'une perfusion de NaCl les ambulanciers le transfèrent à l'hôpital.

plications de l'ivresse et de l'intoxication aux drogues. Il doit connaître les différents traitements de substitution pour les dépendants aux opioïdes.

Le devoir de vigilance du médecin, avec comme priorité absolue la santé de la personne, doit être mis en face d'une éventuelle attente des instances judiciaires de voir comme absolument apte rester en cellule un patient arrêté en raison du délit qu'il a commis.

Des recommandations claires sur l'ARC pourraient réduire le nombre des interventions médicales. Elles devraient être élaborées en collaboration avec des médecins disposant d'une grande expérience dans l'appréciation de l'ARC et les services de police impliqués. De telles recommandations seraient utiles d'une part pour la protection et la santé des personnes interceptées, et de l'autre pour décharger la police et les médecins intervenants.

Correspondance:

Dr Jan Röhmer
 Ärztliche Leitung
 SOS-Ärzte, Institut für Notfallmedizin
 Weinbergstr. 68
 CH-8006 Zürich
[jan.roehmer\[at\]sos-aerzte.com](mailto:jan.roehmer[at]sos-aerzte.com)

Références

- 1 Sanap M, Chapman M.J: Severe ethanol poisoning: A case report and brief review. *Critical Care and Resuscitation*. 2003;5:106-8.
- 2 Jones AW, Jonsson KA, Neri A: Peak blood-ethanol concentration and the time of its occurrence after rapid drinking on an empty stomach. *J Forensic Sci*. 1991;36:376-85.
- 3 Ambrecht F-A: Über die Möglichkeiten der forensischen Rückrechnung anhand von Atemalkoholkonzentrationen im Vergleich zu Blutalkoholkonzentrationen – eine prospektiv vergleichende Untersuchung der Kinetiken von 100 Probanden (Dissertation).
- 4 Fischer L: Gewahrsamstauglichkeit und Unterbringung alkoholisierter Patienten. *Arzteblatt Mecklenburg-Vorpommern*. 2005;6:197-200.
- 5 Heide S, Kleiber M, Wilhelms E, zur Nieden K, Stiller D: Änderungsbedarf bei neuer Polizeigewahrsamsordnung. *Arzteblatt Sachsen-Anhalt*. 2007;18(3):16-8.

Références complémentaires

- Hugentobler W: Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. *PrimaryCare*. 2006;6:493-7.
- Heide S, Stiller D, Kleiber M, Henn V: Ärztliche Beurteilung der Gewahrsamstauglichkeit. *Dtsch Med Wochenschr*. 2005;130:1648-52.
- Heide S, Kleiber M, Handke S, Stiller D: Deaths in German police custody. *European Journal of Public Health*. 2009;19,6:597-601.
- Heide S, Stiller D, Henn V, Kleiber M: Attest mit Einschränkungen? – Erfahrungen aus der Praxis der Gewahrsamstauglichkeitsuntersuchung. *Rechtsmedizin*. 2004;13(4):237.