



HAL
open science

La place du médecin légiste dans le soin chez les personnes en privation de liberté

Nicolas Soussy

► **To cite this version:**

Nicolas Soussy. La place du médecin légiste dans le soin chez les personnes en privation de liberté. Ethique. 2021. dumas-03575079

HAL Id: dumas-03575079

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03575079v1>

Submitted on 21 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source.

Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entraîner des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

Université de Paris

Faculté de médecine

Laboratoire d'Éthique médicale

Année 2021

N° 2021REM10

La place du médecin légiste dans le soin chez les personnes en privation de liberté

Par Nicolas SOUSSY

Mémoire de Master 2

Dirigé par le Professeur Marie-France MAMZER

Présenté et soutenu publiquement le

Devant un jury composé de :

Madame Le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH Président
M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR
Mme Caroline DESPRES, chercheuse
Mme Marie MICHON, PhD ATER
M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur



La place du médecin légiste dans le soin chez les personnes en privation de liberté

Résumé :

Lorsqu'une mesure de privation de liberté est prise à l'encontre d'une personne, celle-ci est en droit de demander à être examinée par un médecin afin de s'assurer de son état de santé ou bien pour assurer la continuité des soins si elle souffre d'une pathologie nécessitant la prise d'un traitement. En France, cet examen dit « de compatibilité » est assuré par un médecin légiste exerçant dans une unité médico-judiciaire. L'examen est demandé sur réquisition par un officier de police judiciaire. En cas de problème de santé aigu ou de la nécessité de soins quotidiens, le médecin a la possibilité de rendre non compatible le maintien de la personne dans les locaux des autorités. La mesure de privation de liberté se déroulera donc à l'hôpital. A Paris, une salle d'hospitalisation est dédiée aux personnes en privation de liberté nécessitant des soins ou la prise de traitements ne pouvant se faire dans les locaux des autorités. Notre objectif était d'interroger les médecins légistes exerçant dans cette structure et d'autres n'y exerçant pas afin de connaître leur ressenti sur l'exercice d'être médecin auprès des personnes en privation de liberté.

Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude qualitative en interrogeant 10 médecins légistes à l'appui d'entretiens semi-dirigés, la plupart exerçant à l'unité médico-judiciaire de Paris, sur leur rôle auprès des personnes en privation de liberté en s'appuyant sur l'exemple d'une personne révélant la détention de stupéfiants à l'insu des autorités.

Résultats :

De nos entretiens, nous avons extrait trois thématiques distinctes comprenant le rôle du médecin auprès des personnes en privation de liberté, l'intérêt d'une salle d'hospitalisation dédiée et la conduite à tenir dans l'exemple dit de « la mule » afin de connaître la place du secret médical dans les situations où le médecin est témoin d'une infraction pénale pouvant mettre en danger la vie d'une personne.

Conclusion :

Parmi les fonctions du médecin légiste, celle qui consiste à prendre en charge les personnes en privation de liberté revêt un caractère particulier : en effet, même si l'activité de soins ne doit pas être différente, elle peut être renforcée par l'existence d'une salle spécialement réservée à ces personnes dont l'intérêt bien démontré justifie le développement; par ailleurs, la connaissance de certains éléments tels que le transport de drogue *in corpore* va poser la question du secret médical qui, si elle est encore diversement appréciée selon les praticiens, mériterait de faire l'objet d'un consensus.

Discipline :

[Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clefs :

[Médecine légale / Unité médico-judiciaire / Privation de liberté / Secret médical]

The place of the forensic pathologist in the care of people deprived of their liberty

Abstract:

When a measure of deprivation of liberty is taken against a person, that person has the right to ask to be examined by a doctor in order to ensure his state of health or to ensure the continuity of the proceedings care if he suffers from a pathology requiring treatment. In France, this so-called "compatibility" examination is carried out by a forensic doctor working in a medico-judicial unit. The examination is requested on requisition by a judicial police officer. In the event of an acute health problem or the need for daily care, the doctor has the option of making it incompatible to keep the person in the premises of the authorities. The deprivation of liberty will therefore take place in the hospital. In Paris, a hospital room is dedicated to people deprived of their liberty requiring care or treatment that cannot be done on the premises of the authorities. Our objective was to interview forensic pathologists practicing in this structure and others not practicing there in order to find out how they felt about practicing being a doctor with people deprived of their liberty.

Methodology:

We carried out a qualitative study by interviewing 10 forensic pathologists in the support of semi-structured interviews, most of them working at the medico-judicial unit of Paris, on their role with people deprived of their liberty by relying on the example of a person revealing the possession of narcotics without the knowledge of the authorities.

Results:

From our interviews, we extracted three distinct themes including the role of the doctor with people in deprivation of liberty, the interest of a dedicated hospital room and the action to be taken in the example known as "the mule" to know the place of medical confidentiality in situations where the doctor witnesses a criminal offense that could endanger a person's life.

Conclusion:

Among the functions of the forensic pathologist, taking care of people deprived of their liberty takes on a special character: indeed, even if the care activity should not be different, it can be reinforced by the existence of a room specially reserved for those people whose well-demonstrated interest justifies the development; furthermore, knowledge of certain elements such as body drug transport will raise the question of medical confidentiality which, although it is still variously appreciated according to practitioners, deserves to be the subject of a consensus.

Keywords: Forensic medicine / Medico-judicial unit / Deprivation of liberty / Medical confidentiality

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Marie-France MAMZER, pour son aide, sa disponibilité et son soutien durant ces 2 années et pour m'avoir accompagné dans ce travail

A l'ensemble de l'équipe du Master, enseignants et intervenants, pour les passionnantes et riches discussions que nous avons pu avoir ensemble

A Madame Stéphanie BOIGNET, gestionnaire pédagogique, pour sa grande disponibilité

A tous les médecins qui ont accepté de prendre le temps et de répondre présent pour ce travail et qui ont permis ces rares moments d'échange très instructifs

A mes parents, pour leur disponibilité sans limite, leur soutien au quotidien et leurs conseils

A ma femme Élise, pour sa patience à mes côtés et pour son aide si précieuse

A mes enfants Arié et Noam, pour tout ce qu'ils nous apportent chaque jour

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

GAV : Garde à Vue

OPJ : Officier de Police Judiciaire

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	4
TABLE DES MATIERES	5
I/ INTRODUCTION.....	7
II/ LE CONTEXTE.....	9
1. L'EXAMEN MEDICAL DURANT LA GARDE A VUE	9
2. A L'ETRANGER	12
3. LA SALLE CUSCO	13
4. EXEMPLE D'UNE SITUATION	15
5. LE SECRET MEDICAL EN GARDE A VUE	15
III/ QUESTION DE RECHERCHE.....	17
1. PROBLEMATIQUE.....	17
2. HYPOTHESES	17
III/ MATERIEL ET METHODES.....	18
1. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS.....	18
2. CONSENTEMENT ET ANONYMAT	18
3. RECUEIL DES DONNEES	18
4. ENREGISTREMENT DES ENTRETIENS ET RETRANSCRIPTION DES DONNEES	20
5. ANALYSE DES DONNEES	20
6. DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES.....	20
IV/ RESULTATS.....	22
1. LE ROLE AUPRES DES PERSONNES EN PRIVATION DE LIBERTE.....	27
2. LA PERCEPTION DU SECRET MEDICAL	28
3. SITUATION PARTICULIERE DES MULES.....	29
4. UNE SALLE D'HOSPITALISATION DEDIEE AUX PERSONNES EN PRIVATION DE LIBERTE	30
5. L'HOSPITALISATION DES MINEURS	32
6. L'INVESTISSEMENT LORS DE L'HOSPITALISATION	33
V/ DISCUSSION	34
1. LE TRAVAIL DU MEDECIN LEGISTE EN FRANCE	34
2. LA POPULATION DES PERSONNES GARDEES A VUE.....	35
3. LA QUESTION DU SECRET MEDICAL	35

4. LIMITES DE L'ETUDE.....	37
VI/ CONCLUSION	38
ANNEXES.....	40
ANNEXE 1 : INFORMATION AUX SUJETS CONCERNANT LE PROTOCOLE DE RECHERCHE.....	40
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE.....	44
ANNEXE 3 : AVIS DU COMITE D'ETHIQUE CERAPHP CENTRE	46
BIBLIOGRAPHIE.....	47

I/ INTRODUCTION

La garde à vue est définie comme une rétention par des officiers de police judiciaire (OPJ) pour les besoins d'une enquête sur « une personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre une infraction ». D'autres mesures de privation de liberté existent et diffèrent de la garde à vue par leur régime et les autorités qui les décident :

- **L'arrestation** : opérée généralement par les forces de sécurité mais définie comme un pouvoir donné à tout citoyen de se saisir de l'auteur d'un délit ou d'un crime flagrant pour le remettre entre les mains d'un OPJ
- **La détention provisoire** : elle a lieu dans un établissement pénitentiaire et est ordonnée par un juge. Elle peut être prolongée jusqu'au jugement de l'affaire en question par la cour d'assises ou le tribunal. Elle ne doit pas excéder « une durée raisonnable au regard de la gravité des faits reprochés à la personne mise en examen et de la complexité des investigations nécessaires à la manifestation de la vérité ».
- **L'emprisonnement et la réclusion criminelle** : peines exécutées en application d'une décision de condamnation devenue définitive et ne pouvant plus faire l'objet d'une voie de recours.

D'autres mesures constituent, au même titre que la garde à vue, des privations de liberté :

- **La vérification d'identité** : elle permet de retenir 4 heures les personnes qui ont refusé de se soumettre à un contrôle d'identité ou qui étaient dans l'impossibilité de justifier leur identité
- **La retenue d'un mineur de 10 à 13 ans** : sa durée ne peut excéder 12 heures lorsque des indices graves et concordants laissent présumer qu'il a commis un crime ou un délit puni d'au moins 5 ans d'emprisonnement. La retenue peut être prolongée une fois.
- **Le séjour en chambre de dégrisement** : il concerne les personnes en ivresse publique manifeste et se termine lorsqu'elles ont retrouvé leurs esprits.
- **Le maintien dans des locaux non pénitentiaires** : cette mesure concerne des personnes d'origine étrangère qui se présentent aux frontières sans titre pour entrer sur le territoire et dont il sera décidé le refoulement ou l'admission.

- **La retenue douanière** : c'est l'équivalent de la garde à vue qui est motivée par le soupçon d'un délit douanier.

Depuis les lois du 4 Janvier et du 24 Août 1993 (1)(2), la personne en garde à vue bénéficie de plusieurs droits. Ceux-ci lui sont expliqués dans une langue qu'il comprend, oralement ou par écrit. Dès le placement en garde à vue, la personne est informée :

- Des motifs de sa garde à vue
- De sa durée légale maximum (24 à 96 heures selon l'infraction commise ou suspectée)
- De son droit d'être assisté par un avocat lors d'un entretien confidentiel
- De son droit d'avertir un proche à partir de la 3^{ème} heure et sans refus préalable du Procureur
- De son droit d'être examiné par médecin. L'examen médical peut également être demandé par l'OPJ ou le Procureur

L'objectif principal de cette étude était de s'interroger sur le rôle du médecin légiste durant la garde à vue en se basant sur les représentations individuelles des médecins légistes.

II/ LE CONTEXTE

1. L'examen médical durant la garde à vue

L'intervention du médecin durant la garde à vue est encadrée par de nombreux textes législatifs et réglementaires (3)(4)(5)(6). En 2009, la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (DACG) publie en Juillet un guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue. Ce guide rappelle que l'examen médical d'une personne gardée à vue est un droit. La notification de ce droit doit être faite dès le placement en garde à vue et doit être mentionnée dans le procès-verbal avec émargement de la personne. La personne gardée à vue peut solliciter un premier examen médical et un second en cas de prolongation. L'examen peut également être demandé par un membre de la famille. Cependant, si la personne gardée à vue s'oppose à l'examen, celui-ci ne pourra être réalisé. L'examen médical est systématiquement demandé pour les personnes mineures. Par ailleurs, l'examen peut également être demandé par l'officier de police ou par un magistrat. Cette demande peut avoir pour objectifs de s'assurer que les conditions de l'interpellation permettent une surveillance régulière de la personne ou pour faire part de l'état de santé de la personne gardée à vue lorsque celle-ci présente des blessures apparentes, fait état de souffrance physique, d'un état de santé déficient ou lorsqu'elle présente des troubles mentaux caractérisés.

L'examen médical est réalisé sur réquisition judiciaire au sein du commissariat de police, dans des locaux adaptés, ou bien directement à l'hôpital. Son objectif est en partie de se prononcer sur la compatibilité de la personne gardée à vue à rester dans les locaux de police.

L'acte réalisé par le médecin est avant tout un acte médical soumis à l'ensemble des dispositions du Code de déontologie médicale. Le médecin agit donc l'intérêt du patient et dans le respect de sa dignité. De même, les droits du patient doivent être respectés de même que l'accès aux soins. Comme pour tout autre acte médical, le médecin doit recueillir le consentement éclairé du patient avant de réaliser son examen. Le cadre de l'examen sort cependant de celui du contrat de soin habituel par le fait que le patient ne choisit pas le médecin qui doit accomplir l'acte médical et par le fait que celui-ci soit requis par l'autorité judiciaire. De même, la place du secret médical est limitée puisqu'un certificat médical est remis à l'autorité requérante. Le certificat remis ne doit cependant comporter que la réponse

à la question posée sur la réquisition judiciaire. Le médecin conserve une copie du certificat et remplit sur une autre partie non communiquée aux autorités les éléments du dossier médical (7). Il doit par ailleurs informer la personne examinée les informations qui seront transmises à l'autorité requérante et celles qui resteront couvertes par le secret médical. Les recommandations précisent également la nécessité de concilier la confidentialité de l'examen et la sécurité du praticien. Le médecin et la personne gardée à vue doivent donc être seules dans la pièce au moment de l'examen et il est « vivement souhaitable » que ni le médecin ni la personne ne puissent être vus ou entendus par les forces de l'ordre durant l'examen. Cependant, une surveillance visuelle doit rester possible pour les policiers afin d'être en mesure d'intervenir immédiatement si nécessaire.

Les recommandations définissent la mission du médecin en garde à vue autour de trois axes :

- Une mission de protection
- Une mission de type expertal
- Une mission d'expertise

a. *Mission de protection*

Lorsqu'une personne est privée de liberté, l'autorité judiciaire a pour obligation de protéger la dignité de la personne mais aussi son intégrité physique comme psychique et enfin sa santé. C'est dans ce cadre qu'intervient le médecin puisqu'il sera compétent pour garantir la protection de la santé de la personne privée de liberté et constater d'éventuels manquements dans la protection de son intégrité.

b. *Mission de type expertal*

La mission de type expertal réside dans le fait que le médecin, sur réquisition judiciaire, se prononce sur la compatibilité à la poursuite de la garde à vue dans les locaux de police. Il peut également établir un certificat descriptif de blessure.

c. *Mission d'expertise*

Dans d'autres cas, le médecin intervient uniquement dans l'intérêt judiciaire en tant qu'expert. C'est un procédé relativement rare dans le cadre d'une garde à vue.

Dans ce travail, nous nous intéresserons plus particulièrement à la détermination de la compatibilité avec le maintien dans les locaux de police de la personne gardée à vue. Après l'examen, le médecin peut conclure à la poursuite de la garde à vue dans les locaux (commissariat de police ou brigade de gendarmerie), à la poursuite sur place sous certaines conditions ou peut conclure à ce que la garde à vue ne peut se poursuivre sur place. Le médecin n'est pas compétent pour savoir si la mesure de garde à vue doit être levée.

L'intervention du médecin en garde à vue constitue un examen ponctuel dans le parcours de santé de la personne. A ce titre, il ne peut être mis en œuvre de nouveaux traitements durant la garde à vue, sauf en cas d'urgence. En revanche, pour certains, il peut s'agir d'une occasion rare de rencontre avec un médecin en particulier chez les personnes démunies ou les moins insérées socialement et rencontrant des difficultés d'accès aux soins. Par exemple, la consultation aura pour objectif de repérer des situations d'addictions, des pathologies mentales ou encore des risques infectieux.

Les médecins exerçant auprès des personnes en garde à vue ne sont pas tous issus du même environnement. En effet, certains sont plus habitués que d'autres à cette pratique. Cet exercice peut se faire de manière organisée où les médecins sont rattachés à un service hospitalier et plus particulièrement à une unité médico-judiciaire (UMJ). Dans d'autres cas, le médecin intervient en tant que libéral à titre individuel.

Le médecin qui intervient durant la garde à vue doit tenir compte des spécificités du contexte, qui diffèrent de ceux dans lesquels un médecin est habitué à travailler. L'examen dans les locaux même de la garde à vue permettent ainsi au médecin de rendre compte au mieux des conditions dans lesquelles ont lieu la privation de liberté et si la collaboration avec les services de police ou de gendarmerie est possible pour remettre des traitements par exemple. S'il considère que les locaux dans lequel se déroule la garde à vue ne sont pas appropriés à l'examen médical, il peut décider de demander aux autorités de transporter la personne retenue vers un hôpital pour réaliser l'examen (8).

A l'issue de l'examen, le médecin se prononcera donc sur la compatibilité ou non au maintien en garde à vue dans les locaux de police de la personne examinée. En cas d'incompatibilité, il recommandera un transfert dans un hôpital où se trouve le plus souvent l'unité médico-judiciaire. Si la personne en garde à vue prend des traitements de façon quotidienne, le médecin peut les remettre aux policiers en précisant par écrit sur son certificat l'heure de prise (9)(10). Dans la mesure du possible, la prescription médicale antérieure à la garde à vue sera

remise au service enquêteur par la personne elle-même ou par sa famille. Le déconditionnement des médicaments ne peut être fait que par un médecin afin qu'il puisse répartir les médicaments dans des enveloppes séparées et cachetées correspondant chacune à une seule prise et comportant la mention du nom de la personne et l'heure d'administration du traitement.

2. A l'étranger

Un projet de loi du Parlement Européen et du Conseil du 22 Mai 2012 relatif au droit à l'information dans le cadre de procédures pénales (11) rappelle les droits des personnes en privation de liberté dans différents pays d'Europe. Par exemple, à la différence de la France, une personne privée de liberté en Allemagne, en Espagne ou encore au Danemark peut demander à être examinée par un médecin de son choix. En Italie, en Belgique ou encore au Royaume-Uni, le droit de demander à être examiné ne figure dans aucun texte réglementaire. A noter que l'assistance d'un avocat durant la privation de liberté est retrouvée dans l'ensemble des pays d'Europe cités par le texte du Sénat (11).

En 2016, un écrivain, Éric Marty, publie dans la revue *Vacarmes* un article intitulé « 26h30 de folie » (12) dans lequel il raconte ses heures passées en garde à vue suite à son interpellation. Alors qu'il s'était rendu à une manifestation, il se retrouve arrêté par les autorités après avoir demandé à ce qu'on lui rende ses lunettes de piscine saisies par un agent des forces de l'ordre avant de rentrer dans la manifestation. Durant sa garde à vue, Éric Marty a été présenté à un médecin de l'Hôtel Dieu pour vérifier qu'il n'était pas atteint par des puces, présentes dans une cellule du commissariat où il était gardé à vue. Il avait formulé au début de sa garde à vue le souhait de voir un médecin pour avoir un traitement qu'il prend habituellement. On comprend donc bien ici le contexte de cette consultation : elle peut être sollicitée par la personne interpellée mais aussi par un policier. Par exemple, si Éric Marty n'avait eu de traitement à prendre, le policier l'aurait amené à l'Hôtel Dieu pour éliminer une infection par des puces. Le médecin se serait donc retrouvé face à un patient qui ne souhaitait pas nécessairement être examiné. De la même façon, Éric Marty déclare prendre un traitement dont il ne peut préciser la dose. Le médecin consulté lors d'une garde à vue est un médecin que l'on ne peut choisir. D'où la confusion régulière et exprimée de la part des patients qui

pensent que le médecin qui leur est présenté travaille pour les autorités et peut transmettre des informations médicales les concernant aux autorités.

3. La salle Cusco

Sur Paris, le transfert de la personne se fera à l'Hôtel Dieu situé sur l'île de la Cité. Dans cet hôpital se trouve une unité d'hospitalisation particulière accueillant uniquement les personnes en garde à vue qui ont été déclarées incompatibles avec la garde à vue dans les locaux de la police. Dans cette salle se côtoient médecins, infirmiers et policiers. Régulièrement, et pour permettre la continuité de la procédure judiciaire, des magistrats, juges ou avocats viennent également voir les patients hospitalisés (13).

La documentation concernant l'histoire de cette salle est relativement pauvre. La salle fut créée en 1943 (14). Elle porte le nom d'un chirurgien Français, Édouard Cusco, qui a obtenu son doctorat en médecine à Paris en 1848 (15). Édouard Cusco a d'abord exercé à l'hôpital Lariboisière avant d'être nommé chirurgien en chef à l'Hôtel Dieu où il a surtout exercé en ophtalmologie. C'est aussi lui qui est à l'origine de l'invention du spéculum, utilisé en gynécologie. Nous pouvons donc imaginer que cette salle porte son nom car autrefois, elle était située dans le prolongement du service d'ophtalmologie de l'hôpital.

Les documents retrouvés au sein des archives de l'hôpital sont constitués notamment d'un « règlement administratif » daté du 19 Juin 1979. Sur ce document figurent notamment les passages suivants : « ...à recevoir tous les individus gardés à vue, prévenus et détenus dont l'état de santé nécessite une hospitalisation », « les soins, après admission, sont assurés à la salle Cusco par le service de chirurgie ou de médecine responsables. Les internes de chirurgie ou de médecine doivent assurer une visite quotidienne de leurs malades respectifs et des entrants », « ...il faut souligner la mission de la salle Cusco qui est une salle de soins immédiats, permettant une observation courte du malade et une orientation ultérieure. Le séjour du détenu dans un hôpital doit être réduit au temps strictement nécessaire ».

Un autre document disponible est un règlement intérieur de la salle Cusco en date du 10 Septembre 1986 (année d'ouverture de la salle Cusco) mentionnant notamment : « Les médecins et chirurgiens responsables de la salle Cusco peuvent en tant que de besoin, faire appel au plateau technique et aux autres services cliniques de l'établissement, et notamment au service de psychiatrie ».

Aujourd'hui, la salle Cusco est toujours présente à l'Hôtel Dieu dans une autre aile de l'hôpital. Son fonctionnement est le même que celui établi lors de sa création. L'entrée s'y fait par un « sas police » surveillé en permanence par un agent des forces de l'ordre. Une personne souhaitant pénétrer dans la salle doit se faire identifier et donner les raisons de sa venue avant de rentrer dans le sas. Cette salle est constituée d'une dizaine de chambres, toutes refermées par des portes à verrou externe sur le modèle des cellules des commissariats de police. Les chambres sont individuelles. Le couloir central y est étroit et ne permet pas d'y tenir à plusieurs en même temps. Une partie est réservée aux agents de police qui y exercent pour surveiller les lieux et une autre partie est dédiée à l'ensemble du personnel soignant comprenant notamment un poste de soins infirmiers. Un infirmier est sur place en permanence et ne peut quitter l'endroit sans avoir été relevé par un collègue. Le chariot qu'il utilise pour transporter ses dossiers et ses médicaments doit se faire une place entre les surveillants de la salle qui y effectuent des rondes. Lors de sa visite, le médecin doit demander à l'agent de police en charge d'effectuer des rondes de lui ouvrir la chambre du patient. La fermeture de l'intérieur est impossible. De la même façon, c'est l'agent de police qui aura refermé le loquet de cette « chambre-cellule » lorsque le médecin aura terminé. Il peut donc arriver très facilement que des personnes puissent entendre ce qui se dit entre le patient et le médecin ce qui ne permet pas d'assurer une confidentialité totale. Car en effet, le motif d'hospitalisation du patient gardé à vue n'est connu que par l'équipe soignante. Les informations médicales ne sont évidemment pas partagées par les forces de l'ordre présentes à Cusco. Le médecin doit donc veiller au maximum à ce que les informations médicales puissent être partagées uniquement avec l'équipe soignante, lors des transmissions notamment et avec le patient.

Le temps de la garde à vue continue durant l'hospitalisation. Dans la journée, les officiers de police judiciaire procèdent donc aux auditions dans la chambre du patient. De même, si le patient souhaite être assisté d'un avocat, l'entretien aura lieu dans sa chambre à Cusco. Cependant, si des soins doivent avoir lieu durant une audition ou un entretien avec l'avocat, l'infirmier ou le médecin peuvent interrompre les échanges car les soins priment sur la procédure judiciaire.

Dans *Les Hétérotopies* (16), Michel FOUCAULT qualifie les prisons d'hétéropie dans laquelle on entre parce qu'on y est contraint. De la même manière, la salle Cusco peut être qualifiée

d'hétérotopie, un espace unique, différent des autres services hospitaliers que nous pouvons imaginer et où se côtoient des personnes d'horizons divers.

4. Exemple d'une situation

Afin d'illustrer au mieux les problématiques qui peuvent se poser au sein de la salle Cusco, nous pouvons partir d'un exemple d'une situation rencontrée.

Historiquement, cette salle d'hospitalisation accueille les personnes dites « mules », c'est-à-dire des personnes qui transportent de la drogue in corpore sous la forme d'ovules ingérées qu'elles importent de l'étranger et en particulier d'Amérique du Sud. La drogue la plus représentée est la cocaïne. Lorsque ces personnes sont interpellées dans les aéroports ou les gares parisiens, elles sont adressées à l'Hôtel Dieu afin de réaliser une imagerie et de constater la présence ou non d'ovules ingérés. Lorsque les ovules sont visibles à l'imagerie, la personne est hospitalisée le temps de l'évacuation complète avant son transfert en maison d'arrêt. Cette hospitalisation a pour objectif de surveiller médicalement la personne interpellée et d'agir rapidement en cas de complication et notamment si un ovule venait à se fissurer ce qui pourrait mettre en jeu la vie du patient. La drogue la plus souvent retrouvée dans les ovules est la cocaïne. Certains patients peuvent ingérer une centaine d'ovules ce qui peut constituer plus d'un kilogramme de drogue (17).

Comme dit précédemment, lorsqu'une personne est interpellée par la police, elle peut être amenée à consulter un médecin légiste au sein d'une unité médico-judiciaire. Dans le contexte de la garde à vue, il est arrivé qu'un patient avoue à un médecin qu'il transporte de la cocaïne sous forme d'ovules ingérés alors que les policiers ne suspectaient pas qu'il pouvait être une « mule ». Cette situation a mis en difficulté le médecin chargé de recevoir ce patient. En effet, la question s'est posée de révéler ou non aux autorités ce que le patient avait confié au médecin.

5. Le secret médical en garde à vue

La question du secret médical en garde à vue occupe une place fondamentale dans la prise en charge (9). Lors de cette consultation médicale, particulière de par son contexte, les informations médicales que le médecin recueille ne peuvent en aucun cas être communiquées

aux autorités. Le médecin agit sur réquisition de la police pour répondre à une question mais ne peut en aucun cas dépasser le cadre de sa mission dans sa réponse.

Dans son livre *La relation médecins-malades : information et mensonge*, (18) Sylvie Fainzang rappelle que c'est à la suite de ce qu'on appelle la crise de la légitimité de la médecine que les systèmes de santé européens ont eu à être de plus en plus vigilants au respect des droits individuels des patients et également lorsque les associations de malades ont affirmé leur volonté d'avoir accès à une véritable information. Sylvie Fainzang cite à ce sujet Dominique Gillot, ancienne secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale en 2000 : « *Être malade, ce n'est plus abandonner ses droits et ses prérogatives dans l'urgence et la résignation, c'est au contraire affirmer sa qualité d'usager du système de santé et faire valoir les droits qui lui sont afférents* ».

III/ QUESTION DE RECHERCHE

1. Problématique

Une étude exploratoire semble donc essentielle afin de connaître le ressenti des médecins exerçant auprès des personnes gardées à vue pour approfondir avec eux la question du secret médical et leur rôle dans cette pratique.

Il a donc été décidé de mener une étude qualitative, multicentrique, basée sur des entretiens semi-directifs avec des médecins exerçant à la salle Cusco et d'autres exerçant dans d'autres services.

2. Hypothèses

Notre première hypothèse était que les médecins rencontrés puissent avoir des ressentis différents sur le rôle qu'ils occupent auprès des personnes en garde à vue et la façon dont peut être respecté le secret médical dans cette pratique.

La seconde hypothèse était que la salle Cusco pourrait permettre au médecin y exerçant d'être plus à l'aise dans la prise en charge des personnes gardées à vue. En effet, nous faisons l'hypothèse que les médecins rencontrés trouveraient cet endroit adapté pour aller au-delà de la mission confiée par les autorités sur réquisition et s'investir davantage dans le soin.

III/ MATERIEL ET METHODES

1. Recrutement des participants

La population de l'étude était composée de médecins légistes exerçant tous dans une unité médico-judiciaire (UMJ) en Île de France.

2. Consentement et anonymat

Tous les participants à cette étude ont été informés des conditions de l'étude, de l'enregistrement des entretiens, de leur retranscription et de la possibilité de se soustraire de l'étude à tout moment. Il était également transmis au participant la possibilité de supprimer tous leurs enregistrements à leur demande. Le recueil du consentement oral a été réalisé au début de chaque entretien. Les participants étaient volontaires et libres de refuser l'entretien et son enregistrement. Les données identifiantes ont été retirées. La pseudonymisation des entretiens s'est faite au moment de leur retranscription.

3. Recueil des données

Les entretiens semi-directifs étaient élaborés à partir d'une grille d'entretien (Annexe n°2). Cette grille a été validée en séminaire du Master 2 « Éthique Médicale et Bioéthique » de l'Université de Paris.

Tous les entretiens ont été réalisés par la même personne, chef de clinique assistant de l'UMJ de l'Hôtel Dieu de Paris et inscrit comme étudiant du Master.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés de manière individuelle, sur la base du volontariat, dans un bureau situé dans le service du médecin lors d'un temps dédié convenu à l'avance par téléphone afin que le médecin ne soit pas dérangé.

Concernant la grille d'entretien, elle débute par des informations relatives à la pratique du médecin afin de savoir notamment s'il a déjà pratiqué dans un service disposant d'une salle d'hospitalisation des gardés à vue (pour ceux n'exerçant pas à l'Hôtel Dieu). Ensuite, il était demandé s'ils avaient déjà pratiqué dans une autre spécialité que la médecine légale. En effet, les médecins exerçant dans ces services sont issus de diverses spécialités médicales. Depuis la réforme de l'internat en 2017, la médecine légale est un diplôme d'études spécialisées (DES) à part entière, au même titre que la médecine générale par exemple (19) (20).

Ensuite, la seconde partie de la grille, la plus longue, comportait des questions relatives aux personnes en privation de liberté. L'objectif ici était de demander aux médecins comment ils voyaient leur rôle auprès de ces personnes et de savoir s'ils allaient au-delà de la question posée sur la réquisition de police lorsqu'ils recevaient un patient gardé à vue. Nous trouvions également pertinent de demander au médecin ce qui rendait cette activité particulière et s'il rencontrait des difficultés dans sa pratique. Nous cherchions également à savoir comment il décidait de l'orientation du patient suite à sa consultation. Une partie importante était consacrée au secret médical et à sa mise en pratique dans un contexte où les patients sont accompagnés par les autorités de police. Il était notamment demandé au médecin en quoi l'environnement autour de cette consultation joue un rôle sur sa prise en charge. En effet, même s'il exerce dans un service hospitalier, le praticien aura à interagir avec les services de police présents sur place, notamment pour faire retirer les menottes au patient afin qu'il s'installe dans la salle de consultation. De même, il était demandé si cet environnement n'était pas perturbant pour le patient d'après le médecin car il arrive régulièrement que le patient pense que le médecin travaille pour la police et que ce qu'il lui dira sera automatiquement rapporté aux autorités.

Cette partie était très importante durant l'entretien. En cas de difficultés pour répondre aux questions posées, le praticien était mis en situation par la personne qui dirigeait l'entretien. La situation proposée était celle de d'un patient qui révèle un transport de drogue in corpore à l'insu des autorités. Il était donc demandé au praticien ce qu'il ferait de cette information et si cela changeait sa prise en charge.

La dernière partie du questionnaire était consacrée à l'exercice dans la salle d'hospitalisation des gardés à vue. Il y avait donc deux parties distinctes :

- Une partie consacrée aux médecins exerçant à l'Hôtel Dieu de Paris comprenant une telle salle
- Une partie consacrée aux médecins exerçant dans un autre hôpital

Concernant les médecins travaillant à l'Hôtel Dieu, il leur était demandé notamment si selon eux, cette salle était bénéfique à la prise en charge des patients en garde à vue et si oui, pourquoi alors n'est-elle pas présente ailleurs.

Concernant les médecins exerçants ailleurs qu'à l'Hôtel Dieu, il leur était demandé notamment d'imaginer leur pratique dans ce lieu après l'avoir décrit et s'ils pensaient qu'il pourrait permettre notamment de mieux investir le soin dans le contexte de garde à vue.

4. Enregistrement des entretiens et retranscription des données

Les entretiens étaient tous enregistrés intégralement au format MP3 à l'aide d'un enregistreur dédié à ce travail puis retranscrits sur un fichier Word par praticien stocké sur une clé USB exclusivement utilisée pour ce travail également. Un mot de passe connu uniquement de l'investigateur permettait l'accès aux données. Chaque retranscription avait un numéro d'anonymat.

L'enregistrement vocal des entretiens a été supprimé après retranscription sur un logiciel de traitement de texte. Les données sont conservées 2 ans après la dernière publication des résultats. L'archivage se fera ensuite sur support informatique durant 5 ans après la fin de la recherche.

5. Analyse des données

L'analyse des données s'est basée sur la grille d'entretien validée durant le Master.

Elle était donc en partie verticale pour aborder au mieux chaque entretien puisque pour chacun, une première lecture était réalisée puis une lecture plus détaillée afin d'identifier les thèmes. L'analyse s'est aussi faite de façon longitudinale afin, au fur et à mesure des lectures des différents entretiens, de chercher des liens entre chaque et de confirmer le choix des thèmes pour illustrer les résultats. La grille a été modifiée à une reprise après les deux premiers entretiens afin d'accentuer davantage le questionnaire sur la question de la prise en charge de la mule.

Cette analyse a été réalisée manuellement afin de faire ressentir au mieux les déclarations des praticiens interrogés. De la même façon, les résultats s'appuient en grande partie sur des verbatims pour chaque thème.

6. Dispositions réglementaires

Un avis favorable a été obtenu auprès du Comité d'Éthique de la Recherche AP-HP.5.

Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la Loi Jardé et relève des dispositions de la méthodologie de référence MR-004 encadrant les traitements de données à caractère personnel réalisés pour les besoins de la recherche n'impliquant pas la personne humaine. Cette recherche n'a pas nécessité l'avis d'un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Une demande a été réalisée auprès de l'Université de Paris afin de l'inscrire dans le registre interne *Data Protection Officer* (DPO) au titre du Règlement Général pour la Protection des Données personnelles (RGPD).

A noter que l'avis rendu date du 13 Février 2020. Un amendement a donc été réalisé pour le comité de Février 2021 afin de modifier les dates de recueil des données et a été accepté par le Comité d'Éthique de la Recherche AP-HP.5 (Annexe n°3).

IV/ RESULTATS

Quinze médecins ont été sollicités pour ce travail. Cinq n'ont pu se rendre disponible ou n'ont pas répondu aux sollicitations pour organiser un entretien.

Au total, dix médecins ont donc été rencontrés entre Janvier 2020 et Mars 2021. A noter que ce travail a été débuté durant l'année universitaire 2019-2020 et a dû être interrompu pendant plusieurs mois en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19.

Parmi les dix médecins interrogés, huit étaient des hommes et 2 des femmes. Parmi eux, 6 travaillent à l'Hôtel Dieu, 3 à Bondy (93) et un à Créteil (94). Ils sont tous praticiens hospitaliers à temps plein dans le service dans lequel ils exercent. Sept ont moins de 40 ans et 3 ont plus. Les entretiens ont été numérotés de 1 à 10 par ordre chronologique de réalisation.

Tous sont des médecins légistes, issus de spécialités différentes : 7 médecins généralistes, un pédiatre, un gynécologue et un médecin du travail.

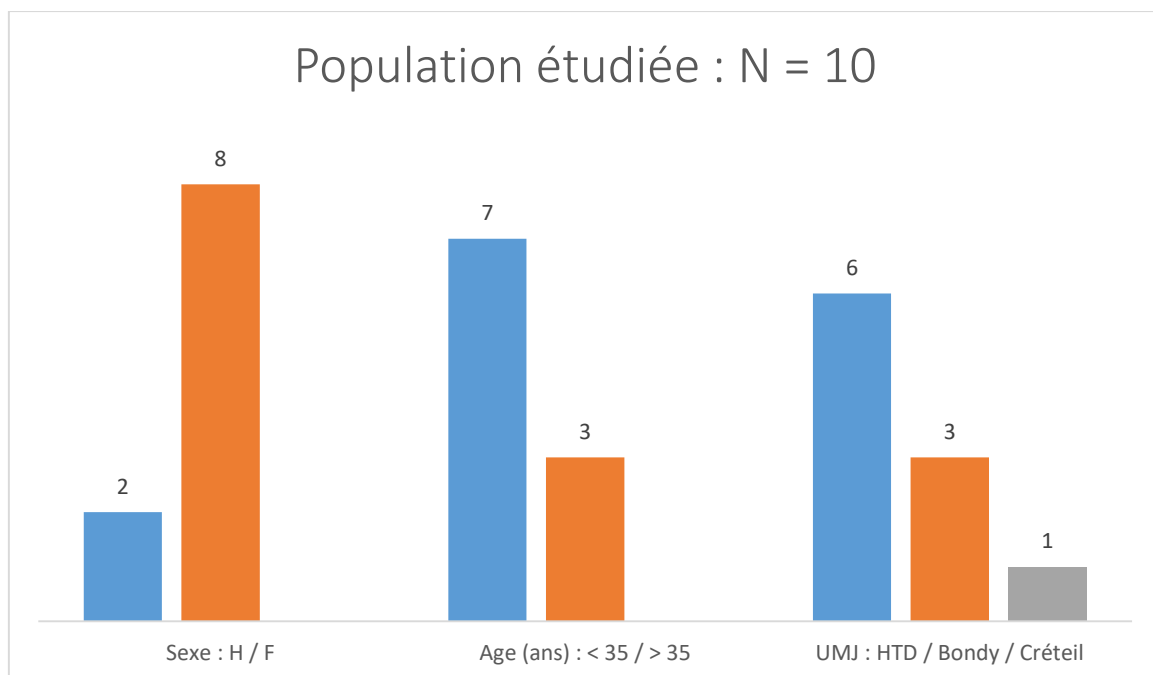


Figure 1 : Population étudiée

Au total, nous avons pu ressortir 3 thématiques de réponse à l'issue des entretiens : le rôle du médecin auprès des personnes en privation de liberté, la salle Cusco et la conduite à tenir avec l'exemple de la mule.

Médecin	Exercice actuel / antérieur	Rôle auprès des personnes en privation de liberté	La salle Cusco	Exemple de la mule
Médecin 1	Exclusivement en médecine légale A l'Hôtel Dieu et dans d'autres centres	Repérer les conduites addictives Parfois le seul médecin rencontré récemment S'assurer des bonnes conditions de privation de liberté Orientation de la personne selon les antécédents présentés Faire respecter le secret médical	N'en connaît pas l'histoire Sa présence change la pratique et rend l'hospitalisation et la surveillance plus faciles Système non démocratisé pour raisons financières ou politiques	Explications données sur la dangerosité et la nécessité d'en faire part aux autorités Discussion inconfortable
Médecin 2	Exclusivement en médecine légale et à l'Hôtel Dieu	S'assurer qu'il n'y pas eu de violence, les notifier dans le dossier médical si oui Informé la personne de ses droits Mise en confiance Prise en charge rapide par manque de temps Évaluer l'état psychique Insister sur le caractère secret de l'entretien	Connait l'histoire de la salle Plus-value indiscutable dans la prise en charge Faire avec les moyens locaux en son absence Système peu connu, justice réticente	Faire valoir l'article 40 du code pénal et en faire part aux autorités
Médecin 3	Médecine interne et médecine légale à l'Hôtel Dieu	Prendre en charge le patient dans sa globalité Rôle d'auxiliaire de justice, répondre à la question posée Faire comprendre le rôle de soignant Repérer les problèmes psychologiques, les addictions ou les violences subies	N'en connaît pas l'histoire Surveillance durant la privation de liberté plus confortable dans cette salle qui apporte une réelle plus-value	Si la vie n'est pas mise en jeu, aucune information n'est donnée à l'autorité

Médecin 4	Exclusivement en médecine légale et à l'Hôtel Dieu	Répondre à la réquisition mais surtout repérer les problèmes de santé surtout ceux justifiant l'hospitalisation et dépister les éventuelles autres pathologies	N'en connaît pas l'histoire Apporte une plus-value, côté sécurisant pour le médecin Change l'attitude du médecin dans sa prise en charge Permet un vrai temps d'échange	Laisser le choix au patient de le dire aux autorités ou non Si stupéfiants remis au médecin par le patient, l'origine doit rester inconnue des autorités
Médecin 5	Gynécologie et médecine légale hors Hôtel Dieu	Prise en charge des pathologies chroniques Orientation proposée en cas d'addictions Rôle de soignant avant tout Instaurer une relation de confiance Côté frustrant de l'absence de suivi dans le temps Activité ingrate Respect du secret médical Consignes données aux policiers sans préciser les pathologies présentées Diversité des pratiques selon les médecins	N'en connaît pas l'histoire Suppose qu'elle s'adresse aux personnes « stressées » par la procédure ou motif médical aigu Côté rassurant de la salle pour le médecin	Secret médical préservé si vie de la personne pas mis en jeu Nécessité d'une discussion collégiale
Médecin 6	Exercice en médecine générale et médecine légale à l'Hôtel Dieu	Assurer la continuité des soins Rôle de prévention et de dépistage Exploiter ce temps pour faire passer des messages Aller au-delà de la question posée Relation de confiance à instaurer pour faire oublier le contexte de la garde à vue	N'en connaît pas l'histoire Reconnait une exception Parisienne mais une vraie plus-value Confort reconnu aussi pour les policiers Permet du temps et de l'écoute	Ne répète pas ce qu'a révélé la personne Confiance envers le médecin si révèle ces faits

<p>Médecin 7</p>	<p>Exercice en médecine du travail Exercice dans 2 UMJ dont l'Hôtel Dieu</p>	<p>S'assurer de l'absence de violences subies Aller au-delà de la question posée sur réquisition Adresser le patient via des lettres remises dans ses affaires Hospitaliser si maladies chroniques difficiles à gérer dans un commissariat Aucune information aux autorités en dehors du cadre judiciaire</p>	<p>N'en connaît pas l'histoire Très confortable pour la prise en charge, garantie la sécurité des patients Possibilité de questionner sur les conduites addictives et les prendre en charge ou orienter</p>	<p>Explications données sur le fait que rien ne sera dit aux autorités Stupéfiants cachés remis dans une poubelle Si in corpore : hospitalisation</p>
<p>Médecin 8</p>	<p>Exercice en médecine générale dans un hôpital Exercice en médecine légale exclusivement à l'Hôtel Dieu</p>	<p>Répondre à la réquisition mais prise en charge médicale globale Fournir des informations et des orientations dès la fin de la garde à vue S'assurer de la bonne compréhension des informations données, interprète parfois nécessaire Patients comme les autres, consultation qui permettra une ouverture sur la prise en charge médicale Alerter les autorités sur les critères pour réorienter vers l'hôpital</p>	<p>Ne se souvient plus de son histoire Salle permettant la prise en charge médicale sans entraver la procédure judiciaire</p>	<p>Informar la personne de la dangerosité d'un tel transport et la nécessité de l'hospitaliser En faire part au référent médical hiérarchique Décision qui ne peut être prise seul</p>

<p>Médecin 9</p>	<p>Exercice en médecine générale Exercice en médecine légale exclusivement hors Hôtel Dieu</p>	<p>Répondre à la réquisition Identifier les risques dans un milieu de privation de liberté, pouvoir les gérer durant la garde à vue Rôle de prévention en tant que médecin généraliste Aller au-delà de la demande si pas de suivi médical, savoir orienter Secret médical difficile à préserver</p>	<p>N'en connaît pas l'histoire Hospitalisation des patients avec maladies chroniques décompensées (diabète, asthme) Son absence n'est pas un manque dans sa prise en charge A des doutes sur sa capacité à gérer toute une salle d'hospitalisation dans une activité plutôt de consultation</p>	<p>Confiance à instaurer avec la personne nécessaire à la prise en charge Réalisation d'une imagerie sans le dire aux autorités, avec consentement de la personne Hospitalisation si risque vital sans en donner la raison aux autorités Si stupéfiants remis au médecin, mis dans une poubelle</p>
<p>Médecin 10</p>	<p>Exercice exclusif en médecine légale dans plusieurs services dont celui de l'Hôtel Dieu</p>	<p>Prendre en charge un patient et son état de santé Responsable de l'état de santé durant la garde à vue sans en être le médecin traitant Parfois difficile de connaître précisément le traitement pris et sa posologie Conditions rendant le patient pas comme les autres Orientation faite selon les constatations Ne répondre aux autorités que sur la compatibilité, pas de communication sur les données médicales</p>	<p>Connait l'histoire de la salle Permet une meilleure prise en charge médicale en s'attachant aux soins sans entraver la procédure judiciaire qui peut suivre son cours Savoir anticiper le nombre de lits disponibles et prévoir des hospitalisations urgentes</p>	<p>Situations à régler au cas par cas L'article 40 du code pénal impose d'en faire part aux autorités</p>

1. Le rôle auprès des personnes en privation de liberté

De façon unanime, les médecins interrogés insistent sur leur rôle, avant tout de médecin, et de l'importance d'apprécier le patient dans sa globalité et non pas uniquement à travers la réponse à fournir à la question de la compatibilité ou non de l'état de santé du gardé à vue avec son maintien en cellule : « *avant d'être un gardé à vue, c'est un patient* ».

Il est également important de s'enquérir de certaines informations médicales le concernant. Pour cela, le médecin doit mettre en confiance le gardé à vue pour obtenir les informations souhaitées. De plus, c'est souvent le seul médecin que ces personnes rencontrent compte-tenu de leur situation sociale et ils ne le choisissent pas. Parfois, il sera nécessaire d'être en compagnie d'un interprète pour s'assurer que le patient comprenne et retienne l'orientation proposée par le médecin. Il faut bien faire comprendre le rôle de ce médecin : à la fois auxiliaire de justice et médecin soignant. Ce n'est cependant pas un patient comme un autre compte-tenu des conditions dans lesquelles on le voit mais il faut faire avec, c'est-à-dire le prendre en charge comme un autre patient malgré tout.

Il faut également s'enquérir des antécédents médico-chirurgicaux présentés, de l'existence éventuelle de pathologies chroniques et de leur suivi. Pour cela, il ne faudra pas hésiter à poser des questions sur des addictions éventuelles, avoir un rôle de dépistage lors de ces consultations qui pâtissent malheureusement souvent d'un manque de temps pour ces constats. C'est en effet le côté frustrant de ces examens où il n'y a par ailleurs pas de suivi dans le temps. Un médecin reconnaît cette activité comme « *ingrate* ». Un médecin n'hésitera pas à rédiger un courrier à l'attention du médecin traitant afin de le mettre dans la « fouille » du patient conservée par les autorités et remise à la fin de la mesure de privation de liberté.

S'assurer de l'absence de violence subie par la personne fait aussi partie du rôle du médecin. Si c'est le cas, les éventuelles lésions devront être relevées et mentionnées dans le dossier médical et le médecin aura à informer la personne de ses droits et mentionner le fait qu'il existe un service de police spécialisé pour recueillir d'éventuelles plaintes.

L'orientation de ces personnes sera déterminée par les pathologies présentées, les doléances et les constatations effectuées mais aussi des conditions de la garde à vue.

La pratique peut être différente d'un médecin à l'autre. La décision se fait aussi en fonction de la possibilité ou non de pouvoir disposer sur place d'une salle d'hospitalisation. Par exemple, en cas de fracture d'un membre inférieur les avis divergent sur la nécessité

d'hospitaliser la personne. Pour certains, le diabète insulino-dépendant ou l'asthme justifient une hospitalisation en raison du risque de décompensation de ces pathologies : « *le côté médical prime* ». En l'absence de salle d'hospitalisation d'aval, si une personne sous insuline est présentée et que son état clinique est bon, il est possible de demander un nouvel examen à une heure précise afin de reconstrôler le taux de sucre, de remettre le traitement et faire prendre un repas adapté. En cas de pathologie décompensée, la personne est adressée aux urgences de l'hôpital.

2. La perception du secret médical

Il est important de se présenter au gardé à vue car certains peuvent être méfiants et penser que « *nous sommes le médecin de la police* ». Des explications doivent être fournies et il faut insister sur « *le caractère secret de notre profession* ».

Les examens sont effectués hors présence policière sauf si la personne gardée à vue est « *dangereuse* ». En général, il n'est pas très difficile de faire respecter le secret médical et la décision médicale est bien acceptée par les services de police. Certains sont curieux lors de la délivrance de médicaments sous enveloppe. Quelquefois, le gardé à vue a informé lui-même les policiers de son état de santé à l'origine de sa demande d'examen médical. Le policier veut aussi connaître la raison d'une hospitalisation. Pour un médecin, « *ça l'embête de se rendre dans le service d'aval* », « *il est curieux* » ou encore « *il a l'impression qu'on s'est fait balader par le patient alors qu'on n'a pas besoin, selon lui, de le garder* ». Un médecin ajoute que parfois, le policier « *veut rendre compte au magistrat du motif d'hospitalisation pour se faire bien voir* ».

Côté gardé à vue, les médecins ont un ressenti différent : « *Ce n'est pas la première fois qu'ils sont en garde à vue pour la plupart* », « *l'examen médical à l'hôpital est l'occasion pour eux de faire une petite ballade* », « *il va bien mais il voulait prendre un peu d'oxygène* ».

Concernant la possibilité d'obtenir le dossier médical par une personne en garde à vue, la demande pourra être faite à la fin des mesures de privation de liberté sauf lorsqu'un avis psychiatrique a été demandé, il faudra en faire part au chef de service de psychiatrie pour savoir si l'on peut ou non lui délivrer son dossier.

Un médecin précise « *qu'on a le droit de ne pas tout dire aux autorités même sur réquisition* ». Si les autorités veulent avoir des informations médicales, il existe une procédure plus

complexe de saisie de dossiers ou de demander une expertise médicale. En effet, lors d'une demande de compatibilité sur réquisition, « *on ne peut mentionner de données médicales sur le certificat* ». Un médecin est catégorique : « *je réponds non à toutes les questions posées par le policier* ».

Cependant, des consignes de surveillance seront communiquées aux autorités via le certificat médical en précisant « a besoin de ... » ou « remettre l'enveloppe à telle heure ». Pour un autre médecin « *la seule chose, c'est si on me demande si c'est contagieux, je réponds oui ou non* ». Lorsqu'une orientation vers un hôpital est indiquée « *j'en informe les policiers sans autre information* ».

3. Situation particulière des mules

Lors de la révélation, par une personne gardée à vue à un médecin qu'elle transporte de la drogue *in corpore*, le médecin doit donner des explications claires à la personne sur l'intérêt et la nécessité d'en faire part aux policiers mais un médecin reconnaît qu'il sera « *pris au dépourvu* » si cela lui arrivait. Lors de l'évacuation des ovules de stupéfiants, « *il faut obligatoirement en révéler la provenance* », *je ne serai pas confortable mais j'aurai une discussion avec le gardé à vue* ».

Pour un autre médecin, il est tenu par l'article 40 du Code de Procédure Pénale. La sécurité du patient doit primer sur sa décision : « *je vais donc agir car c'est de la non-assistance à personne en danger* ». Dans la situation où la drogue est évacuée, la personne risque de la conserver voire de la consommer.

Enfin, un autre médecin juge que « *si on est témoin d'une infraction et médecin, si cette infraction ne met pas en jeu la vie du gardé à vue et si ce n'est pas un crime, on n'a pas à le dénoncer* », « *donc, pour un individu qui est hospitalisé pour transport de drogue in corpore alors que motif d'examen sur réquisition était différent, on ne le dénonce pas* ». Un autre praticien, si les stupéfiants sont remis par la personne au médecin, ils doivent être ensuite donnés aux autorités sans en préciser l'origine : « *on n'a pas le droit de dire d'où proviennent les stupéfiants* ».

Lorsque cette personne est finalement hospitalisée, il sera alors difficile de maintenir le secret car plusieurs personnels soignants interviendront lors de l'hospitalisation et leurs avis

pourront diverger d'où la nécessité « *d'une discussion collégiale quant à la conduite à tenir quand on est confronté à cette situation* ».

Enfin, un médecin avoue que si la personne lui remet les stupéfiants, il les remettra lui-même dans une poubelle et ne dira rien au policier. Néanmoins, un médecin précise qu'il informera le patient de la dangerosité sur le plan médical et de la nécessité de l'hospitaliser. Pour cela, il en fera part au « *référént médical hiérarchique* » et ne prendra pas la décision seule d'en informer ou non les autorités.

Lors de la transmission des informations médicales aux infirmières, il sera important d'être vigilant sur le fait de « *ne pas laisser trainer le dossier* » pour que le personnel non soignant ne puisse y avoir accès : « *respecter les temps de confidentialité quand on fait les transmissions avec les infirmières, ce sont des petites techniques pour respecter le distinguo entre le soin et tout ce qui est lié à la procédure judiciaire de privation de liberté* ».

Pour un autre médecin, il n'est pas très difficile de faire respecter les règles imposées par le personnel soignant dans la salle d'hospitalisation : « *la plupart du temps, ça se passe bien avec les services de police* », « *au fur et à mesure que je travaille dans ce service, je suis amené à voir les mêmes policiers et donc ils nous posent de moins en moins de questions, ils sont habitués et respectent bien ce qui est fait* ».

4. Une salle d'hospitalisation dédiée aux personnes en privation de liberté

Sur les 10 médecins interrogés, deux connaissent l'historique exact de cette salle. Il s'agit de deux médecins qui y exercent. Les critères d'hospitalisation mentionnés lors des entretiens sont les suivants : « *des gens extrêmement stressés sans raison médicale pure* », « *personnes incompatibles avec un retour au commissariat parce que je ne suis pas sûr de moi, par exemple, une personne qui présente une douleur thoracique depuis longtemps* », « *les personnes ayant des fractures* », « *traumatismes crâniens, sevrage alcoolique* », « *hospitalisation à visée antalgique* ». Il arrive parfois que la personne ne souhaite pas se faire hospitaliser car elle pense que cela prolongera la procédure judiciaire en cours. Un médecin ayant exercé à Cusco mais n'y exerçant plus avoue « *avoir l'impression que le fait d'avoir la salle modifie certaines habitudes de décisions* », « *la possibilité d'avoir une chambre derrière rend plus facile l'incompatibilité* », c'est-à-dire que les médecins déclarent plus fréquemment une personne incompatible lorsqu'ils ont la possibilité de l'hospitaliser tout de suite : « *alors que là où je*

travaille actuellement, si je décide d'hospitaliser quelqu'un, je dois me poser la question de l'orientation ou si je dois revoir quelqu'un au commissariat, je dois le faire revenir. Le fait de ne pas avoir de salle d'aval modifie donc notre décision ».

Sur la plus-value de la salle Cusco pour les prises en charge des personnes : « *c'est évident, indiscutable même* » ou encore « *c'est confortable et sécurisant, c'est un atout majeur* ». Un médecin rapporte : « *si je pouvais mettre tous les gardés à vue à Cusco, je le ferais. Les conditions dans les commissariats Parisiens ne sont pas bonnes, ne serait-ce que l'odeur. Dans les beaux quartiers, les commissariats sont peut-être les pires. Je mettrai tous les gardes à vue à Cusco pour qu'ils puissent manger chaud, prendre une douche, avoir un examen clinique complet et pour qu'on puisse s'intéresser à leur situation. Il ne faut pas s'imaginer non plus que l'on va régler tous leurs problèmes à Cusco. Il faut avoir un objectif précis et raisonnable lorsqu'on les hospitalise. Je ne vais pas me lancer dans un bilan lipidique auquel le patient n'aura jamais les résultats. C'était mon défaut au début, je voulais que le diabétique ait une consultation avec tous les spécialistes de l'hôpital mais je me suis aperçu que ce n'était pas possible. Mais c'est utile de donner des conseils aux patients sur leur suivi médical, les encourager et les soutenir quitte à faire des courriers à des médecins et les encourager à consulter ».*

A l'inverse, un autre praticien estime : « *s'il n'y a pas de motif médical pour aller à Cusco, l'hospitalisation n'est pas justifiée. On ne peut hospitaliser pour le plaisir des gens ou par pression quelconque par un policier ou un magistrat pour les VIP. La décision doit être argumentée uniquement par des éléments médicaux. La salle Cusco est utilisée pour des situations complexes. De façon exceptionnelle, en l'absence de décompensation aiguë, elle peut être utilisée pour une surveillance médicale continue lors d'extraction de maison d'arrêt ou de patient à très haut risque d'évasion* ».

La plus-value de la salle Cusco est fréquemment mise en avant : « *... une énorme plus-value. C'est très confortable de pouvoir garder hospitalisé quelqu'un et de ne pas avoir à s'occuper du transfert comme dans une autre unité. Pour un diabétique de type 1, tu as la possibilité de le reconvoquer mais s'il n'arrive pas à la bonne heure, c'est très dangereux pour eux. C'est un atout médical et organisationnel.* », « *le fonctionnement de cette salle peut être parfois critiqué par des médecins légistes qui considèrent n'avoir qu'un rôle de constat ou d'expertise et qu'on n'a pas un rôle de soignant avec ces patients reçus sur réquisition. Cette façon de penser doit évoluer, on doit pouvoir faire la part des choses entre le soin et la prise en charge*

judiciaire pure. La présence de médecins légistes dans cette salle est justifiée par leurs connaissances judiciaires et du parcours des gardés à vue. Nous sommes les plus à même de pouvoir juger de la situation d'un patient et du meilleur lieu pour sa prise en charge » ; « cette salle permet à la fois une prise en charge médicale et médico-judiciaire ».

Pour plusieurs médecins, l'absence de salles d'hospitalisation s'explique par des raisons financières (budget du ministère de la justice). Pour d'autres : *« c'est un système méconnu à l'extérieur ». « Il y a des raisons inavouées : qu'est-ce que cette salle ? Que va-t-il s'y passer ? Que vont faire les médecins avec les patients ? Je pense que les autorités aiment garder avec eux et avoir le contrôle de ces personnes. A Paris, c'est une culture présente depuis des années ancrée chez les policiers et les magistrats. Il faudrait des liens forts entre le parquet et la santé pour créer d'autres salles Cusco en France et une administration hospitalière qui suive ». « Ce système n'est pas démocratisé pour une question de coût et de place. Peut-être que le besoin d'une salle identique se fait moins sentir en province. Si les choses venaient à changer, ce serait à mon sens un modèle intéressant ».*

Lorsque que l'on demande à un médecin exerçant à Cusco de s'imaginer travailler en l'absence de cette salle : *« les collègues doivent avoir la possibilité d'hospitaliser les gens dans le service des urgences de l'hôpital. Ou alors ils se débrouillent pour trouver une place dans un service. Sinon, ils doivent reconvoquer les gens plus fréquemment. », « peut-être que la garde à vue est levée si la personne doit être hospitalisée, ou que le médecin contacte alors le magistrat. Je sais que ça s'est déjà fait ici. Peut-être que le gardé à vue ne passe que la nuit à l'hôpital et la journée au commissariat. » ; « La salle Cusco répond aux besoins locaux de la préfecture de police. S'il n'y pas de salle d'hospitalisation, on oriente vers un service d'urgences on ou s'arrange avec d'autres structures. »*

5. L'hospitalisation des mineurs

Certains médecins ont également évoqué la prise en charge des mineurs hospitalisés à Cusco : *« ce serait bien que les médecins puissent par la suite recevoir les parents, pour restituer ce qu'on a fait pendant l'hospitalisation. Car ils exercent l'autorité parentale qui est un ensemble*

de droit et de devoir. L'idéal serait de la faire ici. Ça me pose des problèmes surtout quand ces jeunes reviennent plusieurs fois. »

6. L'investissement lors de l'hospitalisation

Sur l'investissement du praticien lors de l'hospitalisation, un médecin reconnaît que *« dans ce travail, il faut surtout garder une distance. Parfois, des collègues s'investissent trop »*.

« Lorsqu'un médecin légiste pratique une autopsie, il doit considérer qu'il est les yeux de la justice car c'est toi qui fais le constat et qui l'explique à l'autorité. Lors d'une consultation de victimologie aussi. En garde à vue c'est l'inverse. Dans le cadre de l'examen de compatibilité, tu n'as pas ce travail de constat. Tu ne dois rien à l'autorité à part donner la réponse à la question posée. »

Enfin, lorsqu'un patient souffrant d'une pathologie chronique et n'ayant pas de suivi médical, un médecin trouve *« qu'on doit lui dire que ce n'est pas bien. Tu dois lui faire prendre conscience de cela, tu ne peux pas ne rien dire ou ne rien faire comme l'orienter ou le conseiller »* ; *« certains font la morale aux gardés à vue, ce n'est pas le but. Il ne faut pas se fâcher quand des jeunes font n'importe quoi, mais bon c'est humain »*. Un médecin n'hésite pas à s'entretenir avec le patient pour mieux le connaître surtout lorsqu'ils sont très jeunes : *« parfois, je leur pose des questions pour les mettre un peu mal à l'aise comme s'ils vont à l'école ou s'ils travaillent. Si la personne change d'attitude et se sent mal à l'aise, je vais pouvoir l'aider en lui faisant prendre conscience de certaines choses. S'il répond au contraire que ce n'est pas mon problème, j'arrête car ce n'est pas en si peu de temps que je vais arranger quoique ce soit. Si c'est des jeunes sans entourage, j'essaye de les motiver pour s'inscrire à une formation »*.

La présence de cette salle provoque parfois des frustrations. En effet, la fin de la procédure judiciaire entraîne automatiquement la fin de l'hospitalisation. En cas de soins à continuer, le patient est conduit aux urgences de l'hôpital mais aura la liberté de partir s'il ne souhaite pas rester à l'hôpital : *« ça nous coupe dans notre élan médical, déjà qu'on a peu de temps pour prendre en charge quelqu'un, connaître ses pathologies, expliquer notre rôle et rassurer la personne en lui disant qu'on n'est pas du côté de la police, tout ceci peut s'arrêter en un rien de temps »*.

V/ DISCUSSION

1. Le travail du médecin légiste en France

Dans ce travail, nous avons principalement évoqué le travail de médecin légiste auprès des personnes en privation de liberté. En France, il s'agit d'une partie de son travail qui en contient de nombreuses autres. Spontanément, définir l'activité du médecin légiste revient à évoquer la thanatologie, c'est-à-dire la pratique des autopsies ou des examens externes de personnes décédées afin de rechercher les causes de la mort (21). Or, la majorité des médecins légistes pratique la médecine légale auprès des personnes vivantes et en particulier auprès des personnes victimes de faits de violences, quelles qu'elles soient, afin de les examiner et d'évaluer le retentissement des blessures. Il s'agit donc principalement d'une activité de constat. Dans cette situation, des médecins légistes n'hésitent pas à se qualifier comme étant « *les yeux de la justice* ». Cette vision, qui n'est pas partagée par toute la spécialité, consisterait donc à exclure le médecin légiste des soins et à solliciter un confrère dès qu'une prise en charge médicale est nécessaire. Cette opposition se retrouve dans *Le savant et le politique* (22) où Max Weber distingue les savants d'un côté et les hommes politiques de l'autre. Dans une spécialité comme la médecine légale où la science côtoie de près le monde judiciaire, l'exercice du médecin doit rester motivé par la cause scientifique qu'il défend en réalisant ses constatations mais aussi en donnant son interprétation. Dans cet ouvrage, Max Weber indique que le savant peut conseiller le politique mais il doit aussi le placer devant ses responsabilités avant qu'il ne prenne ses décisions. De la même manière en médecine légale, aussi bien lorsqu'il exerce auprès des personnes en privation de liberté que des personnes victimes, le médecin se doit de répondre au mieux à la mission qui lui est demandée et d'éclairer de la meilleure des façons la justice. Cependant, les professionnels de la justice ne sont tenus en aucun cas de suivre les conclusions du médecin.

En 2007, un rapport de la Cour de Cassation (23) précise que même si la loi n'évoque que l'activité de constat du médecin, il n'en demeure pas moins un soignant. Le rapport note l'ambiguïté de la mission proche de celle de l'expertise. Lorsqu'il est requis pour établir le certificat médical de compatibilité avec la garde à vue dans les locaux de police et qu'il décèle une pathologie, le médecin légiste se doit d'en informer les services de police des risques évolutifs « *qui peuvent être majorés par le contexte anxiogène et les conditions matérielles de*

la garde à vue », « Il revient à la conscience du médecin d'arbitrer entre l'intérêt sanitaire du patient et son devoir de respecter le secret professionnel ».

2. La population des personnes gardées à vue

Une donnée est à relativiser concernant la consultation médicale en garde à vue. En effet, la grande majorité des personnes gardées à vue ne rencontrent pas de médecin durant la cette mesure de privation de liberté. Bien qu'un examen médical soit systématique lorsqu'un détenu arrive en maison d'arrêt, celui-ci est demandé par la personne ou l'autorité policière. Nous n'avons pas retrouvé de données précises concernant la proportion de consultations médicales en garde à vue rapportée au nombre de personnes placées gardée à vue.

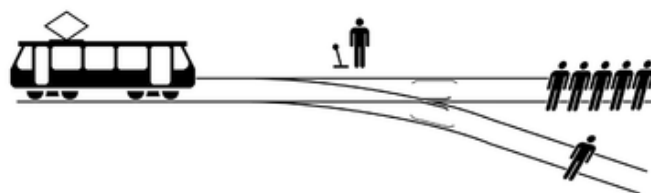
De même, ce travail ne s'intéresse pas au profil des patients rencontrés en garde à vue mais nous pouvons faire l'hypothèse que la plupart souffrent de pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle qui justifient une continuité de soins durant une procédure judiciaire pouvant durer jusqu'à 4 jours (24). Le médecin doit donc raisonner et décider en fonction des pathologies présentées par le patient et son état de santé durant un temps qu'il ne maîtrise pas puisque dépendant de la durée de la garde à vue et donc de l'infraction reprochée. Il est important de préciser également que le médecin ne connaît pas le motif de la garde à vue bien que rien ne l'empêche de le demander au gardé à vue lui-même. Lorsqu'un dépistage urinaire de produits stupéfiants est demandé au médecin sur réquisition judiciaire, le médecin est, de fait, informé que l'infraction commise concerne la législation sur les stupéfiants.

3. La question du secret médical

Si l'on analyse les résultats des entretiens réalisés dans ce travail, et plus particulièrement l'exemple de la mule où il est proposé au médecin interrogé un réel exercice de philosophie morale et expérimentale (25), on constate que deux d'entre eux font mention de l'article 40 du Code Pénal pour justifier leur décision d'informer les autorités (26). L'article est le suivant : *« Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements,*

procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ». Le même code précise toutefois (27) que lorsque les réquisitions concernent des médecins, la remise des informations ne peut intervenir qu'avec l'accord du patient. De même, l'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) concernant la mission des usagers de l'offre de soins du 13 Avril 2011 *relative à la conduite à tenir en cas de détention illégale de stupéfiants par un patient accueilli dans un établissement de santé* (28) précise que le secret professionnel prévaut et qu'il n'y a pas lieu de signaler un patient détenteur de produits stupéfiants aux autorités compétentes. Ces produits devront être remis aux autorités compétentes sans que l'identité du patient qui les détenait ne soit révélée.

L'exercice proposé aux praticiens, en leur demandant ce qu'ils feraient si un patient lui révélait être porteur de produits stupéfiants à l'insu des autorités, peut être rapproché du dilemme du tramway décrit en 1967 par Philippa FOOT, une philosophe britanno-américaine connue notamment pour être l'une des fondatrices de l'éthique de la vertu contemporaine et auteur du livre *Le Bien Naturel* paru en 2001 (29). Le principe, rappelé dans le livre de Yves SERRA, *La philosophie morale expérimentale est-elle expérimentale ?*, est le suivant (25) : le conducteur d'un tramway hors de contrôle se dirige vers une voie où se trouve cinq hommes. Il peut choisir de dévier ou non sa course vers une voie où ne se trouve qu'un homme. La voie prise entrainera la mort des personnes se trouvant sur la voie. La question ici est donc de savoir s'il faut agir pour sauver cinq personnes et en sacrifier une ou ne pas agir et les laisser mourir. D'un point de vue utilitariste (30), consistant à maximiser le bien-être collectif, le tramway doit changer de voie et sacrifier la personne se trouvant sur la voie. Il ne s'agit pas ici de la « meilleure » solution mais de la meilleure option morale. Une autre vision pourrait être de considérer qu'aucune décision n'est mauvaise et qu'il faudrait plutôt faire en sorte que cette situation ne se produise pas en renforçant par exemple les freins de tous les tramways ou travailler sur des freinages d'urgence.



Le dilemme du tramway, illustration

Dans l'exemple de la mule, il n'est pas question de vie humaine. Mais la décision prise par le médecin condamnera automatiquement le patient ayant révélé le transport de stupéfiants ou pourra le mettre en danger s'il ne révèle pas avoir été témoin d'une infraction. Dans les entretiens réalisés, certains médecins pensent qu'ils essayeraient de convaincre le patient d'avouer lui-même la détention de stupéfiants aux autorités. Ceci permettrait donc au médecin de ne pas choisir. Si les autorités découvrent finalement l'infraction, peut-être qu'en l'ayant révélé plus tôt, ils seront plus cléments envers le mis en cause. Mais, le médecin ne dévie-t-il pas de son rôle ici ? En effet, ces décisions pourraient davantage être discutées avec le représentant du patient comme son avocat. Lors des entretiens, d'autres médecins laissaient le choix au patient tout en l'informant sur la dangerosité d'un tel transport et donc la nécessité d'une hospitalisation afin de surveiller l'état de santé jusqu'à évacuation complète des sachets de stupéfiants. Il informe donc le patient de sa décision médicale et la justifie au regard du danger qu'il encourt.

4. Limites de l'étude

Nous avons pu réaliser 10 entretiens avec des médecins légistes lors de cette étude. Le nombre d'entretiens est donc relativement faible. Cependant, puisqu'il s'agit d'une étude qualitative et non quantitative, les résultats des entretiens et les thèmes extraits des réponses données lors de ces entretiens mériteraient d'être confrontés à un nombre d'entretien plus important.

Afin de faciliter la compréhension lors de l'entretien et afin de se concentrer plus particulièrement sur la conduite à tenir en cas de transport avoué de stupéfiants lors de l'entretien médical, la grille d'entretien a été modifiée au bout du troisième entretien. Ce procédé a pu limiter les médecins dans l'évocation de l'exercice en les confrontant à une situation qu'ils n'avaient, pour la plupart, jamais rencontrée.

VI/ CONCLUSION

Parmi les fonctions du médecin légiste, celle qui consiste à prendre en charge les personnes en privation de liberté revêt un caractère particulier. En effet, même si l'intervention du médecin durant la garde à vue est encadrée par de nombreux textes législatifs et réglementaires, l'acte réalisé par le médecin est avant tout un acte médical soumis à l'ensemble des dispositions du Code de déontologie médicale.

En France, comparativement à d'autres pays européens, cet examen dit « de compatibilité » est demandé sur réquisition par un officier de police judiciaire. Ainsi, en cas de problème de santé aigu ou de la nécessité de soins quotidiens, le médecin a la possibilité de rendre non compatible le maintien de la personne dans les locaux des autorités.

Parmi les médecins exerçant auprès des personnes en garde à vue, certains sont plus habitués que d'autres à cette pratique, notamment lorsqu'ils sont rattachés à un service hospitalier et plus particulièrement à une unité médico-judiciaire (UMJ). D'autres interviennent en tant que libéral à titre individuel.

C'est pourquoi une étude qualitative, multicentrique, basée sur des entretiens semi-directifs avec des médecins exerçant à la salle Cusco de l'Hôtel-Dieu, dédiée aux personnes en privation de liberté nécessitant des soins ou des traitements ne pouvant se faire dans les locaux des autorités, et d'autres exerçant ailleurs, nous est apparue intéressante afin d'apprécier leur ressenti dans la prise en charge des personnes en garde à vue et d'approfondir avec eux la façon dont peut être respecté le secret médical dans cette pratique.

La question du secret médical dans ces circonstances particulières occupe en effet une place fondamentale car les informations médicales que le médecin recueille ne peuvent en aucun cas être communiquées aux autorités, le médecin agissant sur réquisition de la police pour répondre à une question mais ne pouvant en aucun cas dépasser le cadre de sa mission dans sa réponse.

Des entretiens semi-dirigés ont donc été réalisés chez dix médecins légistes, la plupart exerçant à l'unité médico-judiciaire de Paris, sur leur rôle auprès des personnes en privation de liberté en s'appuyant sur l'exemple d'une personne révélant la détention de stupéfiants à l'insu des autorités.

Nous avons pu extraire 3 thématiques de réponse à l'issue de ces entretiens : le rôle du médecin auprès des personnes en privation de liberté, l'intérêt d'une salle d'hospitalisation

dédiée, telle la salle Cusco de l'Hôtel-Dieu, et la conduite à tenir avec l'exemple de « la mule » où la place du secret médical est essentielle car le médecin est témoin d'une infraction pénale pouvant mettre en danger la vie d'une personne.

Au total, il est apparu que, même si l'activité de soins auprès des personnes en privation de liberté ne doit pas être différente de ce qu'elle est auprès des autres patients, elle peut être utilement renforcée par l'existence d'une salle spécialement réservée à ces personnes, notamment si leur état le justifie : l'exemple de la salle Cusco a en effet montré que le médecin qui y exerce voit sa tâche facilitée dans la prise en charge des personnes en garde à vue. Nous avons d'ailleurs émis l'hypothèse que les médecins rencontrés trouveraient cet endroit adapté pour aller au-delà de la mission confiée par les autorités sur réquisition et ainsi s'investir davantage dans le soin. L'intérêt bien démontré de ce type de structure justifierait donc leur développement.

Par ailleurs, la connaissance de certains éléments tels que le transport de drogue *in corpore* va poser la question du secret médical qui, si elle est encore diversement appréciée selon les praticiens, mériterait de faire l'objet d'un consensus à l'échelon national et même d'une harmonisation européenne dans la mesure où la situation apparaît encore hétérogène lorsque l'on compare ce qui se passe dans les différents états.

ANNEXES

Annexe 1 : Information aux sujets concernant le protocole de recherche

Madame, Monsieur,

Cette recherche est menée par Nicolas Soussy et dirigée par le Professeur Marie-France Mamzer dans le cadre d'un mémoire de master 2 au sein du laboratoire de l'équipe ETREs (Éthique, Recherche, Translations) de l'Université de Paris Site des Saint-Pères, 45 rue des Saints-Pères 75006 Paris, qui est responsable du traitement.

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement dans le cadre du projet de recherche précité.

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant Nicolas Soussy au 06 86 34 52 04 ou par mail à nicolas.soussy@gmail.com. En cas de retraite de consentement, l'ensemble de vos données collectées dans le cadre de cette étude seront supprimées.

Objectif de la recherche :

La question de cette recherche est la suivante :

Explorer le ressenti des médecins prenant en charge des personnes en privation de liberté avec et sans salle d'hospitalisation d'aval disponible dans l'unité où ils exercent.

Méthodologie de la recherche :

Pour mener cette recherche, je souhaiterais, avec votre accord, réaliser un entretien avec vous, selon vos disponibilités, durant la période qui s'étend de Mars 2020 à Mai 2021.

Cet entretien se déroulera si possible dans un environnement calme pour favoriser l'échange. Durant l'entretien, je vous poserai des questions en lien avec votre expérience en tant que médecin dans la situation d'intérêt.

De plus, après avoir recueilli votre consentement libre et éclairé, je souhaiterai enregistrer notre entretien grâce à un dictaphone dédié à cette recherche. L'enregistrement, qui ne fera pas état de votre nom et prénom, sera transféré sur ordinateur et chiffré dans un dossier chiffré. Il sera supprimé après sa retranscription.

À la suite de notre entretien, je ferai une retranscription écrite de ce dernier. La retranscription consistera à réécouter notre entretien et à écrire fidèlement nos propos. Le fichier sera pseudonymisé.

Cette retranscription permettra de faire une analyse de son contenu qui consistera à lire notre entretien et de l'analyser pour pouvoir le comparer avec d'autres entretiens. Ceci me permettra d'identifier des thématiques communes. Ces thématiques me permettront de construire une grille d'analyse facilitant la hiérarchisation des thèmes principaux et secondaires. De plus, elle me permettra d'identifier les indicateurs qui rendent compte de ces thèmes. Ce travail d'analyse me permettra de confronter et d'associer les données issues de la littérature scientifique aux données issues de l'analyse des entretiens.

Les données seront ensuite analysées dans le cadre de cette étude qualitative selon le modèle de la théorisation ancrée.

Protection des données à caractère personnel :

Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre projet de recherche seront collectées et traitées comme vos nom et prénom, votre âge, sexe, lieux d'exercice actuels et antérieurs et votre ancienneté d'exercice.

La base légale du traitement de vos données personnelles repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement. Votre participation à la recherche est entièrement libre et volontaire. Il est rappelé que le participant est libre de retirer ou cesser sa participation à ce projet à tout moment. Ce retrait n'aura aucune conséquence.

Votre identité sera dissimulée à l'aide du numéro de code dans tous les écrits produits sur la base de vos propos (comptes rendus d'entretien, notes d'observation, notes d'analyse échangées entre les chercheurs, publications...). Seul le responsable de la recherche détient la table de correspondance qui permet de faire le lien entre votre identité et le numéro de code attribué dans les différents documents issus de la recherche.

Toutes les données personnelles collectées sont conservées en France.

Les destinataires des données :

Les données personnelles recueillies ne seront consultées que par Nicolas Soussy. Le Pr Mamzer aura accès qu'aux entretiens retranscrits par écrit et pseudonymisés.

Par ailleurs, il est possible que ce travail de recherche, fasse l'objet, dans un second temps, d'une publication sous forme d'article dans une revue internationale pour améliorer la connaissance scientifique sur le sujet étudié. Si tel est le cas, les résultats de la recherche seront diffusés de façon anonyme dans des colloques professionnels et scientifiques, dans des rapports destinés aux autorités, dans des revues professionnelles et académiques.

Durée de conservation des données :

Vos données personnelles sont conservées en base active jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats, ou en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles font ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée de 5 ans après la fin de la recherche.

L'enregistrement vocal des entretiens sera supprimé une fois la retranscription sur un logiciel de traitement de texte réalisée.

Mesures de sécurité techniques et organisationnelles :

Afin de garantir la confidentialité de vos données et éviter leur divulgation, le responsable de la recherche prend toutes les précautions utiles pour préserver la sécurité des données

traitées, en particulier leur confidentialité, leur intégrité et leur disponibilité. Pour ce faire, les dispositifs suivants ont été mis en place :

- Seules les personnes collaborant à la recherche, désignées par le responsable de la recherche ou par un représentant des autorités administratives compétentes sont autorisés à accéder aux données.

La retranscription se fera sur un ordinateur protégé par un mot de passe et sera placée dans un dossier chiffré par un logiciel approuvé par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'informations conformément aux bonnes pratiques recommandées par la CNIL.

Vos droits :

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et ses décrets d'application, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

En cas d'exercice de votre droit d'opposition au traitement, vous pourrez demander l'effacement des données vous concernant déjà collectées. Cependant, vous êtes informé que certaines données préalablement collectées ne pourront être effacées, si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche auprès du responsable de la recherche en vous adressant à Nicolas Soussy, à l'adresse suivante : nicolas.soussy@gmail.com. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais avec un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande.

Vous pouvez contacter également le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Paris à l'adresse postale suivante : DPD, 18 rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS – ou à dpd@parisdescartes.fr.

Après nous avoir contactés, si vous estimez que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal. CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (<https://www.cnil.fr>).

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander des informations sur les résultats globaux de la recherche.

Fait à Paris le

Signature de la personne sollicitée

Formulaire de consentement pour la participation à une recherche

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet de Master 2 piloté par le laboratoire de l'équipe ETREs.

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez :

- qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante,
- qu'on vous a informé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans justification et sans préjudice.

Je soussigné(e)(nom et prénom de la personne interrogée) :

Confirme avoir reçu les informations relatives à la recherche et aux traitements de mes données à caractère personnel (voir note d'information annexée) ;

Vous avez lu et compris les renseignements communiqués dans la notice d'information,

Accepte de participer à la recherche de Nicolas Soussy, étudiant en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » au sein de l'Université Paris Descartes, dirigé par Madame le Professeur Marie-France Mamzer ;

Accepte d'être enregistré(e) durant l'entretien et que ce dernier soit retranscrit par écrit dans le respect de la confidentialité.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Nom, prénom et signature du responsable de la recherche :

Fait à, le

Signature du sujet, précédée de la mention : lu et approuvé

Fait à, le

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

Annexe 2 : Questionnaire

I/ Informations personnelles :

Carrière :

- Avez-vous déjà exercé auparavant dans un service ayant une salle d'hospitalisation de patients en privation de liberté ?
- Avez-vous déjà exercé dans votre spécialité initiale (hors UMJ) ?

II/ Sur les personnes en privation de liberté

- 1) Comment considérez-vous votre rôle auprès de ces personnes ?
 - Si difficultés à comprendre la question : allez-vous au-delà de la question posée par l'officier de police ?
 - Si non évoqué : Quel est votre objectif durant la consultation ? (Le soin ? La réponse à la question posée par l'officier de police ? Un entre deux ?)
- 2) Qu'est-ce qui rend cette activité particulière ?
- 3) Quelles difficultés rencontrez-vous ?
- 4) Envisagez-vous la personne en situation de libertés comme un patient comme les autres ? Si non, pourquoi ?
- 5) Comment décidez-vous de l'orientation du patient ?
 - a. Répondre à la mission ?
 - b. Devoir de médecin ?
- 6) Comment percevez-vous le secret médical dans la prise en charge de ces patients ?
 - Qu'est-ce qui selon vous est premier dans votre mission : le respect du serment d'Hippocrate ou l'injonction de répondre à l'autorité judiciaire ?
 - Quelles relations avez-vous avec les policiers sur place ?
 - Comment percevez-vous le rôle de chacun : uniforme, tenue civile, chariot de soins
- 7) La relation de confiance avec le patient est-elle perturbée par le contexte de garde à vue ?

Exemple de la mule si difficultés à soulever les questions 6 et 7.

III/ Sur la salle d'hospitalisation

Si salle d'hospitalisation dans le service :

- a. Connaissez-vous l'historique de cette salle d'hospitalisation ?
- b. Pour vous, cette salle apporte-t-elle une plus-value à la prise en charge ?
 - La relation de soins en est-elle modifiée ?
 - Pourquoi ne pas démocratiser le système ? Hors budget, serait-ce une bonne idée ?
 - Profite-t-on de Cusco pour investir le soin ?

Si pas de salle d'hospitalisation dans le service :

- a. Quelles sont vos possibilités localement pour prendre en charge le patient ?
- b. Comment, selon vous, favoriser la relation de soin avec ces patients ? Une salle dédiée ou un autre dispositif pourraient-ils aider ?
Imaginez la salle Cusco. D'après vous, qui y est hospitalisé ? Quels seraient vos critères ? Comment investir une relation hors compatibilité ?

Si besoin :

Questions à explorer avec le praticien (si non évoqué durant l'entretien) :

Rôle du médecin légiste avec les moyens qu'il a à disposition sur place

Son rôle dépend-il des moyens présents ?

Rôle de réponse « simple » à la réquisition ou investir davantage la prise en charge ?

Annexe 3 : Avis du comité d'éthique CERAPHP Centre

CERAPHP Centre
Comité d'éthique de la recherche AP-HP Centre

IRB registration : #00011928

Présidente : Marie-France MAMZER-BRUNEL

Vice-présidente : Anne-Sophie JANNOT

Secrétariat général : Marie-Caroline LAÏ

Membres : Chrystien BALLOUARD, Flore-Anne DE BAUDINERE, Stéphane DONNADIEU, Jean-Claude K. DUPONT, Eric THERVET, Anne-Laure FERAL-PIERSSENS, Nicolas GARCELON, Cécile HANON, Elise JACQUIER, Nicole KARAM, Magalie LADOUCEUR, Tiphain MIFAUT, Antoine NEURAZ, Nicolas PALLET, Alex J. PARK, Olivier PELLERIN, Brigitte SABATIER, Eric THERVET, Arthur TRON, David VEYER, Maxime WACK, Adz ZAAHAN

Paris, le 17 février 2021

Réf. 2020-02-13-A1

Le Comité a été saisi d'une demande d'amendement du Professeur Marie-France MAMZER, et de son co-investigateur Monsieur Nicolas Soussy, concernant une recherche non interventionnelle, intitulée :

« La place du médecin légiste dans le soin chez les personnes en garde à vue »

Investigateur principal : Professeur Marie-France MAMZER,
Centre de Recherche des Cordeliers,
Équipe ETRES
15 Rue de l'école de médecine, 75006 Paris
Téléphone : 06 62 50 24 78

Cet amendement a obtenu un avis éthique favorable de la part des membres du CERAPHP Centre lors de la réunion de l'IRB du 12 février. Le comité a estimé que la recherche n'est pas une recherche impliquant la personne humaine au sens de la loi française n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Le comité précise par ailleurs que son avis est purement consultatif et ne dispense pas des formalités réglementaires en vigueur dans le cadre du périmètre de cette recherche.

Dr Anne-Sophie JANNOT
Vice-présidente du CERAPHP Centre



15 Rue de l'École de Médecine, 75006 Paris
Courriel : contact.ceraphp5@listes.parisdescartes.fr

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale.
2. LOI n° 93-1013 du 24 août 1993 modifiant la loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale.
3. JUSD1113979C.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1113979C.pdf
4. LOI n° 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue. 2011-392 avr 14, 2011.
5. Guide de bonnes pratiques Intervention du médecin en GAV.pdf.
6. Garde_vue_long.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Garde_vue_long.pdf
7. Chariot P, Briffa H, Lepresle A, Lefèvre T, Boraud C. Fitness for detention in police custody: A practical proposal for improving the format of medical opinion. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. nov 2013;20(8):980-5.
8. Chariot P, Beaufrère A, Denis C, Dang C, Vincent R, Boraud C. Detainees in police custody in the Paris, France area: medical data and high-risk situations (a prospective study over 1 year). *Int J Legal Med*. sept 2014;128(5):853-60.
9. Briffa H, Lefèvre T, Boraud C, Chariot P. Intervention du médecin en garde à vue : proposition d'un certificat médical amélioré. *La Presse Médicale*. janv 2013;42(1):e9-15.
10. Chariot P, Martel P, Penneau M, Debout M. Guidelines for doctors attending detainees in police custody: a consensus conference in France. *Int J Legal Med*. janv 2008;122(1):73-6.
11. Projet de loi Droit à l'information dans le cadre de la procédure pénale.pdf.
12. Marty É. 26 h 30 de folie. *Vacarme*. 21 oct 2016;N° 77(4):60-3.
13. Dans l'unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu, la prison à l'hôpital. *Le Monde.fr* [Internet]. 21 nov 2014 [cité 12 mai 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/m-actu/article/2014/11/21/suspects-en-garde-partagee_4526574_4497186.html
14. 2009 - Rapport de constat.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/10/UMJ-H%C3%B4tel-Dieu-visite-final-10-03-031.pdf>
15. CTHS - CUSCO Édouard Gabriel [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <http://cths.fr/an/savant.php?id=3319>
16. Foucault. *Les Hétérotopies*. :7.
17. Trafic de cocaïne: d'Orly à la prison, le ballet quotidien des « mules » guyanaises [Internet]. *Challenges*. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur:

https://www.challenges.fr/societe/trafic-de-cocaine-d-orly-a-la-prison-le-ballet-quotidien-des-mules-guyanaises_681455

18. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge [Internet]. Presses Universitaires de France; 2006 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/la-relation-medecins-malades-information-et-menson--9782130558286.htm>
19. DGOS. La réforme du 3ème cycle des études de médecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
20. Manaouil C. La médecine légale au service de la santé et de la justice. *La Presse Médicale*. avr 2018;47(4):336-8.
21. Juston R. Les médecins légistes en France : un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale. *Deviance et Societe*. 15 sept 2017;Vol. 41(3):387-413.
22. Desroche H, Weber M, Freund J. Le savant et le politique. *Revue Française de Sociologie*. janv 1960;1(1):118.
23. Cour de cassation [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2007_2640/
24. Becour B, Petit A, Kierzek G, Rey C, Pourriat J-L. Quels soins en garde à vue ? *Journal Européen des Urgences*. mars 2008;21:A6.
25. Serra Y. La philosophie morale expérimentale est-elle expérimentale ? Paru dans *Philosophia Scientiæ*, 23-2 | 2019.
26. Chapitre II : Du ministère public (Articles 31 à 48-1) - Légifrance [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071154/LEGISCTA000006151873/#LEGISCTA000006151873
27. LOI n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (1). 2019-222 mars 23, 2019.
28. [instruction_139_130411.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_139_130411.pdf) [Internet]. [cité 12 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_139_130411.pdf
29. Foot P, Jackson JE, Tétaz J-M. *Le Bien naturel*. Genève: Labor et Fides; 2014.
30. Philippe DEVAUX, *Utilitarisme*, universalis.edu.