

Faculté des sciences juridiques politiques et sociales

Année : 2019/2020

Mémoire réalisé dans le cadre du master 2 Droit et politique de la santé

« Le repérage des troubles psychiatriques de la garde à vue à la prison »

Présenté et soutenu par **Margaux Monin**

Sous la direction du Professeure **Johanne Saison**

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord Johanne Saison, ma tutrice de mémoire de fin d'étude qui en plus de m'avoir donné le goût pour le droit de la Santé, a accepté d'être ma tutrice de mémoire pour ce sujet passionnant que nous avons choisi ensemble.

Maxime qui m'a toujours encouragé durant ces 6 belles années ensemble et m'a permis de prendre confiance en moi et d'envisager ces études de Droit, je t'aime.

Ma famille, dont l'amour est salvateur.

À ceux qui ne sont plus là, mon père, tu me manques.
À ma grand-mère, qui serait fière de la petite fille qu'elle a élevée.

Léa et Jeanne qui partagent mon nouveau quotidien lyonnais et m'aident à positiver.

Table des abréviations

AAH : Allocation adulte handicapé

AILSI : Alternative à l’incarcération par le logement et le suivi intensif

APL : Allocation personnalisée au logement

CGLPL Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHU : Centre hospitalier universitaire

CI : Comparution immédiate

CP : Code pénal

CPP : Code de procédure pénale

CPS : Chambre de protection sociale

DACG : Direction des affaires criminelles et de grâces

GAV : Garde à vue

HO : Hospitalisation d’office

JLD : Juge des libertés et de la détention

OIP : Observatoire international des prisons

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPIP : Services pénitentiaires d’insertion et de probation

TAP : Tribunal d’application des peines

TGI : Tribunal de grande instance

UHPP : Unité hospitalière psychiatrique pénitentiaire

UHSA : Unités hospitalière spécialement aménagée

UHSI : Unité hautement sécurisée interrégionale

UMD : Unité pour malades difficiles

UMJ : Unité médico-judiciaire

UML : Unité de médecine légale

UPP : Unité de psychiatrie pénitentiaire

USMP : unités sanitaires en milieu pénitentiaires

Sommaire

Première partie : Le fonctionnement des filières garde à vue et comparution immédiate.....	20
1.1 Sous partie 1 : La GAV des personnes présentant des troubles psychiatriques.....	20
1.2 Sous partie 2 : La CI des personnes présentant des troubles psychiatriques.....	31
Deuxième partie : Les limites rencontrées dans les méthodes utilisées et les améliorations possibles.....	40
1.1 Sous-partie 1 : Les limites du système dans la prise en charge des personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques.....	40
1.2 Sous-partie 2 : Les améliorations possibles pour une efficience de la prise en charge des personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques.....	50
Bibliographie.....	68

Introduction

« Toute personne vivant dans notre démocratie ne peut être considérée comme une étiquette. On n'est pas « fou » ni « malade mental » pas plus que « dépressif ». On est avant tout un citoyen avec des droits et des devoirs. Quel que soit l'état de santé, la situation sociale, familiale, ou la nationalité, les droits des humains s'appliquent à tous les individus et les troubles psychiatriques ne les aliènent pas. » (Lafaye et al., s. d.).

Depuis longtemps, le « fou » est banni de la société. Lorsqu'il réalisait des délits, il n'était pas jugé, à proprement dit, car ce bannissement, équivalait à la mort. Philippe Pinel, aliéniste à Bicêtre, influencé par Jean-Baptiste Pussin¹ lança un mouvement d'humanisation des soins aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, ainsi, il les installa loin des regards et des jugements, alors des soins étaient prodigués aux malades et ils n'étaient plus traités comme des bêtes aliénées mais comme des personnes malades devant être soignées.

C'est en invoquant l'humanisme que les « fous criminels » et les « fous à soigner » furent enfermés au sein des mêmes lieux. C'est ainsi que les futurs hôpitaux psychiatriques se sont transformés en prisons, à partir de la loi de 1838, permettant alors le « placement d'office » et le « placement volontaire » des aliénés. L'asile fut créé pour éviter à ceux qui perdaient la tête la guillotine, c'est à partir de ce moment qu'a commencé la grande confusion entre les soins et les peines et qu'en tout état de cause s'est constitué l'amalgame entre l'hôpital et la prison dans l'esprit collectif.

Au cours de la seconde guerre mondiale, l'ascension de l'eugénisme de pseudo-scientifiques a mené aux dérives que l'on connaît. Alexis Carrel, un français Prix Nobel et médecin, fut celui dont la pensée a conduit les aliénés et les personnes handicapées aux chambres à gaz.

À la suite de ce génocide, l'opinion publique était prête à avoir un tout autre regard sur l'enfermement des personnes souffrant de troubles psychiatriques, mais aussi, sur les fins de cet enfermement. La psychiatrie a été littéralement traumatisée par ce génocide systématique des malades durant la guerre, c'est ainsi qu'allait émerger les soins ambulatoires. Alors un grand nombre de rapports officiels ont recommandé d'étendre les équipes de psychiatrie au plus proche des citoyens, pour pouvoir développer la prévention, les soins et la postcure. (Principes de la sectorisation psychiatrique) (Roelandt, 2009).

¹ Jean-Baptiste Pussin, ancien malade devenu surveillant dans un premier temps de l'asile de Bicêtre, puis dans un second temps de l'asile de la Salpêtrière. Il était le bras droit du docteur Philippe Pinel et joua ainsi, à ses côtés, un rôle dans l'amélioration du sort des aliénés.

L'énergie progressiste administrative et celle déployée par certains médecin psychiatres était réelle, pour autant elle s'est heurtée aux politiques de gestion des asiles. De ce fait, la réforme de la psychiatrie n'a finalement jamais été amenée à son terme, tout du moins, en France.

Actuellement, les psychiatres ne sont pas encouragés, par l'État, à changer leurs pratiques trop centrées sur l'hôpital, les gestionnaires et les syndicats veulent maintenir sur un site hospitalier unique leurs activités, les politiques ont le souci de garder un bassin d'emploi concentré, les psychothérapeutes privés ont besoin de l'hôpital psychiatrique comme « *repoussoir* » et la population a peur que les « *fous soient lâchés dans la rue* » (*La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ?* | Cairn.info, s. d.).

Depuis la création du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), en 2007, il a été relevé, à maintes reprises, l'existence de carences dans la prise en charge de la santé des personnes souffrant de troubles psychiatriques chez les détenus, aboutissant à de lourdes conséquences pour ceux-ci. Alors que les ministres de la justice et de la santé ont annoncé une feuille de route² déclinant vingt-huit actions pour évaluer la santé des personnes incarcérées et le lancement d'une étude pour évaluer la santé mentale des détenus, le CGLPL dresse un constat accablant de cette situation et entend réaffirmer le principe d'une égalité réelle d'accès aux soins et de traitements entre les patients détenus et le reste de la population (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.). Le Contrôleur général des lieux de privation des libertés intervient à double titre s'agissant des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques : il s'assure du respect des droits fondamentaux liés à leurs statuts de détenus³ et de ceux qui s'attachent à leurs qualités de patients⁴.

Les constats du CGLPL portent sur des situations concrètes, comme les pathologies lourdes aggravées par l'enfermement et l'isolement, le risque de suicide accru et les conditions de détention qui perturbent l'accès aux soins, nuisant ainsi à leur efficacité et, finalement, privent la sanction pénale de son sens, toujours selon l'Avis cité (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.).

Trois facteurs principaux sont à l'origine de cette situation, il y a en premier lieu, la méconnaissance des pathologies affectant la population pénale, l'insuffisance des moyens institutionnels dans leurs prises en charge et la banalisation des atteintes quotidiennes aux droits fondamentaux, parfois de faible gravité, mais récurrentes.

La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) est très présente et aborde justement la question de la santé des personnes souffrant de troubles psychiatrique détenues au regard de l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui prohibe la torture et les traitements inhumains (DALLOZ Étudiant - Actualité: *L'application « par ricochet » de l'article 3 Conv. EDH aux*

² Le 2 juillet 2019, Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice, et Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé, ont présenté à la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy (Yvelines) la feuille de route 2019-2022 pour améliorer la prévention, l'accès aux soins et le repérage du handicap ou de la perte d'autonomie des personnes placées sous-main de justice.

³ Défense, conditions de détention, dignité, intégrité physique et psychologique, maintien des liens familiaux, accès aux activités, accès aux soins, réinsertion, etc.

⁴ Accès à une prise en charge équivalente à celle dont bénéficie la population générale, dignité et confidentialité des soins, libre choix du médecin, continuité des soins, etc.

prétendants à l'asile faisant l'objet d'une décision d'expulsion, d'expulsion"). La France a été condamnée plusieurs fois par la Cour, pour des raisons telles que le suicide en détention, les sanctions infligées aux personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison ou sur leur maintien en détention, sans que leur soit apporté de soins appropriés. La Cour a pu rappeler le devoir de vigilance pesant sur les États membres dans la prévention du suicide des prisonniers vulnérables, en s'attachant en particulier à déterminer si le sentiment de détresse provoqué chez ces personnes du fait de leur état psychique « excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention ».

Enfin, la Cour considère que les allers-retours entre les structures sanitaires et la détention peut faire obstacle à la stabilisation de l'état de santé de la personne malade et méconnaître à ce titre l'article 3 de la Convention (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.).

La France fait partie des États européens dont les prisons sont les plus encombrées et dont la population pénale augmente considérablement. Le 1^{er} janvier 2020, elle comptait 70 651 détenus pour 61 080 places, selon les statistiques de la population détenue et écrouée pour l'année 2020. La densité carcérale globale s'élève à 115,7%, marquant une légère baisse par rapport au 1^{er} janvier 2019 (116,5%).

La CEDH d'ailleurs dénonce cette surpopulation. Cette surpopulation concerne principalement les maisons d'arrêt, qui accueillent les prévenus en détention provisoire et celles dont la peine n'excède pas deux ans. La densité carcérale y atteint 138%, contre 90% en centre de détention (où les détenus purgent une peine supérieure à deux ans) et 74% dans les maisons centrales (réservées aux longues peines). En janvier 2020, 29% des personnes incarcérées étaient des prévenus. (*Prisons : une surpopulation chronique, la France condamnée par la CEDH | Vie publique.fr*, s. d.)

Il convient également d'aborder les causes principales d'incarcération en Europe. Comme indiqué par le rapport sur la population carcérale en Europe (*Population carcérale en Europe : où en est-on ? - AEDH*, s. d.) sans grande surprise ce sont les trafics de drogue qui apparaissent au premier rang avec 16,8%. Dans 8 pays d'Europe plus de 25% de la population carcérale est emprisonnée pour ce même motif (Islande, Estonie, Azerbaïdjan, Chypre, Italie, Grèce, Géorgie, Lettonie).

Viennent ensuite les vols sous leurs diverses formes, puis viennent les homicides et les viols 4,5%.

Le nombre de détenus en Europe s'établissait à 1 229 385 au 31 janvier 2018. C'est en tout cas ce qu'affirmait le rapport sur la population carcérale en Europe qui a été publié en avril 2019 et réalisé pour le Conseil de l'Europe par l'École des sciences criminelles de Lausanne (*Population carcérale en Europe : où en est-on ? - AEDH*, s. d.).

Ce rapport (*Population carcérale en Europe : où en est-on ? - AEDH*, s. d.) a été conçu à partir de données qui ont été recueillies dans 44 pays membres du Conseil de l'Europe. Cette étude démontre une baisse du taux d'incarcération en Europe. Alors qu'en 2016, pour 100 000 habitants il y avait 109,7 personnes incarcérées, il n'y en a plus au 31 janvier 2018 que 102,5 personnes incarcérées, ce qui représente une diminution de 6,6% en deux ans.

Il apparaît de grandes différences entre les pays d'Europe de l'est, telle que la Russie, où le taux d'incarcération est de 418,3 détenus pour 100 000 habitants, ou encore la Géorgie, 252 détenus pour 100 000 habitants, et les pays scandinaves comme la Finlande (51 détenus pour 100 000 habitants), la Suède (56,5 détenus pour 100 000 habitants), le Danemark (63,2 détenus pour 100 000 habitants) ou même, plus au sud, l'Allemagne (77,5 détenus pour 100 000 habitants). Par conséquent, le taux d'incarcération semble diminuer, ce sont les immenses disparités existant entre les pays d'Europe qui sautent le plus aux yeux à la lecture de cette étude.

Ce rapport présente un second intérêt majeur, celui de dresser une sorte de portrait-robot du détenu en Europe. Le trait caractéristique le plus marqué qui apparaît alors est la composition quasi-exclusivement masculine (95%) de la population carcérale.

Aussi, dans les pays de plus d'un million d'habitants, l'âge moyen de la population carcérale varie entre 32 et 43 ans.

Il apparaît également dans le présent rapport que 22,4% des détenus en Europe au 31 janvier 2018 n'avaient pas fait l'objet d'une condamnation définitive (ce chiffre était de 17,4% en 2016). Cette augmentation témoigne d'une tendance inquiétante à écrouer de plus en plus d'individus avant même qu'ils n'aient été jugés.

Parmi les détenus condamnés, 16% le sont pour une durée inférieure à un an et 24% pour une durée comprise entre 1 et 3 ans. 22,8% des détenus ont été condamnés pour des peines de prison supérieures à 10 ans, toujours selon le rapport.

La durée moyenne de l'emprisonnement en Europe est de 8 mois. Cette moyenne doit alerter sur les conséquences des courtes peines de prison sur la vie des personnes incarcérées, comme pour ce qui est de la réinsertion sociale des individus, la réinsertion professionnelle, les récidives. Également, même si de manière positive, les personnes incarcérées ne passent pas plus de 8 mois enfermées, ça veut aussi dire qu'il y a un mouvement d'enfermement des personnes sur de très petites durées. Grand nombre d'alternatives à la prison existent (*Population carcérale en Europe : où en est-on ? - AEDH, s. d.*) et c'est vers ces alternatives qu'il convient de se tourner afin de pouvoir orienter les détenus condamnés à de courtes peines de prison. On peut citer en tête de ces peines alternatives, la libération sous condition ou encore les travaux d'intérêt généraux peuvent être développés. À ce sujet, le modèle finlandais est plutôt inspirant. D'autres modèles structuraux aussi existent chez nos voisins suisses et belges.

Pour autant, un problème se cache derrière les courtes peines, c'est bien évidemment la surpopulation carcérale, c'est-à-dire, remplir les prisons d'individus à qui on pourrait trouver d'autres sanctions ou d'autres lieux appropriés à leurs pathologies, ce qui entraînent un taux de population excédant la capacité d'accueil. C'est le cas de 12 pays européens qui pour 100 places de prison ont respectivement : 100,5 détenus pour le Danemark et la Slovénie, 100,7 pour l'Autriche, 101 pour la Grèce mais surtout 105,5 pour la République Tchèque, 105,9 pour le Portugal, 109,2 pour la Serbie, 113,4 pour la Moldavie, 115 pour l'Italie, 116,3 pour la France, 120,5 pour la Roumanie et 122,3 pour la Macédoine du Nord, comme le souligne le rapport (*Population carcérale en Europe : où en est-on ? - AEDH, s. d.*).

A la surpopulation carcérale se joint une autre ombre au tableau, déjà que les détenus sont relativement laissés pour compte, une autre catégorie dans cette catégorie souffre, ce sont les personnes souffrant de troubles psychiatriques arrivant dans le système détention/prison.

En France, il est comptabilisé environ 3 millions d'individus souffrant de troubles psychiatriques sévères. Ces troubles se situent au troisième rang des maladies les plus habituelles, juste derrière les cancers et les maladies cardio-vasculaires. La santé mentale, est un droit de l'Homme.

Des études se sont concentrées sur la fréquence des pathologies psychiatriques en détention en France. Bruno Falissard, a menée en 2004, une étude de référence, (Falissard et al., 2006) mettant en évidence la présence considérable de troubles psychiatriques chez les détenus, ainsi 21,3% de troubles psychotiques dont 7,4% de schizophrénie; 40,4% de syndromes dépressifs; 31,3% de troubles alcoolique et 37,8% de troubles de l'usage de substances psychoactives. Il faut évidemment mettre ces études en perspective avec les études internationales qui établissant environ une fréquence 4 à 10 fois supérieure des pathologies psychiatriques en prison par rapport à la population générale (Fazel & Seewald, 2012). Il faut toutefois relativiser ces chiffres, car ces troubles peuvent finalement préexister à l'entrée en détention mais aussi, peuvent découler de la privation de liberté. En résumé, il est difficile de dire si le trouble préexiste à l'incarcération ou s'il s'est développé à l'intérieur de la prison.

Une étude récente, réalisée dans les Hauts-de-France ⁵ (*Prévalence des troubles psychiatriques en prison*, s. d.) indique que 70 % des personnes qui entrent en prison souffrent d'au moins un trouble psychiatrique au moins et que près d'une personne sur deux en cumule plusieurs, alors que le taux de prééminence de troubles mentaux sur la population générale en France est de 32% (Masson, s. d.) et (Roelandt et al., 2003). La particularité de cette étude est qu'elle se polarise sur les individus qui arrivent en prison, il en ressort qu'une part importante des personnes qui entrent en prison, avant même de l'avoir expérimenté, ont déjà un problème de santé mentale. On peut constater également qu'il y a pour essentiel des hommes (96,5 %), des jeunes (32 ans en moyenne), ayant un faible niveau d'études (47,4 %), pas d'emploi (33,6%) et dont 42,4% ont déjà connu une incarcération (Epsm-Sarthe, 2018.).

Sur ces points, l'étude confirme une autre étude réalisée en 2001 au Service médico-psychologique régional (SMPR) de Lyon qui nous renseignait que 40 % des personnes entrant en prison ayant des troubles psychiatriques, étaient en majorité des hommes (94%), des jeunes (31 ans en moyenne), et avec d'importants problèmes d'insertion sociale (dont 12% de personnes sans-abri) (Prieto N, Faure P, 2018.). Une étude réalisée à Lille sur ce même thème entre 1989 et 1995 donnait également les mêmes résultats.

Ainsi, en 2000 des rapports ont dénoncés cette situation des plus inquiétantes, c'est cas d'un rapport de Sénat et d'un rapport de l'Assemblée National qui effectivement dénonçaient le nombre toujours aussi constant de personnes souffrant de détenues en France troubles mentaux (*Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport)*, s. d.). Les auteurs dénonçaient ainsi qu'il s'agissait d'une « *humiliation pour la République* ⁶»

⁵ Cette étude a été conduite par le CHU de Lille avec la participation de la Fédération de recherche en psychiatrie et en santé mentale des Hauts de France et le CCOMS dans 8 des 9 maisons d'arrêt de la région Hauts-de-France et a inclus 653 personnes majeures. Elle s'est déroulée entre mars 2014 à avril 2017. Cf. Fovet T. et al, Prévalence des troubles psychiatriques en prison, Santé mentale, 227, avril 2018, p. 32-38.

⁶ D'autres problèmes de santé sont fréquents en prison : les pathologies infectieuses, le VIH et les hépatites, les pathologies cardiovasculaires, les cancers et les pathologies bucco-dentaires. Par ailleurs, l'accès aux soins étant très limité, les détenus souffrent de pathologies non psychiatriques et psychiatriques graves, ne peuvent pas être soignées correctement, par exemple, le transfert vers des hôpitaux où des examens complémentaires peuvent être réalisés reste très difficile.

(Avenue et al., 2016). Une commission sénatoriale en 2009/2010 s'est efforcée de trouver un moyen de lutter contre cette situation (*Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? - Sénat*, s. d.). En 2016, Human Rights Watch a également à son tour, publié un rapport qui dénonçait la « double peine » dont étaient victimes les personnes atteintes de pathologies psychiatriques en prison en France et donnait un certain nombre de recommandations sur le sujet (Laporte et al., 2018). Ce problème a été aussi largement étudié à l'étranger (Belcher, 1988) et de là est né des programmes dont l'objectif principal est de réduire le phénomène d'emprisonnements successifs qui affecte tout particulièrement ce type de population (Metraux & Culhane, 2006.) et (*La santé des personnes sans chez soi*, 2010.) Il a donné lieu, tout particulièrement, à des études qui examinent les phases différentes et les interactions institutionnelles qui caractérisent les parcours de ces personnes souffrant de troubles psychiatriques, de leur arrestation jusqu'à l'entrée en prison, en comprenant les mécanismes qui mènent à l'incarcération, il est possible de repérer les moyens de les réduire.

En France et dans beaucoup d'autres pays, il existe un croisement entre les troubles psychiatriques, la grande précarité et les incarcérations, tout particulièrement, du fait d'un manque patent de croisement des études socio-économique des détenus et sur leur santé mentale. Néanmoins, il existe des données chiffrées, les chiffres du Ministère de la justice nous renseignent que 7 % des personnes entrant en prison et 14 % des personnes sortant de prison n'ont pas de solution d'hébergement. En 2015, une « enquête Flash », a également pointé le fait que 16,7% des personnes entrant en prison et 15% des personnes sortant de prison sont dépourvus de logement (Étude des sortants de détention, 2017.).

L'étude de la direction de l'Administration pénitentiaire (Beaurepaire, 2005.) réalisée à Lyon chez les personnes entrant en détention en 2001 montre que la majorité des détenus sont des jeunes hommes (la moyenne étant de 32 ans), 20% sont des étrangers, 51% sont sans emploi, 52% ont un niveau scolaire très bas et 58% n'ont pas de formation professionnelle; 40% ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, 20% sont sans logement stable et 40% environ n'ont pas un logement personnel. Une étude fut également réalisée à Lille sur ce même sujet et allait dans le même sens, ainsi 56% n'avaient pas de qualification professionnelle et 62% étaient sans emploi (Duhamel et al., 2001) L'étude SAMENTA, réalisée elle, en Ile-de-France a démontré que, parmi les personnes sans logement, 39,7 % présentaient au moins un trouble psychiatrique sévère. Les troubles psychotiques ont été repérés chez 16,9 % d'entre eux (dont 16,5 % de schizophrénies), les troubles sévères de l'humeur chez 8,9 % et les troubles anxieux chez 16,5 % (Laporte & Chauvin, 2004).

En France, il existe une étude sur la surreprésentation des troubles psychiatriques en prison qui se focalise sur deux hypothèses (Protais, 2019) et (Macheret-Christe, Gravier, 2019⁷), celle de la raréfaction de non-lieux psychiatriques qui serait en lien direct avec la responsabilisation des malades mentaux; mais aussi l'hypothèse de la « désinstitutionnalisation », qui serait en lien avec la baisse du nombre de lits d'hospitalisation conduisant à un transfert d'une partie de la population atteinte de troubles psychiques de l'hôpital à la prison.

En France le croisement entre les troubles psychiatriques sévères, l'extrême précarité et les incarcérations répétées reste une question peu étudiée du fait du manque de croisement des

⁷ Ces deux hypothèses guident aussi les différents rapports sur la surreprésentation des troubles psychiatriques sévères en France, que ce soit les rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale déjà mentionnés, ou celui de Human Right Watch.

données sur le profil socio-économique des détenus d'une part, et sur leur santé mentale de l'autre.

Selon les travaux réalisés par Caroline Protais⁸, l'évolution des pratiques d'expertises vers une responsabilité est alors régulièrement accusée de contribuer à l'augmentation des malades psychiatrique en prison.

L'expertise va de la deuxième guerre mondiale à aujourd'hui vers une responsabilisation des malades mentaux : il y a eu un véritable mouvement de « *responsabilisation* ».

L'article 122-1 Code Pénal (CP) nous apporte l'idée selon laquelle la loi serait thérapeutique pour le malade mais aussi pour les victimes et leurs familles. Du fait du mouvement nés dans les années 70 de gauchistes et intellectuels qui voulaient une désinstitutionalisation, tout cela, en s'appuyant sur la conviction que les malades mentaux ne sont pas des aliénés mais des individus comme les autres Ainsi fin des années 70, les actes des « *aliénés* » deviennent plus responsabilisant. Il faut noter, toutefois, que cela ne peut pas exprimer la présence d'un nombre important de personnes ayant des troubles psychiatriques incarcérés par voie correctionnelle, (*Rapport D`information*, s. d.) où subsiste aucune expertise systématique (expertise médicale avant jugement n'est pas obligatoire en vertu de l'art 706-47 du Code de Procédure Pénal (CPP).

Plus de 30% de la population carcérale, en détention provisoire n'a pas encore été jugée et n'a donc pas nécessairement fait l'objet d'une expertise psychiatrique, seulement pour ceux ayant commis des crimes font l'objet d'une expertise. Il faut se questionner sur la places des personnes ayant des troubles mentaux en prison, mais aussi, sur la pratiques des expertises établies par les médecins, tout en essayant de saisir le fonctionnement institutionnel de la justice (Protais & Moreau, 2009).

Une autre hypothèse a expliqué la surreprésentation de personnes atteintes par des troubles psychiatriques en situation de grandes précarité en prison, et qui est mobilisée par des études, c'est le processus de désinstitutionalisation qui serait la cause de ce problème du nombre de lits en hospitalisation complète au sein des établissements psychiatriques publics en France, qui a été divisé par 5 en 40 ans (Observatoire International des, s. d.).

Les références historiques montrent que les critiques au processus de désinstitutionalisation et à sa responsabilité dans la présence d'un nombre considérable de détenus qui souffrent de troubles psychiatriques, doivent être prises avec prudence.

Ces études doivent être mises en parallèles avec les études réalisées à l'international, celle-ci établissent une fréquence moyenne quatre à dix fois supérieures des pathologies psychiatriques en prison par rapport à la population générale.

⁸ Docteure en sociologie, Caroline Protais est spécialisée dans l'étude des relations entre l'univers pénal et la santé mentale.

Chargée d'études à l'unité FOCUS, elle assure à la fois le suivi des études auprès des publics sous-mains de justice (détenus, suivis en milieu ouvert, PJJ) et celles concernant les publics vulnérables. Elle pilote ou participe à des enquêtes qualitatives en lien avec l'équipe et des partenaires scientifiques sur ces thématiques et contribue aux analyses transversales de l'unité (pratiques professionnelles, autres publics spécifiques, TREND, etc.).(Caroline Protais - OFDT, s. d.).

Comme le mentionne les auteurs, il faut tout de même interpréter ces chiffres avec précaution, car les pathologies psychiatriques peuvent effectivement résulter de la privation de liberté mais aussi, préexister à l'entrée en prison/détention.

Une étude récente, menée dans les Hauts-de-France montre que 70% des personnes arrivant en prison souffrent d'une pathologie psychiatrique et qu'une sur deux en cumulent plusieurs, tout cela est à mettre en corrélation avec le fait que sur la population générale en France, le taux de prévalence concernant les troubles psychiatriques est de 32%, cette étude traite le sujet plus ciblé des personnes arrivant en prison/détention.

En France, l'analyse de la surreprésentation des troubles psychiatriques en prison s'est focalisée sur deux théories (Bujon et al., s. d.), la raréfaction de non-lieux psychiatrique qui peut certainement s'expliquer par une tendance à la responsabilisation des personnes présentant des troubles psychiatriques.

Mais aussi, du fait d'une « *désinstitutionnalisation* », qu'il faut entendre comme le processus de transfert, qui avec la baisse constante de lits d'hospitalisations aurait pu conduire, une partie des personnes atteintes de troubles psychiatrique de l'hôpital à la prison.

Il ne faut pas omettre également, que ces personnes souffrant de troubles mentaux en majeure partie, souffrent aussi de grande précarité, ainsi les pathologies psychiatriques sévères et la grande précarité, du point de l'interpellation à celui de l'incarcération seraient des facteurs, pour ainsi dire, presque inséparables.

Ces deux phénomènes, en effet, sont donc les troubles psychiatriques et la grande précarité et jouent contre les personnes en souffrant, dans leur prise en charge et leur incarcération.

La raréfaction de non lieux psychiatrique est grandissante du fait donc de la « *responsabilisation* » émanant du droit pénal. Cette responsabilisation a été un sujet de débat chez les psychiatres dans les années 2000-2010, plus précisément, ce fut un débat axé sur l'expertise psychiatrique et son évolution.

Il y a d'un côté les experts qui sont accusés de contribuer à cet accroissement permanent des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison.

La sociologue, Caroline Protais s'est focalisée sur ce sujet, elle nuance pour autant le discours concernant la baisse effrayante des non-lieux psychiatriques et le ramène à des proportions plus justes, elle rapporte ainsi que les chiffres donnés concernant la baisse des non-lieux est surévalué.

L'auteure étudie sur un siècle ces pathologies sévères évoluant dans le temps en Europe, elle nous livre une « *zone de désaccord entre des experts plutôt favorables au principe d'irresponsabilité psychiatriques et d'autres, qui cherchaient à l'appliquer de manière moins extensive* » (Lafaye et al., s. d.). Son constat est « *un déplacement de cette zone à cause du temps qui dessine les contours d'une évolution vers une pratique de l'expertise plus responsabilisant à l'égard des malades mentaux ayant commis des infractions* ».

Selon Caroline Protais, l'attitude des psychiatres a changé dans les années 70 vis-à-vis de la maladie mentale, les années 70 auraient vu émerger les revendications des psychiatres militants tout autant que les intellectuels de gauche qui critiquaient le monde et mettaient alors en place un processus de désinstitutionnalisation.

À l'époque, ils s'appuyaient sur le fait que les personnes souffrant de troubles psychiatriques n'étaient pas des aliénés, mais des individus comme les autres.

C'est cette analyse qui semble avoir amené l'expertise psychiatrique comme bien plus responsabilisant.

Pour autant, ce n'est pas ce qui peut nous permettre d'appuyer les raisons pour lesquelles il y a une présence trop importante d'individus ayant souffert de troubles psychiatriques sévères, incarcérés par la voie correctionnelle, en effet, la grande majorité des détenus ont commis des délits.

La population pénale passe majoritairement par la voie correctionnelle, c'est par cette voie qu'elle attend son jugement, le gros problème étant que dans cette voie correctionnelle, il n'existe pas d'expertise systématique.

En procédure de comparution immédiate (CI), il y a bien, à l'initiative du Procureur de la République, une enquête sociale obligatoire qui est réalisée (*Rapport D'information*, s. d.).

Mais celle-ci n'implique pas que soit réalisée une expertise psychiatrique, qui de toute façon, serait incompatible avec les délais de la procédure de jugement⁹.

Il faut bien se rendre compte qu'environ 30% de la population carcérale qui est en détention provisoire, donc qui n'a pas été jugée, n'a pas nécessairement reçue la visite d'un expert psychiatrique, sauf pour ceux-ayant commis un crime. L'auteure nous dit « la présence des malades mentaux dans les prisons questionne donc, au-delà des seules conclusions de l'expert psychiatrique, le fonctionnement institutionnel de la justice » (Lafaye et al., s. d.).

Pour la seconde hypothèse, cherchant à expliquer la surreprésentation des malades mentaux en situation de grande précarité dans le système carcéral que l'on retrouve dans plusieurs études et souvent critiquée, il s'agit du processus de désinstitutionalisation.

On a vu (*Malades psychiques en prison: une folie | Le Club de Mediapart*, s. d.) que le nombre de lits d'hospitalisation en établissements psychiatriques publics a été divisé par 5 en 40 ans, passant alors de 170000 lits à 35000 lits en 2015.

A la fermeture des asiles dans les années 60-70, un nouvel élan est apparu dans la psychiatrie, celui de la politique de secteur qui allierait dans les périodes de « crise » une structuration lourde étant l'hospitalisation mais avec l'objectif premier d'être toujours tourné vers la sortie prochaine du malade, avec un accompagnement toutefois en ambulatoire lors des phases « stables », l'enfermement n'était donc plus une solution.

Des études soutiennent qu'il y a un rapport direct entre la suppression de lits dans les hôpitaux psychiatriques à partir de ces années-là, et le nombre de détenus, c'est une hypothèse proposée

⁹ Le code de procédure pénale ménage cependant la possibilité pour le tribunal, ou à la demande des parties, de leurs familles ou de leurs avocats, de commettre par jugement certains de ses membres ou certains juges d'instruction de la juridiction pour procéder à un supplément d'information comportant éventuellement un examen médico-psychologique (article 397-2 du code de procédure pénale). De même, si le prévenu ne consent pas à être jugé immédiatement ou si l'affaire ne paraît pas en état d'être jugée, le tribunal, après avoir recueilli les observations des parties et de leur avocat, peut renvoyer l'affaire à une audience qui doit avoir lieu dans un délai qui ne peut, en principe, être inférieur à deux semaines (article 397-1 du même code). Dans tous les cas de renvoi, le prévenu ou son avocat peut demander au tribunal d'ordonner tout acte d'information qu'il estime nécessaire à la manifestation de la vérité relative aux faits reprochés ou à la personnalité de l'intéressé (article 397-1).

par Lionel Penrose, mathématicien et psychiatre britannique, pour lui, les malades les plus fragiles auraient été transférés de la case asile à la case prison.

Penrose a observé en 1939, dans son étude transversale faite à l'intérieur de 18 pays différents, qu'il existe une relation entre la réduction des lits en milieu psychiatrique et l'accroissement des détenus en prison. Si on constatait qu'une des deux augmentait, alors l'autre déclinait à la même allure.

Les conclusions de Lionel Penrose sont que l'accroissement des lits en psychiatrie permettent une réduction des crimes, mais aussi, cela permet en amont de gérer des crimes avant qu'ils ne soient commis.

Ainsi, cette étude de Penrose pourrait nous donner des indications importantes permettant de nous faire comprendre pourquoi au sein de pays où le nombre de lits d'hospitalisation psychiatriques sont limités, il n'y a plus de places au sein des prisons et inversement.

On caste également que le problème des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison est ancien, mais aussi à l'époque où les asiles fonctionnaient toujours, nous arrivions à une proportion comparable à la situation actuelle.

En 1840, Louis Francisque Lélut, médecin français, constatait que « *le chiffre des aliénés en prison est de 7 ou 8 fois plus élevé qu'il ne l'est dans la population libre* ».

Ne pouvant pas à l'époque accuser la désinstitutionnalisation due au fonctionnement tout azimute des asiles, il était donc à l'époque plutôt dénoncé le déroulement de l'organisation de l'arrestation à l'incarcération, tout autant que le manque des professionnels de la psychiatrie à identifier des pathologies psychiatriques.

La question de la surreprésentation des personnes souffrant de troubles psychiatriques (*Prisons : une surpopulation chronique, la France condamnée par la CEDH | Vie publique.fr*, s. d.) dès lors, a traversé l'histoire tout en ayant des estimations toujours relativement constantes. Il est donc complexe de se borner à la rattacher seulement à la désinstitutionnalisation.

Cette constatation rejoint celle établie par Caroline Protais concernant comme vu précédemment, le problème de la « responsabilisation ».

L'autre argument retenu (Roelandt et al., 2003) concernant la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire la relation inverse entre le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et le nombre de détenus pose tout autant question.

On a constaté cette relation inversée plusieurs fois dans l'histoire, que ça soit, durant la première guerre mondiale ou la seconde d'ailleurs, lorsque les asiles étaient complètement vides du fait de la famine qui provoquait un grand nombre de morts, les prisons elles, étaient pleines à craquer par les déserteurs de guerre.

L'économie, la famine, la politique ont toujours eu des répercussions sur ces deux institutions qui sont les structures psychiatriques et la prison.

Ces constatations historiques peuvent nous conduire à nous poser la question de la relation des chiffres liant ces deux institutions.

Cela nous renvoie aussi à nous demander comment le système carcéral et asilaire ont pu avoir en leur sein des personnes considérées hier comme aujourd'hui comme en marge de la société (Gautron, 2014).

Il faut aussi garder en tête que même si les chiffres de l'internement en psychiatrie et ceux de l'incarcération se sont croisés dans les années 70, l'augmentation de l'emprisonnement a commencé que 20 ans après la diminution des lits d'hôpitaux en psychiatrie.

Finalement, elle ne saurait être séparée d'un contexte économique-politique conduisant alors à une montée d'incarcérations dans nombreux pays à partir de la fin des années 80.

Des études récentes (Blüml et al., 2015) et (Mundt et al., 2012) nous montrent que lorsque nous sommes en période de « crise » économique, les inégalités sociales dans la population sont d'autant plus grandes et les incarcérations sont alors plus fréquentes.

Cela nous indique qu'il faut aussi prendre en considération les choix de la politique d'une société donnée au sujet de la sécurité, peuvent avoir un impact sur la justice, amenant donc à recourir à des peines de prison ferme.

On ne doit pas oublier qu'en dehors d'un facteur favorisant, étant, l'extrême pauvreté chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, il y a d'autres facteurs extrêmement liés favorisant l'incarcération, comme la culture, la religion, les liens familiaux également.

Selon Lenore Blum, née le 18 décembre 1942 à New York, une mathématicienne américaine, les études en relation avec les travaux de Penrose devraient prendre en compte ces facteurs afin que les résultats soient significatifs, pour Blum, Penrose a une vision très restrictive de la maladie mentale et des personnes en souffrant.

Problématique :

Il conviendra d'axer ce travail sur les systèmes de repérage des troubles psychiatriques dans des contextes de garde à vue (GAV) et de comparution immédiate (CI) jusqu'à la prison, et ainsi, de pouvoir mettre en corrélation ces filières avec des facteurs institutionnels associés qui pourraient alors faciliter l'incarcération pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques et d'en étudier les limites et améliorations possibles.

Dans une première partie, sera étudié le fonctionnement de la garde à vue (1.1) puis sur la comparution immédiate (1.2) en examinant les mécanismes qui peuvent faire de ces filières une véritable porte d'entrée en prison pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

En France, l'étude des dispositifs permettant de repérer et de prendre en charge ces personnes dans les filières de la garde à vue et de la comparution immédiate fut négligée, même s'il est vrai qu'il existe divers travaux et recommandations qui montrent l'importance d'étudier ces filières et leurs fonctionnements afin de pouvoir comprendre le nombre important de personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison (*Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ?* - Sénat, s. d.).

Il sera question dans une dernière partie, d'étudier les limites rencontrées dans la prise en charge des soins psychiatriques aux personnes détenues concernées. Très peu d'études épidémiologiques sont réalisées ce sujet, la plupart sont anciennes et ne permettent pas de mettre en place les bons mécanismes pour pallier aux limites que l'on rencontre à travers de nombreux tableaux tels que la justice, le personnel pénitentiaire manque de moyens pour appréhender ces pathologies mentales, la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques est inégale et incomplète, l'accès aux soins dans une surpopulation carcérale constante et dans un contexte de manque de moyens dans le secteur psychiatrique ont de lourdes conséquences, ainsi la crise démographique de la psychiatrie française se ressent plus encore en prison qu'ailleurs. Malgré les lois, l'accès aux soins est très inégal selon que les personnes détenues sont ou non affectées à un établissement doté d'un SMPR mais il est aussi question d'une inégalité de la répartition territoriale et d'un nombre trop faible d'UHSA en France qui entraîne ainsi des dérives au sein du système des soins psychiatriques prodigués aux détenus, un dysfonctionnement entraînant trop souvent la répétition de condamnations et surtout qui prive le détenu de son droit à la santé. (1.1)

Rien ne doit jamais être figé, c'est pourquoi pour pallier aux problématiques et limites abordées, Eric Piel et Jean-Luc Roelandt dans un rapport portant leurs noms, nous éclairent sur les différentes limites qui pourraient en étant prises différemment pourraient être améliorée durablement les prises en charges en psychiatrie des personnes souffrant de pathologies mentales, cela passe tout d'abord par le respect des droits des détenus et leurs accès aux soins.

Il faut soutenir et donner une caution médicale et scientifique à la psychiatrie afin d'obtenir une prise en charge égalitaire et efficiente des détenus. Outre le rapport des Docteurs Piel et Roelandt, la contrôleur générale des lieux de privation de liberté Adeline Hazan propose elle aussi dans son rapport des solutions concrètes pour répondre à la problématique des troubles mentaux chez les détenus, une association a même lancé le pas avec une étude, il s'agit de Médecin Du Monde. Il conviendra enfin de voir si l'herbe est plus verte chez nos voisins, avec des exemples suisses et belges de prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques (1.2).

Première partie : Le fonctionnement des filières de garde à vue (GAV) et de comparution immédiate (CI)

Nous nous pencherons dans un premier temps sur le fonctionnement de la garde à vue (1.1.1) puis sur la comparution immédiate (1.2.1) en examinant les mécanismes comportant de véritables limites qui peuvent faire de ces filières une véritable porte d'entrée en prison pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

1.1 Sous-partie 1 : La GAV des personnes présentant des troubles psychiatriques

Il nous faut d'abord comprendre le fonctionnement de la garde à vue en France dans ses termes généraux. Il paraissait fondamental de rappeler son cadre légal, les professionnels qui sont censés y intervenir et le rôle que les psychiatres viennent jouer.

La garde à vue réside au croisement entre le fonctionnement de la justice, le pouvoir de la police, les pressions exercées par la société, la santé publique et enfin la médecine.

Comme abordé dans l'introduction, le rôle principal de la psychiatrie en garde à vue n'a fait l'objet, en France, que de peu d'études pratiques (Zocchetto, s. d.) et on connaît très mal la façon dont s'organisent les professionnels de santé dans ce domaine et les difficultés qu'ils rencontrent.

Le but principal de cette partie, sera de rappeler le cadre légal de la garde à vue et de rappeler le rôle du psychiatre selon les textes de loi dans cette filière qu'est la garde à vue et d'en connaître les recommandations, à l'aide des études existantes sur la garde à vue et la comparution immédiate, nous allons voir comment ces deux filières procèdent pour détecter les troubles psychiatriques chez les personnes en présentant les troubles.

1.1.1) Données générales et cadre légal

La garde à vue (*Garde À Vue - HAS*, s. d.) a pour objet immédiat de maintenir une personne suspecte lors d'une enquête judiciaire ou pendant la phase d'instruction sur commission rogatoire demandée par le juge d'instruction. La personne suspecte est alors à la disposition d'un officier de police judiciaire. Elle a donc pour conséquence de priver la personne qui la subit de sa liberté d'aller et de venir (*Garde À Vue - HAS*, s. d.).

La garde à vue donne la possibilité aux enquêteurs de police judiciaire d'interroger la personne suspecte et de mener une enquête judiciaire afin de vérifier l'authenticité de ses déclarations, tout en empêchant la destruction des preuves et indices. La garde à vue permet également de s'assurer que le gardé à vue ne s'échappe pas. Une grande partie des personnes jugées en comparution immédiate le sont immédiatement après leur garde à vue, souvent à la suite d'un flagrant délit. Aussi, la garde à vue a pour but de garantir la protection de la société en faisant cesser toute infraction d'un supposé auteur. Face à cette forme de privation de liberté qu'est la garde à vue (*Format Acrobat*, s. d.) à tout moment, le Contrôleur général des lieux de privation

de liberté¹⁰ (Gomez, s. d.) peut organiser une visite pour s'assurer de la légalité de celle-ci. Selon la loi, une personne suspecte peut être placée en garde à vue à condition qu'il existe suffisamment de raisons de suspecter qu'elle a « *commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement* » (Article 62–2 CPP¹¹). Le Juge d'instruction ou le Parquet, dès la mise en œuvre de cette mesure, doivent être informés et ainsi pourront décider de la levée de la garde à vue. Elle est prononcée pour 24 heures¹² et dans des circonstances particulières peut être prolongée de 24 heures, ces circonstances particulières sont effectivement liées à la gravité de l'infraction, et cela ne peut être exercé qu'à la demande du Préfet. Les juges des libertés et de la détention eux, interviennent lors de la prolongation de la garde à vue, pour les affaires graves telles que le terrorisme ou le trafic de stupéfiants. Ainsi, la prolongation peut atteindre une durée de 72 heures (Exception faite en cas de terrorisme par exemple, elle peut être prolongée de 96h à 144h). La garde à vue donc peut en définitive, avoir une durée très variable. Le plus fréquemment, la garde à vue à lieu dans un commissariat ou, souvent, dans les locaux de la police et de la gendarmerie. Dans certains tribunaux de Grandes Instances, accueillent aussi des gardes à vues. Cependant, il est également possible qu'une personne puisse être gardée à vue à n'importe quel endroit, notamment par exemple chez elle, lors par exemple d'une perquisition, ou dans un véhicule de police, lorsque des contrôles sont effectués. Pour être en garde à vue il faut être âgé de 13 ans ou plus. Lors de son arrivée en garde à vue, l'officier

¹⁰ La loi du 30 octobre 2007 a créé un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, une autorité administrative indépendante, pour veiller au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Initialement, cette instance s'occupait seulement du milieu pénitentiaire, puis son intervention a été étendue à Tous les lieux de privation de liberté en montrant une volonté de la France de s'engager sur la Convention contre la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants, adoptée le 18 décembre 2002 à New York. En 2018, le Contrôleur des lieux de privation de liberté a passé 88 jours dans des locaux de GAV pour évaluer si les droits des citoyens étaient respectés.

¹¹ Cela n'a pas toujours été le cas. En 2011, un rapport de la Commission des lois pointait une augmentation du nombre des GAV, en France, pour des infractions qui ne semblaient pas justifier cette mesure et plusieurs décisions du Conseil Constitutionnel et de la Cour de Cassation demandaient un changement du cadre légal de la GAV, ce qui a conduit à la loi du 2011, qui précise que la GAV doit se limiter aux infractions punies d'une peine d'emprisonnement. Nous renvoyons à la lecture de la thèse de C. Vidal, *Psychiatrie en garde à vue : examen du comportement et place d'une démarche de soins*. (Université Paris 7, 2016.).

En 1974, une ratification de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ; les travaux de la Commission « Justice pénale et droits de l'Homme » ainsi qu'une condamnation par la Cour Européenne des Droits de l'Homme en 1992 pour des violences commises au cours d'une GAV par des policiers contre un gardé à vue à conduit à repenser, le cadre légal de la GAV afin de mieux protéger les droits des suspects tout en permettant à la police de mener son enquête d'une façon efficace. Rappelons que la GAV existe, en France, depuis 1958. Auparavant, le délai de présentation de la personne soupçonnée d'avoir commis une infraction devant le juge, était utilisé comme une sorte de réquisition préventive, ce qui correspondait à une GAV. La pratique de la réquisition préventive aurait pu être interdite, étant une forme de privation de liberté d'une personne qui n'avait pas été jugée. L'autre choix, qui se présentait, dans le débat politique de l'époque, était celle d'inscrire cette pratique dans un cadre légal afin de lui donner une reconnaissance officielle. L'importance de plus en plus grande qui était accordée à l'enquête et au rôle du corps de la police, dans son déroulement, a amené à choisir la deuxième option.

¹² Le rapport annuel (2018) du Contrôleur des lieux de privation de liberté rapporte le fait que la durée de la GAV est parfois décidée en fonction de questions purement logistiques, ce qui est un non-respect des droits des citoyens : « Sur tous les sites où les forces de police ne sont pas en mesure de recevoir des instructions du parquet après une certaine heure, des personnes peuvent être placées en garde à vue une nuit complète pendant laquelle rien ne se passe et au terme de laquelle une remise en liberté immédiate peut être décidée. Les contrôles du CGLPL ont ainsi relevé un grand nombre de privations de liberté inutiles. À cet égard, le CGLPL a été surpris de constater qu'en dépit de ses recommandations sur la prolongation injustifiée de gardes à vue de nuit en banlieue parisienne, le projet de loi de programmation pour la justice consacre la possibilité de prolonger la garde à vue aux seules fins de permettre un déferrement pendant les heures ouvrables dans les juridictions dans lesquelles il n'existe pas de dépôt, essentiellement pour des raisons de confort des services de police et des magistrats ». (*Rapport 2018 de la commission de suivi de la détention provisoire*, s. d.)

de police judiciaire doit expliquer à la personne suspecte la durée maximale de la garde à vue qui lui sera soumise, ainsi que l'infraction pour laquelle elle est suspectée. L'officier de police judiciaire se doit aussi d'expliquer ses droits étant les suivants :

- Le droit d'être examinée par un médecin¹³, qui peut être sollicité par l'officier de police ou par un membre du Parquet, par le gardé à vue ou par sa famille.
- Le droit de faire prévenir par la police ou la gendarmerie toute personne avec qui elle vit habituellement ou un membre de sa famille et son employeur.
- Le droit d'être assistée par un avocat, choisi par elle ou commis d'office
- Le droit d'être assistée par un interprète
- Le droit de se taire
- Le droit de présenter des observations au magistrat chargé de la prolongation de la GAV.(*LES DROITS DE LA PERSONNE GARDEE A VUE - Légavox, s. d.*).

La confrontation et l'audition de la personne gardée à vue est réalisée sous la direction de l'agent de police judiciaire ou de l'officier de police. La personne gardée a le droit de demander un avocat, soit son propre avocat ou un avocat qui sera commis d'office, l'avocat n'aura pas d'accès au dossier de la procédure, il pourra prendre la parole qu'après la fin des auditions et des confrontations. L'avocat doit pouvoir se présenter dans les deux heures, après avoir été contacté, à l'issue de ces deux heures, les auditions pourront commencer malgré son absence. Ce délai rend difficile l'intervention de l'avocat. Le premier entretien entre l'avocat et son client peut durer jusqu'à 30 minutes.

À l'issue de chaque confrontation ou audition du gardé à vue à laquelle l'avocat peut assister, l'avocat peut poser des questions, questions auxquelles les agents de police peuvent s'opposer si elles semblent nuire au déroulement de l'enquête. Après une garde à vue, les suites peuvent être multiples (classement sans suite, la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité, le renvoi en comparution immédiate, la convocation par officier de police judiciaire et enfin l'ouverture d'une information judiciaire).

Il a été constaté que le nombre de garde à vue entre 2005 et 2010 (hormis les délits routiers), en France, a augmenté de 498 555 en 2005 à 523 029 en 2010, avec une hausse maximale de 580 108 en 2009(*N° 157 - Rapport de M. Jean-Luc Warsmann sur le projet de loi, adopté avec modification par le Sénat après déclaration d'urgence, d'orientation et de programmation pour la justice (154) - XIIe législature - Assemblée nationale, s. d.*).

La personne gardée à vue a la possibilité de demandé un examen médical, si la personne elle-même concernée n'a pas sollicité cet examen, il peut être mis à profit l'avis de sa famille en application de l'article 63-2 du Code de Procédure Pénale (CPP) ou cela peut être ordonné. Le médecin réalisant l'examen aura comme mission principale de certifier l'aptitude au maintien en garde à vue.

¹³ L'examen médical est un droit pour le gardé à vue et une garantie pour l'autorité publique, les conséquences de l'absence de la prise en charge de pathologies comme le diabète ou l'épilepsie engagerait leurs responsabilités. Par ailleurs, l'examen médical permet de constater des lésions sans qu'elles soient imputées aux forces de l'ordre.

1.1.2 L'examen de compatibilité et la conférence de consensus de l'intervention du médecin en garde à vue

La demande d'examen médical en garde à vue constitue un droit qui peut être demandé par les personnes gardées à vue, par leurs proches, et qui peut également être ordonné d'office par l'officier de police judiciaire et le magistrat (Rapport : *Intervention du médecin en GAV*, 2009).

L'intervention d'un médecin est effectivement nécessaire auprès des personnes en garde à vue, plus spécifiquement lorsque les personnes gardées à vue sont atteintes de troubles psychiatriques, en effet lorsque la personne suspecte est en garde à vue, un médecin répondra à sa mission judiciaire afin d'examiner la personne, deux mesures sont alors mises en place l'examen de compatibilité et la conférence de consensus.

L'examen de compatibilité est un certificat déterminant la compatibilité ou l'incompatibilité de l'état de santé de la personne gardée à vue avec le maintien de la mesure dans les locaux où elle se déroule.

Pour réaliser un examen de compatibilité avec le gardé à vue, le médecin se dégage de sa mission de soignant pour répondre à une mission judiciaire qui est définie à l'article 63-3 du Code pénal (CP) qui dispose que « *toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire* ». Cette disposition, prévue pour les flagrants délits, est également applicable lors des enquêtes préliminaires et menées sur commission rogatoire. Le médecin établit alors un certificat dont il *détermine librement* le contenu, la loi précise cependant que le médecin doit se prononcer sur l'aptitude de la personne au maintien en garde à vue. Au cas où le médecin déclare que l'état de la personne est incompatible avec la garde à vue, celle-ci ne peut alors se poursuivre.

Le certificat médical est alors annexé au procès-verbal. L'officier de police judiciaire doit rendre compte immédiatement au procureur de la République, tout particulièrement dans le cas où le médecin prescrit qu'il soit procédé à une hospitalisation d'urgence.

Concernant une conférence de consensus de décembre 2004 (*LES DROITS DE LA PERSONNE GARDÉE A VUE - Légavox*, s. d.) elle existe sur l'intervention du médecin en garde à vue. Elle souligne que : la mission principale du médecin est de certifier ou non l'aptitude au maintien en garde à vue. Dans ce cadre le médecin peut certifier que la garde à vue :

- Peut se poursuivre sur place et sans conditions particulières
- Peut se poursuivre sur place à certaines conditions particulières
- Ne peut pas se poursuivre sur place.

Le volet psychiatrique de l'examen de compatibilité est ainsi décrit: « il s'agit d'une évaluation clinique qui a le but de rechercher les éléments cliniques évoquant un trouble psychiatrique aigu susceptible d'induire des conséquences immédiates graves pour la personne elle-même ou pour les autres », selon les recommandations de la commission d'audition de l'Expertise Psychiatrique pénale (N° 157 - *Rapport de M. Jean-Luc Warsmann sur le projet de loi , adopté*

avec modification par le Sénat après déclaration d'urgence, d'orientation et de programmation pour la justice (154) - XIIIe législature - Assemblée nationale, s. d.).

La Conférence de consensus identifie trois questions auxquelles le psychiatre devrait répondre lors de son examen en garde à vue comme :

- Est-ce que le mis en cause présente-t-il une pathologie psychiatrique ?
- Cette pathologie nécessite-t-elle des soins immédiats, et si oui, sous quelles modalités ?
- L'état psychique du mis en cause justifie-t-il la réalisation à distance d'une expertise ?

Ces indications montrent une volonté d'aller au-delà de la simple détermination de la compatibilité de l'état psychique d'une personne avec la GAV au moment même de celle-ci et donc une interprétation élargie de l'article 63-3 du Code Pénal.

Le jury de la Conférence de Consensus propose comme contre-indications formelles au maintien en garde à vue dans les locaux de la police ou de la gendarmerie :

- Le risque suicidaire imminent
- La psychose aiguë et la recrudescence délirante d'une psychose chronique
- L'agitation délirante
- L'état confusionnel qui constitue une urgence médicale (*Garde À Vue - HAS, s. d.*)

Il n'y a pas de recommandations précises concernant les pathologies psychiatriques chroniques. Cela est laissé à l'appréciation du psychiatre. L'examen « *doit être strictement contextualisé (...); relever la symptomatologie présente et rester prudente dans ses conclusions, sans chercher à restituer la dynamique de l'apparition des troubles et leur relation avec les faits reprochés, qui relèvent eux d'une expertise psychiatrique ultérieure* » (Boirot, s. d.). Le médecin doit également avoir à l'esprit que la personne gardée à vue doit être en mesure de répondre correctement aux questions posées par les enquêteurs et par les magistrats. « *A cet égard, le jury recommande, que le médecin donne des indications sur la capacité de la personne gardée à vue à répondre aux interrogatoires. En effet, cette capacité peut être altérée par un état d'intoxication aiguë, par la prescription d'une sédation notamment chez les sujets agités, par un état pathologique antérieur, voire par un état de sidération psychologique lié au contexte* » (*Garde À Vue - HAS, s. d.*). Encore une fois, la Conférence de Consensus émet son avis en faveur d'une interprétation étendue de l'article 63, en ne se cantonnant pas à une analyse de l'état psychique de la personne au moment de sa garde à vue.

En 2009, dans la continuité des réflexions de la Conférence de Consensus, un groupe de travail interministériel et pluridisciplinaire, réuni sous l'égide du ministère de la Justice, a abouti à la rédaction d'un guide de bonnes pratiques (*Intervention Medecin Gav 090729 | Ordonnance médicale | Médecine, s. d.*), relatif à l'intervention du médecin en garde à vue. Ce guide est destiné à être diffusé à l'ensemble des professionnels concernés.

Ce travail (*Conseil National de l'Ordre des Médecins, s. d.*) ne mentionne plus la nécessité d'évaluer les capacités de la personne gardée à vue à être interrogé par l'officier de police. Voici ce que nous dit le texte :

« *La réquisition doit comporter une mission complète visant en premier lieu à déterminer si l'état de la personne examinée est compatible avec son maintien en garde à vue dans les locaux*

où elle se déroule, sans omettre les mentions relatives au signalement d'éventuelles lésions traumatiques visibles récentes ou de troubles mentaux patents (Intervention Medecin Gav 090729 | Ordonnance médicale | Médecine, s. d.). »

Nous avons donc deux textes de références qui avec des indications qui diffèrent sur la nécessité d'évaluer les capacités de la personne gardée à vue à répondre aux interrogatoires de la police.

L'autre point important mène sur la possibilité d'effectuer des expertises en garde à vue. La conférence de Consensus indique la différence entre l'examen de compatibilité avec garde à vue et l'expertise psychiatrique, tout en rappelant que dans certaines conditions très précises, la loi tend vers le possible une expertise psychiatrique dès la garde à vue. Cet examen est obligatoire avant tout jugement d'un prévenu suspecté d'agression sexuelle. L'expertise est ordonnée en garde à vue lorsque cette personne est jugée selon la procédure de comparution immédiate. Il n'existe pas de consensus entre experts quant à la possibilité d'effectuer une expertise psychiatrique de qualité et approfondie dans les conditions très particulières de la garde à vue (Boirot, s. d.).

Il existe également un consensus sur la prudence à adopter lors de la présentation des conclusions d'un examen réalisé dans des conditions équivalentes. La différence entre une expertise psychiatrique et un examen de compatibilité avec la garde à vue reste souligné par le Guide de bonnes pratiques (Boirot, s. d.), relatif à l'intervention du médecin en garde à vue. Voici le texte du Guide de bonnes pratiques : « *L'examen médical de la personne gardée à vue n'est pas assimilable à une expertise ou à une réquisition à l'homme de l'art, dans la mesure où il ne suppose aucune prestation de serment, y compris de la part des praticiens qui ne sont pas inscrits sur une liste d'experts. Il ne comprend par ailleurs ni le dépôt d'un rapport d'expertise, ni l'interprétation de résultats.* »

Il convient de rappeler que l'expertise est un examen technique qui a pour rôle de déterminer si une personne était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal (Saetta, s. d.). Il s'agit donc d'un examen psychiatrique spécifique, qui nécessite du temps pour bien explorer le psychisme et des compétences spécifiques. Le psychiatre doit être en possession d'une série d'éléments biographiques, médicaux et concernant les faits qui sont reprochés à la personne, dont il n'est pas en possession en garde à vue, ce que ne lui permet pas de mener à bien son expertise. Pour cela la conférence de consensus rappelle aux spécialistes qu'il faut être au courant des limites d'une expertise réalisée dans le temps de la GAV et dans une ambiance agressive et stressante qui peut avoir un retentissement sur l'état psychique de la personne, en altérant le tableau clinique. Malgré cela, la loi n'empêche pas de réaliser une expertise en garde à vue et il faut aussi savoir que les officiers de police et/ou le membre du Parquet peuvent demander au psychiatre des renseignements concernant le discernement du gardé à vue, sa responsabilité pénale, son éventuelle dangerosité, dans le cadre d'un examen de compatibilité. Le médecin n'est pas tenu de répondre à ces questions. Compte tenu de la gravité des décisions pénales susceptibles de suivre ce rapport d'expertise, le jury attire l'attention sur les limites d'une expertise psychiatrique réalisée dans le temps de la garde à vue et sur la prudence qui doit accompagner son interprétation (*Rapport D'information*, s. d.).

Le jury recommande au sujet de la réalisation de l'examen de comptabilité pendant la garde à vue de réaliser l'examen médical, tant que c'est possible, dans les locaux de police et gendarmerie.

Quand est-il du contenu de l'examen de compatibilité lorsqu'il est nécessaire d'y joindre l'interprétation de l'article 63-3 du CPP ?

Le manque de clarté de l'article 63-3 du CPP donne finalement lieu à des exécutions différentes. La Conférence de consensus recommande vivement de se prononcer sur la capacité de la personne gardée à vue à répondre aux interrogatoires, dans l'intérêt conjoint de l'enquête et de la personne gardée à vue, en donnant ainsi une interprétation élargie des objectifs de l'examen du gardé à vue.

S'arrêter à un simple constat de la compatibilité au moment de l'examen priverait les autorités d'informations importantes sur le gardé à vue, comme sur les capacités des personnes de répondre aux interrogatoires de la police. Cette capacité peut être altérée par la prise de stupéfiants ou de manque, ou par la prescription des sédatifs chez les plus agités, ou encore, par le contexte même de la garde à vue et pas seulement par un trouble psychiatrique qui nécessiterait une hospitalisation en urgence.

Les recherches menées pour ce travail ont confirmé le fait que cette situation se présentait et retentissait à l'audience en comparution immédiate. Le risque majeur est qu'une personne, qui pour des raisons médicales, n'est pas en état de se défendre, comme tout autre citoyen, soit rapidement jugée en correctionnelle. L'interrogatoire de la police a un poids majeur sur le parcours judiciaire du mis en cause, par exemple, sur son orientation vers la comparution immédiate ou pas. En cas de passage en CI, les dossiers se composent rapidement et le cas est débattu en 20-30 minutes, lors de l'audience, ce qui présuppose qu'une enquête et un interrogatoire approfondis a été conduite par la police. Ce point mérite d'être souligné lorsqu'on réfléchit à la question plus spécifique des troubles mentaux qui peuvent altérer plus ou moins le discernement d'un sujet ou rendre difficile sa capacité de se défendre comme les autres gardés à vue. S'assurer que le mis en cause soit en état de répondre semble de première importance.

Une étude anglaise (Norfolk, 1997) a essayé d'analyser la position des médecins par rapport à cette question à travers un questionnaire qui a été envoyé à 811 médecins qui interviennent en garde à vue. 67,3 % ont répondu aux questions, 66,4% ont déclaré que c'est le rôle de la police est établir si la personne gardée à vue est en état de participer à l'audition. Néanmoins, 60,8% cherchent à apprécier cette capacité. Enfin 49,7% des médecins estiment que les critères qui permettent de définir si une personne est en état de répondre aux questions lors d'une audition de police ne sont pas clairs.

Selon cette étude, il s'agit donc d'un problème qui est ressenti par les médecins qui interviennent en garde à vue comme une difficulté concrète qui les interpelle et face à laquelle ils se sentent démunis concernant leur position, leur rôle et leurs capacités d'évaluations. Lors d'une étude portant sur 137 patients (Lepresle et al., 2017), dont 125 présentaient un trouble psychiatrique, les auteurs montraient que 60 patients, soit 44% des personnes étudiées, dont 80% avaient des troubles psychiatriques, étaient déclarés comme compatibles avec la garde à vue, tandis que 56% étaient envoyés en hospitalisation d'office. Une étude menée à Marseille (*Psychiatrie, précarité et prison : éviter les incarcérations inutiles !* | *Médecins du Monde*, s. d.) dans le cadre de la mission exploratoire *Médecins du Monde*, auprès des médecins légistes chargés du premier travail de recherche des personnes atteintes de troubles psychiatriques en garde à vue, conduisait à un constat similaire. Sur les 12 à 14 000 cas examinés par les médecins légistes en garde à vue par an, seuls 70 à 80 sont signalés à la cellule spécialisée pour les troubles psychiatriques, dont la moitié aboutissait à une hospitalisation sous contrainte (Brown et al.,

2013). Une étude plus précise auprès des médecins légistes montrait que ceux-ci faisaient un tri important entre les personnes présentant des troubles psychiatriques, plus ou moins sévères, et ceux qu'ils signalaient à la cellule psychiatrique pour une possible hospitalisation d'office (*Psychiatrie, précarité et prison : éviter les incarcérations inutiles ! | Médecins du Monde*, s. d.).

Plusieurs études épidémiologiques¹⁴, réalisées à l'étranger, ont pointé l'insuffisance du dépistage des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères en garde à vue. Une étude rétrospective (Brown et al., 2013) qui a examiné 276 personnes qui sont passées devant le tribunal a pu mettre en évidence que 70 présentait des troubles psychiatriques (des troubles psychotiques, des dépressions,...). Une deuxième étude rétrospective, menée à Londres, montrait que 1,4% des personnes gardées à vue présentaient un trouble psychiatrique en phase aiguë (Bucke & Brown, 1997). Dans une étude (Andreas, 2019) concernant 21 cas de mort subite, dues à une contention faite afin de maîtriser un état d'agitation aigu en garde à vue, 12 personnes présentaient un trouble psychiatrique sévère et huit un trouble psychiatrique induit par la prise de substances psycho-actives. L'auteur souligne le fait que les troubles psychiatriques sont souvent dépistés en prison, mais qu'ils passent inaperçus en garde à vue et insiste sur la nécessité d'une évaluation psychiatrique dans des phases précoces du parcours judiciaire.

Insistons sur ce point, les résultats ne sont pas étonnants, dans la mesure où la présence d'un trouble psychiatrique, sévère ou non, n'implique pas systématiquement une hospitalisation et la levée de la garde à vue. Cependant, il est intéressant de se pencher sur les raisons qui président à ce tri et ses effets potentiels: les entretiens à Marseille montraient ainsi que les médecins légistes mobilisaient plusieurs raisons différentes. D'une part, des raisons matérielles évidentes: vu le temps imparti pour chaque entretien, et les impératifs plus larges d'examen somatique, l'étude des troubles psychiatriques était généralement sommaire et ne donnait lieu à signalement que dans les cas les plus évidents. Ensuite, les médecins légistes sans doute aussi en partie par contrainte de temps, se limitaient à une interprétation très stricte de l'examen de compatibilité, ne prenant en compte les troubles psychiatriques que dans la mesure où ils représentaient un danger pour soi-même ou pour autrui au moment même de la GAV, ou s'ils étaient très manifestement non compatibles avec l'interrogatoire. Enfin, et c'est un point qui mérite d'être relevé, ils ne voyaient pas d'intérêt à signaler l'existence de troubles psychiatriques, y compris sévères, du moment qu'il n'y avait pas, selon eux, d'indication d'hospitalisation d'office.

Finalement, tout dépend de l'interprétation plus ou moins ouverte que l'on fait de l'article 63 du CPP, mais aussi selon les contraintes matérielles, temporelles, et les possibilités institutionnelles existantes, on fera plus ou moins le choix de signaler des troubles psychiatriques, y compris s'ils ne justifient pas d'une levée de la garde à vue (*Psychiatrie, précarité et prison : éviter les incarcérations inutiles ! | Médecins du Monde*, s. d.).

Il est nécessaire de demander une expertise après la garde à vue, ce qui montre une fois de plus, l'exigence d'aller au-delà de la simple évaluation. Dans la continuité de ces questions, les

¹⁴ Ces études sont citées par Clément R., « Les missions spécifiques : expertise psychiatrique en garde à vue », (Chariot, 2006).

indications de la Conférence de consensus touchent au problème de la garde à vue, au moment de la garde à vue. Le guide de bonne pratique pour l'intervention du médecin en garde à vue

Le Guide de bonnes pratiques, relatif à l'intervention du médecin en garde à vue (Protais & Moreau, 2009), qui a été publié en 2009, souligne l'importance de distinguer une expertise psychiatrique d'un examen de compatibilité avec la garde à vue, mais il ne revient pas sur la nécessité d'évaluer l'état psychique du mis en cause, lors de l'interrogatoire de la police. Le ministère de la justice a refusé en 2009, que cette recommandation aux médecins, issue de la conférence de 2004, soit mise en œuvre.

Pour les praticiens, il n'est pas facile de s'orienter, à partir d'un article de loi qui reste peu clair, en ayant comme outil des indications d'experts, qui sont différentes entre elles, sur le contenu de l'examen psychiatrique en garde à vue et, en tenant compte du fait que les spécialistes, comme, par exemple les experts, ne partagent pas les mêmes points de vues.

L'intégration des pratiques des intervenants en garde à vue dans un réseau en lien avec une Unité médico-judiciaires (UMJ) de référence permettrait d'identifier une pratique commune, ce qui pourrait être utile pour les intervenants. Il serait aussi intéressant que ce cadre pratique de référence ne soit pas si différent d'une ville à l'autre, mais qu'il s'inscrive dans une politique nationale. Si des pratiques locales, liées à la spécificité de chaque réalité territoriale, devaient être privilégiées à une solution uniforme sur le plan national, elles devraient être transparentes.

En outre, il y a de gros problèmes pratiques qui apparaissent en garde à vue, notamment au sujet des locaux vétustes, l'absence de formation apportée aux officiers de police afin de les aider à détecter les troubles psychiatriques mais aussi concernant le manque de moyens apportés aux médecins, il y a de fait de nombreuses limites dans la filière garde à vue, qui font dysfonctionner ce système déjà fragilisé.

1.1.3 Les limites de l'intervention en garde à vue

La population que l'on rencontre généralement en garde à vue, comme constaté dans l'introduction, est une population en grande majorité défavorisée économiquement, sans domicile fixe, sans emploi ni étude et des personnes consommant régulièrement des stupéfiants. La garde à vue peut être une expérience traumatisante laissant ainsi des traces, certaines personnes peuvent même être marquées à vie.

Il faut savoir qu'en garde à vue les locaux sont dépourvus de fenêtre afin d'éviter les fugues. Les conditions réunies par la garde à vue peuvent être aussi difficiles pour les gardés à vue que pour les médecins intervenants, car les médecins appelés pour y réaliser des examens médicaux ne sont pas forcément préparés à cet environnement peu humain que sont les locaux et l'organisation de la garde à vue. Il n'y a pas pour le médecin la possibilité d'accéder au dossier médical informatisé du patient gardé à vue, de plus, il n'y a pas d'échange entre les différents médecins pouvant intervenir en garde à vue.

Généralement, ce sont les médecins généralistes qui interviennent en garde à vue, lorsqu'il faut un avis psychiatrique c'est alors au médecin généraliste de demander l'avis d'un psychiatre, le

certificat alors réalisé par le médecin généraliste se borne seulement à demander l'avis d'un psychiatre, sans même qu'un échange entre ces deux professionnels de santé ne puisse avoir lieu.

Le rôle des officiers de police et leur niveau de connaissance sur les pathologies psychiatriques font aussi parti d'une limite importante de la garde à vue car les officiers de police ont un rôle important à jouer dans le repérage des troubles psychiatriques chez les gardés à vue. En effet, ils ont pour responsabilité d'appeler le médecin lorsqu'ils estiment nécessaire que la personne gardée à vue bénéficie de l'avis d'un spécialiste. Le problème étant qu'en France, il n'existe pas de formation qui pourrait permettre aux officiers de police de détecter les pathologies psychiatriques. Il semblerait alors que pour détecter si une personne souffre de troubles psychiatriques sévères, les officiers de police se basent sur ce qui est « normal » ou « anormal » pour un comportement donné. Pour autant, comment peuvent-ils repérer chez les personnes gardées à vue agitées par le contexte anxiogène de cette détention, d'une personne non agitée qui resterait muette du fait d'un délire paranoïaque par exemple.

Les troubles du comportement tels que les agitations ne peuvent en conséquence, pas être assimilés, à des troubles psychiatriques.

Un autre problème réside lui dans le contenu de l'examen de compatibilité réalisé pour les personnes ayant des troubles psychiatriques. Les médecins s'appliquent généralement seulement à évaluer si l'état psychiatrique du gardé à vue est compatible avec la garde à vue au moment dudit examen, mais, n'évalue pas la capacité du gardé à vue à pouvoir répondre à l'interrogatoire de police, ce qui paraît préjudiciable.

L'article 63-3 du Code Pénal n'est donc pas toujours interprété de la même façon, c'est ce qui a été abordé plutôt, les pratiques ne sont pas les mêmes selon son interprétation.

Il semblerait que la question de l'intervention médicale en garde à vue ne mobilise guère les professionnels de santé, que ce soit pour des raisons de temps et de méconnaissance des enjeux sanitaires qu'elle peut poser, car il s'agit d'un travail mal rémunéré, réalisé dans des conditions très difficiles, et peut-être, aussi, du fait de l'absence d'un cadre institutionnel et organisationnel clair et contraignant, l'organisation étant laissée un peu à l'initiative de chacun. Les absences de réponse de plusieurs psychiatres contactés sont pour nous l'un des signes de ce faible intérêt. La disponibilité d'un seul psychiatre à intervenir en garde à vue semblerait aller dans cette direction, et il importe de souligner l'engagement que cela représente pour lui. On a vu que, sans son travail, le repérage et le traitement des troubles psychiatriques en garde à vue serait fortement fragilisé.

Le caractère de «*sale boulot*¹⁵» que l'intervention en garde à vue peut représenter, et qui ressort de nos entretiens, évoque les travaux qui ont été réalisés en sociologie des professions par E. Hughes.

¹⁵ Il est à noter qu'une étude plus ancienne sur la région lilloise (Guesdon, I. & Roelandt, J-L, 1998) arrive à des résultats de 8,8% de troubles psychotiques, 29% de troubles dépressifs, 37,8% de tentatives de suicide au cours de la vie et une dépendance à l'alcool de 9,3% aux drogues de 10,4%. (Kovess, V. et Mangin-Lazarus, 1997). Première étude sur la question à Paris, arrive à environ 16% de troubles psychotiques sur la vie, dont 14,9 % de schizophrénie, et respectivement 5,8 et 5,3% sur les 6 derniers mois ; 41 % de troubles de l'humeur dont 33,7 % de dépression sur la vie, abus d'alcool à 24,9% sur la vie et 14,9 sur les six derniers mois et respectivement 15,6% et 10,3% pour les drogues.

Avec le terme de « *dirty work* », l'auteur (Hughes, 1998) identifie les tâches professionnelles qui se situent en bas de l'échelle des valeurs sociales, qui sont jugées serviles, dégradantes, presque humiliantes, et n'accordent pas un prestige social à ceux qui acceptent de les réaliser, qui peuvent, au contraire, être méprisés à cause de leur travail. Les contacts physiques difficiles, que l'on peut avoir en psychiatrie lorsque l'on est confronté à la misère sociale, les relations avec des personnes qui sont hors des normes sociales, non seulement car ils présentent des troubles psychiatriques sévères, mais aussi car ils vivent dans la plus grande précarité et ont accompli des infractions, sont un exemple parfait d'un « *sale boulot* ».

Lorsque ces personnes se retrouvent en garde à vue, le caractère « *sale* » du travail que l'intervenant réalise ne peut qu'être intensifié. Selon Jean Peneff « *Le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de statut* » entre les personnes qui travaillent dans un même domaine, dans notre cas celui de la santé mentale.

Dans ce cas précis, le travail en garde à vue est un exemple de « *sale boulot* », car le médecin accepte d'engager sa responsabilité afin d'aller à la rencontre de personnes qui sont doublement exclues par la société. Cette rencontre a lieu dans des locaux qui peuvent être indignes. Le psychiatre se prête aussi à réaliser un « *sale boulot* » car il travaille pour les forces de l'ordre et pour la justice, un rôle, ou un travail que plusieurs psychiatres boudent.

On comprend donc qu'il soit compliqué de susciter une mobilisation autour de la GAV dans la profession psychiatrique, du fait de ce caractère de « *sale boulot* » doublé des tensions entre l'éthique et le professionnel qui sont liés à ces interventions.

En mettant en corrélation des études françaises réalisées dans différentes villes, les différences sont notables.

À Paris, *intramuros*, pour une population de 2 200 000 habitants, il existe une UMJ qui assure une permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

L'Unité médico-judiciaire privée d'Argenteuil intervient dans certains commissariats du Nord de Paris. Les médecins légistes interviennent en premier ligne en garde à vue, lorsque l'officier judiciaire demande un examen de compatibilité avec la garde à vue, et assurent un premier repérage des problèmes de santé, en demandant des avis spécialisés, si cela leur semble nécessaire. Si un avis psychiatrique est demandé, le service de psychiatrie de l'Hôtel Dieu et l'infirmerie de la Préfecture de Police assurent un service continu 24 heures sur 24. Il y a aussi les psychiatres de l'unité mobile de psychiatrie légale, qui ont organisé une astreinte, et qui se déplacent en garde à vue à la demande des autorités.

À Marseille pour une population de 862 000 habitants, lorsqu'un examen de compatibilité avec la garde à vue est demandé, l'officier de police judiciaire s'adresse à l'Unité de médecine légale qui est chargée d'organiser des examens médicaux de *recherche*. Les médecins légistes peuvent décréter eux-mêmes une hospitalisation psychiatrique avec levée de la garde à vue (en pratique, ça n'arrive pratiquement jamais) ou demander un avis psychiatrique. Lorsque l'avis psychiatrique est requis, ils s'adressent alors à une permanence psychiatrie/justice gérée par un médecin psychiatre au service médico-psychologique régional (SMPR) des Baumettes, qui ne dépend pas de l'UML. Il est à noter que les membres de l'UML sont rémunérés à titre statutaire. La permanence psychiatrie/justice est rémunérée à l'acte par la Justice. Cette permanence est composée de 15 à 20 psychiatres volontaires, la plupart formés par un DU de psychiatrie légale, et dépendant soit du SMPR, soit du CHU Edouard Toulouse, qui sont d'astreinte la semaine de

8h30 à 20h30. Le reste du temps, l'avis psychiatrique est adressé directement aux urgences psychiatriques.

Lille, elle compte 232 8000 habitants auxquels il faut ajouter les habitants de Tourcoing et de Roubaix, soit 192 000 habitants de plus. Mais la structuration du système d'intervention y apparaît surtout comme très différente. Les médecins légistes n'interviennent pas en garde à vue, deux médecins généralistes et l'équipe de SOS médecins acceptent de le faire. Un seul psychiatre accepte d'intervenir en garde à vue. Si cela est nécessaire, des psychiatres et des urgentistes peuvent être réquisitionnés aux urgences de Lille. Les ressources de cette ville pourraient être améliorées et qu'il ne peut pas y avoir une organisation du travail ni une continuité de réflexion, sur le cadre d'intervention, car la plupart des intervenants sont réquisitionnés, à la dernière minute, aux urgences ou travaillant pour SOS médecins et changent, par conséquence, tout le temps.

Selon l'enquête (Andreas, 2019) qui a permis de mettre en évidence qu'il y a des réalités bien plus défavorisées que la situation lilloise, où aucun psychiatre ne travaille pour le Tribunal de Grande Instance (TGI). « Ces constatations permettent de pointer le fait que la garde à vue n'a pas le même mode de fonctionnement sur une échelle nationale et que non seulement nous avons peu d'informations claires sur son fonctionnement en soi, mais que celui-ci varie en fonction des villes, ce qui rend encore plus flou le paysage de la garde à vue: elle manque d'un cadre de fonctionnement précis et accessible à qui souhaite le connaître. »

Par la loi, en France, les gardés à vue, leur famille ou leurs avocats peuvent demander un avis médical. Dans le cas contraire, à Lille, comme à Marseille et à Paris, les premiers dépistages des troubles psychiatriques sont réalisés par des officiers, qui à Lille, qui n'ont aucune formation pour détecter les troubles de santé mentale. Ces repérages, donc, se font sur la base de l'analyse du comportement ou de la présence de symptômes psychiatriques. La GAV et les premiers repérages établis à cet instant T, ont un rôle très important pour la suite, c'est-à-dire concernant les procédures judiciaires, notamment pour la comparution immédiate. Ces filières semblent privilégier l'incarcération.

1.2 Sous-partie 2 : La comparution immédiate des personnes présentant des troubles psychiatriques

Il sera abordé les données générales et le cadre légal de la comparution immédiate (1.2.1). Lors de flagrants délits qui sont punis d'au moins 6 mois de prison ou de délits commis hors flagrante punissable d'au moins 2 ans de prison, le procureur décide alors souvent d'une comparution immédiate devant le tribunal correctionnel. Une très rapide enquête sociale sera réalisée durant laquelle, la famille peut être contactée. Le jugement sera prononcé dans un délai proche de la fin de la garde à vue. Un avocat sera commis d'office, si la personne n'a pas fait appel à son avocat (1.2.2). L'avocat pourra jouer un rôle crucial dans cette procédure, et pourra ainsi demander au Président du Tribunal correctionnel un report de jugement afin de diligenter une expertise psychiatrique. La comparution immédiate est une procédure qui touche une population en grande précarité et qui malheureusement, privilégie l'incarcération (1.2.3).

1.2.1 Données générales et cadre légal de la comparution immédiate

La procédure de la comparution immédiate est une procédure (*Comparutions immédiates*, s. d.) permettant de faire juger rapidement un prévenu à la suite de la garde à vue. Elle est présentée comme servant à juger des faits simples et clairs qui ne nécessitent pas une enquête policière poussée.

L'objectif est d'apporter une réponse pénale immédiate à des actes considérés comme graves.

Elle s'applique uniquement pour des délits punis d'au moins 2 ans de prison (ou de 6 mois pour un flagrant délit).

L'orientation du prévenu en CI est le fait d'un processus complexe qu'il ne s'agit pas ici de décrire dans ses détails, d'autant qu'il varie selon les juridictions. Il repose sur la négociation entre les membres du Parquet (le Procureur de la République et ses substituts, en particulier), qui décident, en dernière analyse, de l'utilisation de la comparution immédiate, et divers acteurs de la chaîne pénale, en particulier les officiers de police judiciaire avec lesquels ils échangent par téléphone pour déterminer la procédure à suivre, et qui ont souvent, de facto un pouvoir de proposition important. Le parquet auditionne le prévenu juste après sa garde à vue. Il l'informe des faits qui lui sont reprochés. Il l'informe également de son droit de se taire et, si besoin, de son droit de se faire assister par un interprète. La personne poursuivie peut être assistée par un avocat. Il peut être désigné d'office par le bâtonnier de l'ordre des avocats. L'avocat peut consulter immédiatement le dossier. Le procureur prévient ensuite la personne concernée qu'elle sera jugée en comparution immédiate. Le parquet renvoie le prévenu devant le tribunal immédiatement après sa garde à vue. Le prévenu est retenu en cellule jusqu'à sa comparution, qui doit avoir lieu le jour même, et est conduit sous escorte devant le tribunal.

Si le tribunal ne peut pas se réunir le jour même, le procureur peut saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) pour prendre des mesures garantissant la présence du prévenu. Le juge peut alors prononcer : un contrôle judiciaire, une assignation à résidence avec surveillance électronique ou une détention provisoire. En cas de détention provisoire, le prévenu doit comparaître au plus tard le 3^{ème} jour ouvrable suivant. À défaut, il est mis d'office en liberté. Le prévenu peut refuser d'être jugé le jour même ou après une détention provisoire, s'il souhaite avoir du temps pour mieux préparer sa défense (*Comparutions immédiates*, s. d.).

Les conditions qui définissent le recours à la détention provisoire sont définies par l'article 144 du Code de procédure pénale (Mermoz, s. d.), qu'il est important d'avoir à l'esprit pour la suite de la discussion:

« La détention provisoire ne peut être ordonnée ou prolongée que s'il est démontré, au regard des éléments précis et circonstanciés résultant de la procédure, qu'elle constitue l'unique moyen de parvenir à l'un ou plusieurs des objectifs suivants et que ceux-ci ne sauraient être atteints en cas de placement sous contrôle judiciaire ou d'assignation à résidence avec surveillance électronique :

- Conserver les preuves ou les indices matériels qui sont nécessaires à la manifestation de la vérité,
- Empêcher une pression sur les témoins ou les victimes ainsi que sur leur famille ;

- Empêcher une concertation frauduleuse entre la personne mise en examen et ses coauteurs ou complices,
- Protéger la personne mise en examen,
- Garantir le maintien de la personne mise en examen à la disposition de la justice,
- Mettre fin à l'infraction ou prévenir son renouvellement,
- Mettre fin au trouble exceptionnel et persistant à l'ordre public provoqué par la gravité de l'infraction, les circonstances de sa commission ou l'importance du préjudice qu'elle a causé.

Ce trouble ne peut résulter du seul retentissement médiatique de l'affaire. Toutefois, le présent alinéa n'est pas applicable en matière correctionnelle ». Aussi, le prévenu peut bénéficier de mesures particulières afin de préparer sa défense, mais aussi subir un emprisonnement immédiat.

1.2.2 Le délai de droit et le mandat de dépôt

Au tribunal lors de la comparution immédiate, le prévenu peut choisir de bénéficier d'un délai pour préparer sa défense. Dans ce cas, le tribunal renvoie l'affaire à une prochaine audience (*Comparutions immédiates*, s. d.) et il peut placer le prévenu en détention provisoire, par décision motivée au regard de l'article 144 du code de procédure pénale, qui est directement exécutoire. Le tribunal devra rendre son jugement dans les 2 mois suivant la première comparution du prévenu, ou 4 mois si la peine encourue est supérieure à 7 ans d'emprisonnement. À défaut, ce dernier sera remis en liberté (*Blog de Maître THIEL ERIKA Avocat - CABINET THIEL AVOCAT*, s. d.). Une alternative, à la détention provisoire, consiste à placer la personne, mise en examen, sous contrôle judiciaire. C'est le juge des libertés et de la détention qui statue et qui décide ou non de placer la personne en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire.

En droit, le mandat de dépôt est un acte juridique :

- Qui est délivré par la justice (une juridiction de jugement ou le juge des libertés et de la détention),
- À destination d'un chef d'établissement pénitentiaire,
- Dans le but de lui ordonner de recevoir ou de maintenir en détention un individu qui, soit est condamné à de la prison ferme, soit est mis en examen et placé en détention provisoire.

Le mandat de dépôt ne peut pas être délivré par un juge d'instruction. En revanche, il peut être ordonné par un juge qui a reçu une délégation du Tribunal correctionnel.

Le mandat de dépôt peut être ordonné à l'égard d'un individu uniquement dans des situations précises, comme :

- À l'égard d'une personne présente au cours de son procès : dans cette situation, le condamné est immédiatement conduit en prison à l'issue de l'audience. Cette situation ne s'applique que dans le cas où, dans le cadre d'une audience ordinaire, la peine applicable est supérieure à un an d'emprisonnement. Cette condition de durée d'emprisonnement

ne s'applique pas dans le cadre de la délivrance d'un mandat de dépôt pour une comparution immédiate.

- À l'égard d'une personne mise en examen : la délivrance du mandat de dépôt permet ainsi de placer l'individu en détention provisoire. Il n'est pas, par conséquent, remis en liberté dans l'attente de son procès mais incarcéré en prison.

Le mandat de dépôt peut être prononcé à l'encontre d'un individu qui n'a pas encore été jugé mais qui fait l'objet d'une instruction en cours.

Ce type de mandat de dépôt permet ainsi de placer la personne concernée en détention provisoire sur ordre du juge des libertés et de la détention. Le mandat de dépôt peut alors être correctionnel ou criminel selon la nature des faits reprochés.

Dans le cadre d'une détention provisoire, le mandat de dépôt correctionnel a une durée de 4 mois. Cette durée est portée à un an s'il s'agit d'un mandat de dépôt criminel.

En toute hypothèse, la durée du mandat de dépôt peut être renouvelée sans limitation sur décision de la juridiction de jugement ou du juge des libertés et de la détention (*Mandat de dépôt : principe et applications - Ooreka, s. d.*).

Le mandat de dépôt est l'ordre donné au chef de l'établissement pénitentiaire de recevoir et de détenir la personne à l'encontre de laquelle il est décerné. Selon l'article 122 du CPP, le mandat de dépôt peut être décerné à l'encontre d'une personne mise en examen et ayant fait l'objet d'une ordonnance de placement en détention provisoire. La détention provisoire peut être ordonnée, dans le cadre d'une procédure d'instruction judiciaire ; dans le cadre d'une procédure de comparution immédiate ou dans le cadre d'une procédure sur reconnaissance préalable de culpabilité (*Blog de Maître THIEL ERIKA Avocat - CABINET THIEL AVOCAT, s. d.*).

La décision finale (*Mandat de dépôt (définition) - Droit-Finances, s. d.*) de placer un prévenu sous mandat de dépôt appartient au juge des libertés et de la détention¹⁶ et est susceptible d'appel. Ce mandat peut également être décerné par un juge, délégué par le président du tribunal, lorsque le tribunal correctionnel ne peut siéger le jour même et qu'une personne mise en cause est poursuivie par le procureur de la République par le biais d'une procédure de comparution immédiate. Cela peut arriver lorsque la garde à vue de la personne mise en cause se termine lors du week-end, des jours fériés ou bien dans les petites juridictions lorsque le tribunal correctionnel ne siège pas tous les deux jours.

En matière correctionnelle, la durée d'un mandat de dépôt pour une détention provisoire (*Blog de Maître THIEL ERIKA Avocat - CABINET THIEL AVOCAT, s. d.*) ne peut excéder 4 mois lorsque la personne mise en examen n'a jamais été condamnée à une peine criminelle ou une peine d'emprisonnement sans sursis d'une durée supérieure à un an et qu'est encourue une peine inférieure ou égale à cinq ans d'emprisonnement. Pour un mandat de dépôt criminel, cette durée est portée à un an. Ces durées peuvent néanmoins être renouvelées une ou plusieurs fois (*Mandat de dépôt (définition) - Droit-Finances, s. d.*).

¹⁶ La loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la présomption d'innocence et les droits des victimes séparé les pouvoirs d'instruction et de placement en détention provisoire. Elle attribue en effet le pouvoir de placement en détention provisoire à un juge distinct du juge d'instruction, le juge des libertés et de la détention, qui est un magistrat du siège ayant au moins rang de vice-président.

La loi du 15 juin 2000, relative à la présomption d'innocence ainsi que la loi 2000-1354 du 30 décembre 2000 tendant à faciliter l'indemnisation des condamnés reconnus innocents ont institué un droit à réparation intégrale du préjudice moral et matériel en cas de détention provisoire injustifiée, c'est-à-dire si la procédure s'est terminée par une décision de non-lieu, de relaxe ou d'acquiescement. Ce droit à réparation est toutefois exclu lorsque l'intéressé s'est librement et volontairement accusé ou laissé accuser à tort en vue de faire échapper l'auteur des faits aux poursuites (Rapport Assemblée Nationale, N° 2136).

Pour les filières garde à vue et comparution immédiate, ce travail de recherche a permis de mettre en évidence que l'ensemble de ces dispositifs amène à présenter les mis en cause, face au tribunal, dans un contexte général de manque de temps et de charge de travail particulièrement élevée.

L'audience en comparution immédiate relève de l'urgence, ce qui est d'autant plus problématique qu'une évaluation spécifique de la situation économique, sociologique et psychologique des personnes concernées semblerait nécessaire, compte tenu du profil très particulier de cette population qui est précaire, socialement isolée, avec un bas niveau d'étude, souvent d'origine étrangère (*Justice / Portail / Chiffres clés de la Justice*, s. d.)

1.2.3 Les limites de la comparution immédiate (CI)

La Comparution immédiate est une procédure qui touche généralement une population qui est en grande précarité. Cette procédure a ses limites et mène vers une incarcération certaine.

Les différentes études menées en CI confirment ces retours d'expérience. Depuis la fin des années 2000, plusieurs études ont été menées sur le profil sociologique des personnes poursuivies en CI, qui convergent toutes vers les mêmes conclusions. Les premières ont été conduites à Lyon, par le Conseil Lyonnais pour le respect des droits, sur 565 affaires dans l'année 2008 (*N° 157 - Rapport de M. Jean-Luc Warsmann sur le projet de loi , adopté avec modification par le Sénat après déclaration d'urgence, d'orientation et de programmation pour la justice (154) - XIIe législature - Assemblée nationale*, s. d.) et conduit aux résultats suivants: 37% ont de ressources économiques limitées et 31% n'ont pas de ressources. Le 10% est sans logement fixe. 71% ont un casier judiciaire. La population est jeune. 65% de cette population a été punie à une peine de prison ferme en comparution immédiate. Malheureusement, l'étude lyonnaise ne cherche pas à étudier la présence de troubles psychiatriques parmi ces personnes. Une autre a été menée en 2011 à Toulouse par l'Observatoire des comparutions immédiates de la Ligue des Droits de l'Homme locale (*Comparutions immédiates*, s. d.).

On retrouve près de 47% de personnes au RSA et une proportion très importante de personnes sans aucune ressource ; 10% sont SDF et 13% sont identifiés comme présentant des troubles psychiatriques ; 17% souffrent de dépendance à l'alcool et 13% de dépendance aux drogues. Il s'agit en outre d'une population jeune, dont 72% ont déjà un casier judiciaire. L'étude montre aussi que les personnes à l'état de santé précaire ont le casier judiciaire le plus lourd : 24% des personnes ayant plus de 9 condamnations semblent avoir des problèmes d'ordre psychologiques ou psychiatriques, 17% sont en mauvais état de santé et 21% sont dépendants aux drogues. Le critère de la récidive est très important car il pousse le Paquet à demander un passage en CI et une peine de prison ferme. Selon cette étude, la CI conduit en effet, à 3 fois plus

d'emprisonnement que les autres procédures, avec 58% des personnes placées directement en prison, dont une partie en mandat de dépôt. Ces résultats sont confirmés, pour la région de l'Ouest (*HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société - Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées*, s. d.), par l'étude coordonnée par Jean Danet et menée, notamment par Virginie Gautron qui établissent que, toute chose étant égale par ailleurs, une personne a 9,5 fois plus de chances de se retrouver en CI si elle est récidiviste; 3 fois plus de chances si elle est née à l'étranger et 2,8 fois plus de risque si elle est sans domicile fixe. L'étude montre aussi que la CI est particulièrement dure en termes de condamnations, avec près de 85% d'emprisonnements fermes. On trouve des chiffres comparables dans l'étude menée au TGI de Nice en 2012-2013 sur un échantillon de 486 personnes poursuivies en CI: il s'agit d'hommes jeunes majoritairement (70% entre 18 et 34 ans), dont seuls 30% ont un logement propre, 40% vivant chez leurs parents, et 30% dans une situation de logement très précaire, 10% étant sans abri. 80 % sont sans emploi ou dans un emploi précaire. 60% de ceux dont la nationalité est connue sont nés à l'étranger. Là encore, on constate que la peine privilégiée est l'incarcération, avec 79% d'emprisonnements fermes, dont 66% de mandats de dépôt.

L'étude du cadre législatif de la comparution immédiate, notamment de l'article 144 du Code de procédure pénale, montre la complexité de la situation des personnes qui vivent en grande précarité et qui sont atteintes par des troubles psychiatriques. L'absence de garanties de représentation et la présence d'un trouble psychiatrique, s'il n'est pas stabilisé et si la personne ne peut pas témoigner d'un suivi continu, ou alors s'il y a un risque de dangerosité, conduisent les magistrats à choisir une mesure de détention préventive, si le mis en cause demande un délai de droit pour préparer sa défense, car le risque d'une perte de vue du condamné et de réitération des faits est jugé trop important. La détention préventive est souvent couverte par une peine de prison ferme. Par ailleurs, la présence d'un trouble psychiatrique, s'il permet une réduction de la peine, conduit le mis en cause en prison s'il est jugé coupable des faits. Des peines alternatives sont très peu utilisées pour la population qui présente des troubles psychiatriques. L'argument sécuritaire s'accompagne de l'argument que Enfin, les études menées par Douillet (Douillet et al., 2015) et al. et par Léonard (Léonard, s. d.) dans la région Hauts de France et à Lille en particulier attestent que la situation y est comparable: ainsi, selon Léonard, sur 557 personnes étudiées en 2011 en CI à Lille, 77,9 % se trouvaient sans emploi et Léonard constatait que les personnes sans emploi avaient un risque plus important d'incarcération et de mandat de dépôt, en particulier dans le cas de récidive (87% de prison ferme dans ce cas, contre 74% pour celles disposant d'un emploi).

Il confirmait en outre l'importance décisive des garanties de représentation dans la prise de décision, l'autre élément décisif étant le casier judiciaire du prévenu, qui joue un rôle déterminant tant dans l'orientation vers la CI que dans l'incarcération. Aussi à Lille la peine privilégiée en CI était l'incarcération (78%), dont 50% avec mandat de dépôt (Douillet et al., 2015).

L'étude du cadre législatif de la comparution immédiate, notamment de l'article 144 du Code de procédure pénale, montre la complexité de la situation des personnes qui vivent en grande précarité et qui sont atteintes par des troubles psychiatriques. L'absence de garanties de représentation et la présence d'un trouble psychiatrique, s'il n'est pas stabilisé et si la personne ne peut pas témoigner d'un suivi continu, ou alors s'il y a un risque de dangerosité, conduisent les magistrats à choisir une mesure de détention préventive, si le mis en cause demande un délai de droit pour préparer sa défense, car le risque d'une perte de vue du condamné et de réitération des faits est jugé trop important.

La détention préventive est souvent couverte par une peine de prison ferme. Par ailleurs, la présence d'un trouble psychiatrique, s'il permet une réduction de la peine, conduit le mis en

cause en prison s'il est jugé coupable des faits. Des peines alternatives sont très peu utilisées pour la population qui présente des troubles psychiatriques. L'argument sécuritaire s'accompagne de l'argument que le condamné pourra ainsi être soigné en prison.

La population que nous avons prise en considération dans cette étude se retrouve dans un cercle vicieux qui n'a pas d'issue et qui a une destinée unique : la prison, dans les termes de la détention préventive et dans les termes de la prison ferme. Cette constatation, qui émerge lors de notre étude, est renforcée par un rapport du Sénat et par les rapports du Contrôleur des lieux de privation de liberté ce sujet.

Un rapport du Sénat sur les troubles psychiatriques en prison affirme que : « *c'est plus du côté de la correctionnalisation de diverses affaires, de l'accroissement du rythme de la temporalité judiciaire et du développement des procédures de comparution immédiate, que du côté de la raréfaction de non-lieux pour irresponsabilité pénale, qu'il faut chercher la cause de l'augmentation, par ailleurs difficile à mesurer, des troubles psychiatriques graves en prison* » (Douillet et al., 2015).

Le nombre de comparution immédiate est passé de 29 000 affaires en 1985 à 31 693 en 2001 et à 46 601 en 2005, ce qui montre une augmentation importante au fil des années, puis a connu une stagnation globale à partir de 2008, pour répartir à la hausse après 2010, passant de 44.750 en comparution immédiate (sur 597 000 poursuites en correctionnelles) en 2014 à 46 622 (sur 580.000) en 2015, 49.220 (sur 595 000) en 2016 et 50 938 CI (pour 500 000 poursuites en correctionnel) en 2017 (*Justice / Portail / Chiffres clés de la Justice*, s. d.).

Notons que l'augmentation des entrées en prison à partir de 2002 jusqu'à 2008 au moins¹⁷ est directement liée à cet usage massif de la CI. Selon une étude (Gautron, 2014) la comparution immédiate multiplie par 8,4 la probabilité d'un emprisonnement ferme par rapport à une audience classique de jugement. Une note de la Direction des Affaires criminelles et des Grâces (DACG), souligne que le recours à la CI a conduit, depuis 1995, à un taux de condamnation à la prison ferme de 70% (MUCCHIELLI, 2014).

La création des UHSA et des SMPR, des structures qui sont nées avec l'objectif de proposer des soins aux détenus, semble avoir eu pour effet, en outre, de pousser les juges à choisir plus facilement une peine de prison ferme pour cette population, en pensant que, de cette manière, au moins, la personne sera soignée.

Cela rentre en contradiction avec ce qu'affirment la majorité des psychiatres, qui travaillent en milieu pénitentiaire c'est-à-dire que soigner convenablement en prison n'est pas possible. L'ensemble de ces éléments combinés peuvent contribuer à la forte prévalence des troubles psychiatriques en prison et au phénomène du « *revolving door* », du fait des limites du fonctionnement du système de la garde à vue et de la comparution immédiate qui sont des limites institutionnelles liées à ce type de dispositif judiciaire, qui peuvent être ou non aggravées par des pratiques médicales qui ne se déroulent pas selon les recommandations des experts.

Deux grands phénomènes ont pu mener à la condamnation des personnes atteintes de troubles mentaux sévères sans expertise médicale préalable : la correctionnalisation des affaires et le développement des procédures rapides de jugement.

¹⁷ Alors qu'elles avaient connu une baisse entre 1996 et 2001. (Doron, 2011).

Le choix de la correctionnalisation¹⁸ a pour effet de rendre l'expertise facultative. Pourtant, comme l'a relevé Caroline Protais, doctorante en sociologie et chargée de cours à la Fasse - Institut catholique de Paris¹⁹, le pourcentage d'affaires renvoyées devant le tribunal correctionnel a concerné 76 % des mis en examen en 2007 contre 68 % en 2001 alors que ce taux était resté stable entre 1990 et 2001. Selon les travaux de sociologie de Danielle Bourcier et Monique Debmis qu'elle a cités, les magistrats, lorsque l'opportunité d'en décider leur est laissée, n'ordonnent pas l'expertise dans tous les cas où les médecins l'auraient pourtant jugée nécessaire.

Les procédures rapides de jugement et, en particulier, la comparution immédiate ont été présentées par plusieurs des intervenants devant le groupe de travail comme l'une des voies privilégiées de responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux.

Or, le nombre de prévenus jugés en comparution immédiate est passé de 5,71 % en 2001 à 10,8 % en 2006.

Selon Catherine Glon, membre du Conseil national des barreaux, il n'existe aujourd'hui aucun moyen de détecter réellement les difficultés des personnes qui comparaissent selon cette procédure.

L'enquête de personnalité peut comporter exceptionnellement une expertise psychiatrique dans les cas de personnes manifestement « *désadaptées* », ce qui ne paraît pas recouvrir toutes les hypothèses de trouble mental. Or, ces procédures de jugement rapides semblent concerner par priorité une population précarisée, en rupture de soins.

Selon le docteur Christiane de Beaurepaire, la moitié des personnes vivant dans la rue serait des psychotiques. Lorsque la drogue et l'alcool viennent suppléer la médication, le risque de commission d'actes violents s'élève. En situation de récidive et en l'absence d'expertise psychiatrique, la condamnation à une peine d'emprisonnement paraît assurée sur le fondement, en particulier, des « *peines planché* » introduites par la loi du 10 août 2007 sur la récidive des majeurs et des mineurs.

Par ailleurs, d'après le docteur Philippe Carrère, psychiatre et membre du conseil d'administration de l'observatoire international des prisons, même lorsqu'une instruction est engagée, le jeu des expertises et contre expertises peut conduire la personne à rester pendant deux ans en détention provisoire avant qu'il ne soit statué sur sa responsabilité pénale. En effet, conformément aux termes de l'article 167-1 du code de procédure pénale, lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire à l'application des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal prévoyant l'irresponsabilité pénale en raison d'un trouble mental, la partie civile dispose d'un délai de quinze jours pour présenter des observations ou formuler une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise. La contre-expertise demandée par la partie civile est de droit et doit être accomplie par au moins deux experts.

Si la détention provisoire peut expliquer le maintien en détention de personnes qui devraient *a priori* relever d'une décision d'irresponsabilité, il est, en revanche, plus délicat de mesurer l'impact de cette mesure sur l'évolution du nombre de détenus atteints de troubles mentaux.

En effet, la part des prévenus au sein des personnes incarcérées n'a cessé de se réduire au cours des dernières années pour ne plus représenter qu'un quart environ de la population pénale. Néanmoins, comme le relevait le dernier rapport de la commission de suivi de la détention

¹⁸ Cette technique procédurale conduit le ministère public et le juge de jugement à négliger délibérément un élément constitutif ou une circonstance aggravante d'un crime avec pour effet de requalifier le crime en délit

¹⁹ Le sujet de thèse porte sur « l'appréhension de la responsabilité pénale des malades mentaux par les experts psychiatres, 1950-2007 ».

provisoire, dont les travaux ont été suspendus après la nomination de son président, Jean-Marie Delarue, comme contrôleur général des lieux de privation de liberté sur la base de constats opérés en 2007, la « *baisse des entrées en détention provisoire s'accompagne de l'augmentation continue de la durée de celle-ci, qui efface les effets de la baisse des flux* ». La durée de la détention provisoire demeure largement tributaire de l'organisation de la justice pénale, en particulier de l'allongement des durées d'instruction et des délais qui l'encadrent.

Si l'absence d'expertises ou la complexité des procédures judiciaires peuvent expliquer la présence, voire l'augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux en prison, l'expertise ne constitue pas par elle-même la garantie que des personnes susceptibles d'une déclaration d'irresponsabilité ne s'y trouvent pas. Deux cas de figure doivent ici être envisagés : l'insuffisance de l'expertise ou les dissentiments entre experts qui conduisent le plus souvent au choix de la responsabilisation (*Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? - Sénat, s. d.*).

La prison semble être la seule issue pour cette population qui semble prise dans les tourments d'un cercle vicieux qui est difficile à briser : dans un contexte d'urgence et de surcharge de travail, ces individus précarisés sont placés en détention provisoire le temps de préparer leur défense, rendant difficile la constitution d'un dossier qui leur serait plus favorable aux yeux des juges.

Au jugement, devant l'absence de garantie de représentation (de logement, de ressources économiques, d'une continuité dans les soins...), ils ne peuvent bénéficier d'aménagement de peine. Il semblerait que le système des filières garde à vue et de comparution immédiate soit un frein pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, nous avons vu dans cette première partie qu'elles étaient les limites de ces filières, mais il convient maintenant d'en mesurer les conséquences en abordant la finalité de ces limites dans le système carcéral, même s'il est question de limites de moyens, il y a tout de même certaines pistes d'améliorations que qui seront abordées.

Deuxième partie : Les limites rencontrées et les améliorations possibles

Il sera question dans cette dernière partie d'étudier les limites rencontrées dans la prise en charge des soins psychiatriques aux personnes détenues concernées, il y a très peu d'études épidémiologiques à ce sujet, la plupart sont anciennes et ne permettent pas de mettre en place les bons mécanismes pour pallier aux limites que l'on rencontre à travers de nombreux tableaux tels que la justice, le personnel pénitentiaire qui manque de moyens pour appréhender ces pathologies mentales, la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques est inégale et incomplète, l'accès aux soins dans une surpopulation carcérale constante et dans un contexte de manque de moyens dans le secteur psychiatrique ont de lourdes conséquences, ainsi la crise démographique de la psychiatrie française se ressent plus encore en prison qu'ailleurs. Malgré les lois, l'accès aux soins est très inégal selon que les personnes détenues sont ou non affectées à un établissement doté d'un SMPR mais il est aussi question d'une inégalité de la répartition territoriale et d'un nombre trop faible d'UHSA en France qui entraîne ainsi des dérives au sein du système des soins psychiatriques prodigués aux détenus, un dysfonctionnement entraînant trop souvent la répétition de condamnations et surtout qui prive le détenu de son droit à la santé. (1.1)

Rien ne doit jamais être figé, c'est pourquoi pour pallier aux problématiques et limites abordées, Eric Piel et Jean-Luc Roelandt dans un rapport portant leurs noms, nous éclairent sur les différentes limites qui pourraient en étant prises différemment pourraient être améliorées durablement les prises en charges en psychiatrie des personnes souffrant de pathologies mentales, cela passe tout d'abord par le respect des droits des détenus et leurs accès aux soins. Il faut soutenir et donner une caution médicale et scientifique à la psychiatrie afin d'obtenir une prise en charge égalitaire et efficiente des détenus. Outre le rapport des Docteurs Piel et Roelandt, la contrôleur générale des lieux de privation de liberté Adeline Hazan propose elle aussi dans son rapport des solutions concrètes pour répondre à la problématique des troubles mentaux chez les détenus, une association a même lancé le pas avec une étude, il s'agit de Médecin Du Monde. Il conviendra enfin de voir si l'herbe est plus verte chez nos voisins, avec des exemples suisses et belges de prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques. (1.2)

1.1 Sous-partie 1 : Les limites du système dans la prise en charge des personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques

la prise en charge des soins psychiatriques aux personnes détenues concernées, il y a très peu d'études épidémiologiques à ce sujet, la plupart sont anciennes et ne permettent pas de mettre en place les bons mécanismes pour pallier aux limites que l'on rencontre à travers de nombreux tableaux tels que la justice, le personnel pénitentiaire qui manque de moyens pour appréhender ces pathologies mentales, la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques est inégale et incomplète, l'accès aux soins dans une surpopulation carcérale constante et dans un contexte de manque de moyens dans le secteur psychiatrique ont de lourdes conséquences, ainsi la crise démographique de la psychiatrie française se ressent plus encore en prison qu'ailleurs. Malgré les lois, l'accès aux soins est très inégal selon que les personnes détenues sont ou non affectées à un établissement doté d'un SMPR mais il est aussi question d'une inégalité de la répartition territoriale et d'un nombre trop faible d'UHSA en France qui entraîne ainsi des dérives au sein du système des soins psychiatriques prodigués aux détenus,

un dysfonctionnement entraînant trop souvent la répétition de condamnations et surtout qui prive le détenu de son droit à la santé.

1.1.1 Le manque de moyens à disposition pour l'appréhension de soins des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques

Nombre de limites existent dès les premières procédures menant à la détention, le manque de moyens mis à la disposition des institutions concernées dans l'identification et la prise en charge des personnes détenues souffrant de pathologies mentales, mène à une défaillance évidente.

En France, la dernière étude épidémiologique effectuée sur la santé mentale (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.) au sein des prisons françaises montre que 8 détenus hommes sur 10 souffrent d'au moins un trouble psychiatrique et, parmi eux, 24 % souffrent d'un trouble psychotique. 42 % des hommes et la moitié des femmes en métropole ont des antécédents personnels et familiaux d'une gravité manifeste, 40 % des hommes et 62 % des femmes détenues présenteraient un risque suicidaire.

Une étude sur la santé mentale de la population carcérale du Nord-Pas-de-Calais conduite entre 2015 et 2017 a confirmé ces données et mis en lumière des comorbidités très fréquentes, puisque 45 % des arrivants en détention présenteraient au moins deux troubles psychiatriques et plus de 18 % au moins quatre troubles²⁰.

Le CGLPL depuis nombreuses années, fait état de la carence de l'analyse de la souffrance psychique des détenus, de l'évolution des troubles au cours de la détention et des effets potentiellement pathogènes de l'incarcération, et soulignait, dans son rapport d'activité de 2013, la nécessité de mieux connaître l'importance des troubles psychiatriques dans les lieux d'enfermement. À ce titre, il émettait la recommandation du lancement d'enquêtes épidémiologiques longitudinales sur les troubles psychiatriques dans les lieux de privation de liberté, y compris les hôpitaux psychiatriques.

Il est aujourd'hui indispensable d'améliorer la connaissance des pathologies mentales chez les personnes détenues, en les orientant vers la recherche d'une prise en charge adaptée et la définition d'une politique de soins et en insistant sur la nécessité de donner à cette démarche un caractère récurrent et consensuel.

Outre les études épidémiologiques manquantes, la justice également est déficiente dans ses moyens permettant d'identifier les pathologies mentales.

En effet, parmi les principales causes identifiées de la surpopulation carcérale figurent la détention provisoire et la procédure de comparution immédiate, qui sont destinées à presser une réponse pénale, aboutissant malheureusement trop souvent à des incarcérations immédiates. Pourtant, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont souvent des difficultés à les exprimer. Aussi, généralement les avocats commis d'office, intervenant dans ce type de procédures, n'ont pas toujours le temps ou la possibilité d'étudier les dossiers dans leurs

²⁰ Étude citée par Stéphane Mazars dans « La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques », Repenser la prison pour mieux réinsérer, Rapport des groupes de travail sur les conditions de détention en France, Assemblée nationale, mars 2018.

intégralités et lorsqu'une expertise psychiatrique est menée, la personne faisant l'objet de l'expertise est susceptible d'être incarcérée dans l'attente des conclusions, ce fait la mesure n'est pas suspensive. Quand une peine d'emprisonnement est prononcée, souvent elle est exécutée alors même que l'état de la personne condamnée nécessiterait des soins psychiatriques plutôt que de la prison.

Depuis le 1er mars 1994, l'article 122-1 du code pénal permet au juge de tenir compte, lorsqu'il « *détermine la peine et en fixe le régime* », d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré le discernement de l'auteur d'une infraction pénale²¹. La loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales prévoit quant à elle, le cas échéant, une réduction de la peine (d'un tiers quand est encourue une peine privative de liberté et, en cas de crime puni de la détention criminelle à perpétuité, cette dernière est ramenée à trente ans). Cette évolution a mis un terme à la pratique antérieure qui tendait à faire de l'altération du discernement résultant d'un trouble psychique ou neuropsychique une circonstance aggravante et, par conséquent, à alourdir les peines au lieu de les alléger, pratique qualifiée de discriminatoire par l'ONG Human Rights Watch²².

Les expertises psychiatriques sont systématiques comme nous avons pu le voir précédemment, qu'en matière criminelle et ne lient pas le juge, qui concluent cependant rarement à l'irresponsabilité totale prévue à l'alinéa premier de l'article L. 122-1 du code pénal. Cette tendance s'expliquerait en partie par les réticences des experts à orienter la personne examinée vers le service public hospitalier, dont ils connaissent les limites et le niveau de saturation (*Psychiatrie et prison / Cairn.info*, s. d.), auxquelles s'ajouterait leur méconnaissance du milieu pénitentiaire et des conditions de vie qui le caractérisent : ainsi certaines expertises mentionnent-elles que, malgré des troubles graves, la prison pourrait « *redonner le sens moral* » à l'intéressé, ou lui « *permettre de se resituer par rapport à la loi* ».

Enfin, comme le souligne un rapport parlementaire de l'Assemblée nationale sur la détention (Stéphane Mazars, 2018), l'expertise psychiatrique traverse, on le sait, une crise profonde, vis-à-vis du nombre insuffisant d'experts compétents mais aussi à cause du nombre grandissant des demandes d'expertises, du manque de formation ou encore du manque de moyens financiers investis dans cette voie.

Ces différents facteurs conduisent donc en détention les personnes souffrant de troubles psychiatriques alors qu'elles justifieraient une prise en charge psychiatrique. Le CGLPL rejoint ici, la conclusion des parlementaires, qui eux appellent le réexamen des dispositions relatives à la responsabilité pénale dans les situations d'abolition ou d'altération du discernement afin de mettre le juge en mesure de mieux appréhender la santé mentale des personnes prévenues.

²¹ « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » (al. 1). « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime [...] » (al. 2).

²² Double peine, condition de détentions inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France, Human Rights Watch, 2016

Il y a des troubles psychiatriques qui préexistent donc à l’incarcération et d’autres, qui peuvent subvenir lors de l’incarcération. Parfois, des troubles latents mais « compensés » avant l’incarcération, peuvent se manifester ou s’aggraver avec la détention. Finalement, la pathologie psychiatrique qui affecte la personne détenue introduit une complexité certaine dans sa relation avec le personnel pénitentiaire, qui a lui, une formation plutôt axée sur la sécurité plutôt qu’à la gestion de ces pathologies psychiatriques ; la prévention du suicide, pourtant, fait partie de l’enseignement prodigué au personnel pénitentiaire, mais des lacunes subsistent puisque la prise en charge des personnes dans un état dépressif ou atteintes de troubles psychotiques n’est pas abordée lors de cette formation. Le personnel pénitentiaire est donc mal armé pour mettre en œuvre des modalités de prise en charges conformes et adaptées aux détenus souffrant de pathologies mentales. Ainsi, il a pour seule initiatives ses propres ressources qui demanderaient à être interrogées et construites autour d’enseignements professionnels.

Le CGLPL rapporte qu’il a parfois vu des personnes souffrant de troubles psychiatriques rester enfermées dans leurs cellules, comme abandonnées à elles-mêmes, sans même qu’un soignant n’intervienne au motif que le patient n’en n’avait pas fait la demande. La demande du détenu ne peut pas suffire à détecter des troubles psychiatriques.

Grand nombre de détenus, en effet, bien que conscients des troubles qui les affectent, ne daignent solliciter d’eux-mêmes une consultation psychiatrique considérée comme un aveu de faiblesse susceptible, par exemple, de les exposer au risque d’être perçus comme auteurs d’infraction sexuelle, avec les conséquences liées en termes de relations avec la population carcérale. Enfin parfois, la demande de soins psychiatriques peut induire un soupçon d’instrumentalisation par l’administration pénitentiaire, qui perçoit la personne en demande comme utilitaire, c’est-à-dire motivée par le seul souci d’avoir un recours juridictionnel et non par un besoin réel de soins.

C’est pourquoi, ainsi qu’il l’a fait dans son rapport annuel pour 2013 et dans son rapport « *Le personnel des lieux de privation de liberté* », le CGLPL recommande au personnel de surveillance des établissements pénitentiaires bénéficie systématiquement de formations élémentaires afin de détecter et gérer les troubles mentaux de la population ici pénale. Il n’est évidemment pas question pour les surveillants de prendre en charge des pathologies mais de favoriser son repérage, afin de mettre en œuvre des modalités de surveillance adaptées.

1.1.2 La prise en charge inégale et incomplète des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques

En effet, la prise en charge médicale au sein des établissements pénitentiaires est inadaptée aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques cela amenant trop souvent ce type de détenus à voir leurs droits à la santé bafoués car les établissements ne sont pas habilités à apporter des soins conformes, cela même en dehors de la prison, les établissements tels que les UHSA par leurs trop faibles nombres en force amènent une non garantie de la continuité des droits du patient.

Depuis 2002, avec la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)²³, la prise en charge de la maladie mentale en prison est organisée selon trois modalités :

- l'ambulatoire, dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP),
- l'hospitalisation de jour dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et certaines USMP,
- l'hospitalisation complète, soit en UHSA, en soins libres ou sans consentement, soit dans des services psychiatriques de proximité, uniquement en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, prise à l'initiative du psychiatre et non de l'administration pénitentiaire (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.).

Malgré cette organisation, et contrairement à ce qui est prévu par la loi²⁴, les détenus souffrant de pathologies mentales n'ont pas d'accès aux soins qui équivalent à celui des patients libres. Ces difficultés sont soulignées depuis longtemps par les organismes professionnels et le CGLPL, qui ont été décrites dans le cadre de la stratégie nationale « *Santé des personnes placées sous-main de justice* » lancée en 2017 par le Gouvernement, mais aussi, par les groupes de travail déjà cités de l'Assemblée nationale.

La surpopulation inquiétante du nombre de détenus n'a pas été accompagnée d'un développement de moyens de santé. Ainsi, la crise démographique de la psychiatrie, en France, se ressent de manière plus sensible en prison qu'ailleurs.

L'accès aux soins ambulatoires et à l'hospitalisation de jour est très inégal selon que la personne détenue est ou non affectée dans un établissement doté d'un SMPR. L'offre de soins

²³ Ces unités ont été créées par la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. La première UHSA a ouvert en 2010, il en existe aujourd'hui neuf.

²⁴ Article L. 711-3 du code de la santé publique (CSP) modifié par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale : « Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L. 711-1 et, de plus, concourt :

1° A l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ;

2° A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

3° A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;

4° A la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;

5° Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;

6° Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente.

Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires ».

ambulatoires doit être complétée et la coordination des SMPR améliorée, pour mettre ces derniers à même de prendre effectivement en charge toute la population de leur « région » et pas seulement celle de l'établissement pénitentiaire qui les héberge (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.).

Toujours selon l'Avis du 14 octobre 2019, l'inégale répartition territoriale que nous connaissons en politique de santé en France et le faible nombre des neuf UHSA, auxquels s'ajoutent des difficultés relatives au transport des personnes détenues d'un établissement à un autre, bafouent le principe d'égalité d'accès aux soins à proportion de la distance qui sépare le site demandeur de l'UHSA, et augmentent les délais d'attente pour accéder à celles-ci. Aussi, en raison du nombre insuffisant d'UHSA, des psychiatres sont amenés à provoquer l'admission de personnes détenues en soins psychiatriques sans consentement au titre de l'article L. 3214-3 du code de la santé publique, qui régit l'unique situation dans laquelle une personne détenue peut avoir accès à un établissement de santé mentale ordinaire, selon les modalités de surveillance prévues à l'article D. 398 du code de procédure pénale, ce qui a pour conséquence de maintenir sous contrainte une personne qui pourrait bénéficier de soins libres dans une UHSA.

La coordination du dispositif est évidemment insuffisante pour garantir une véritable continuité des soins. En réalité, le retour en prison après un séjour en UHSA ou à l'hôpital, ne produit pas un environnement coïncidant à la prise en charge de troubles mentaux comme le ferait un centre médico-psychologique pour des personnes libres. Ainsi, il est question pour certains patients d'un cycle sans fin d'hospitalisations puis de retours en détention après un rétablissement qui reste toujours incomplet. On peut observer que, si le fait d'instituer des programmes de soins en milieu pénitentiaire peut paraître une idée séduisante, cela repose sur une assimilation excessive de la prison au domicile personnel et sur l'illusion que le milieu pénitentiaire est en mesure de fournir des prestations d'accompagnement et de soutien que l'on ne trouve pas dans les faits. Indépendamment des critiques que l'on peut constater dans les programmes de soins, il est question également de la réticence des professionnels à la perspective de soigner des patients punis.

Le rapport parlementaire, cité ci-dessus, propose de définir un ratio de personnel (médecins psychiatres, infirmières, psychologues, etc.) par détenu, de renforcer le rôle des agences régionales de santé dans la définition d'une offre de soins cohérente et d'évaluer la première tranche des UHSA. Ces propositions sont de nature à répondre aux besoins identifiés par le CGLPL.

1.1.3 La continuité des droits et les conditions de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques n'est pas toujours garanties

De manière générale la prise en charge médicale au sein des établissements pénitentiaires est inadaptée, il a été constaté de nombreuses fois que les personnes détenues souffrant de pathologies mentales avaient énormément de peine à accéder à des soins psychiatriques du fait du manque d'effectifs du personnel soignants, avec également des délais très importants afin d'obtenir un rendez-vous avec un psychiatre, mais aussi, dans les établissements pénitentiaires identifiés comme « permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté » (Article R.

57-8-3 du CPP) des personnes détenues condamnées à un suivi socio-judiciaire et des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Des contrôles ont eu lieu dans des établissements pour assurer justement cette prise en charge spécialisée, tous sont arrivés au même constat, celui de relever un manque évident de praticiens mais aussi des délais d'accès beaucoup trop importants à un suivi psychiatriques ou psychologique. Cette situation est d'autant plus préjudiciable que la condamnation de ces personnes à une peine d'emprisonnement est le plus souvent assortie d'une obligation de soins qu'il leur est impossible de respecter dans le cadre de leur incarcération.

Parmi les établissements supposés permettre une prise en charge adaptée, le centre pénitentiaire de Château-Thierry, (*Château-Thierry: une prison pour les «fous» – Observatoire International des Prisons*, s. d.) qui dispose d'une centaine de places, est investi d'une mission particulière, définie par une circulaire de 2012.

Il a pour vocation d'accueillir, dans son quartier maison centrale et pour un séjour temporaire visant à restaurer leurs liens sociaux et à leur permettre de se réadapter à la détention ordinaire, des personnes condamnées présentant des troubles du comportement rendant difficile leur intégration à un régime de détention classique, mais ne relevant ni d'une prise en charge par un SMPR, ni d'une hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement, ni d'une UHSA.

La même circulaire, précise ici toutefois qu'« *il ne s'agit pas d'une structure hospitalière, mais d'un établissement bénéficiant de moyens pénitentiaires et sanitaires renforcés au regard du public accueilli* ».

De ce fait, l'orientation des détenus vers cet établissement ne se fait pas sur décision médicale, mais relève de la seule administration pénitentiaire. Or, le CGLPL a constaté, lors de sa dernière visite en 2015²⁵, que l'établissement accueille en réalité des personnes détenues atteintes de troubles psychotiques sévères dont l'établissement d'origine n'est plus en mesure d'assurer la prise en charge, et ce pour des séjours parfois longs ou récurrents. La vocation première de l'établissement se trouve donc détournée pour pallier les carences structurelles de la prise en charge des détenus atteints de pathologies psychiatriques.

Si les agents pénitentiaires affectés à Château-Thierry, formés à l'accompagnement de publics difficiles en détention, ont acquis, dans la prise en charge de ces personnes, une expérience qu'ils mettent en œuvre avec bienveillance, le CGLPL a constaté de graves atteintes aux droits des personnes détenues, notamment du fait de l'administration de traitements médicamenteux lourds, en dehors de tout cadre juridique et du contexte hospitalier qui devrait les entourer. Plusieurs des personnes concernées n'acceptaient de se soumettre à de tels traitements qu'en raison de leur crainte de subir des injections forcées. À ce titre, le CGLPL estime que la prise en charge des troubles du comportement en milieu pénitentiaire telle qu'elle y est mise en œuvre présente de graves faiblesses qui font obstacle à ce que cet établissement puisse être considéré comme un modèle à reproduire.

En effet, l'existence d'un tel établissement repose sur une ambiguïté de principe relative effectivement à la place des personnes atteintes de pathologies mentales en prison. Du point de vue de l'administration pénitentiaire, qui est contrainte de prendre en charge des personnes qui

²⁵ Contrôleur général de lieux de privation de liberté, rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Château-Thierry (Aisne), du 30 mars au 2 avril et du 5 au 7 août 2015.

ne devraient pas relever de sa compétence, la création de cet établissement peut être regardée, tout de même, comme pertinente. Mais, pour améliorer la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques, il apparaît plus approprié de développer les structures hospitalières qui sont sécurisées que de créer des prisons médicalisées. Le CGLPL, en effet, considère qu'une personne souffrant d'une pathologie psychiatrique nécessite une prise en charge de longue durée, car elle n'est pas en capacité d'apprécier et de mesurer la portée de la peine, n'a pas sa place en prison : elle doit faire l'objet d'une prise en charge confiée à des soignants et à ce titre, être orientée vers un établissement de santé.

Ainsi, il convient de rappeler que l'article 720-1-1 du code de procédure pénale, modifié par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019, permet la suspension d'une peine d'emprisonnement « *quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention.* ».

Pourtant, les suspensions de peine accordées à des détenus pour incompatibilité de leur état de santé mentale avec la détention demeurent extrêmement rares, notamment comme vu précédemment, d'un repérage non pertinent des personnes susceptibles d'en bénéficier et de l'absence de structure d'accueil.

La prise en charge des personnes détenues durablement atteintes de troubles mentaux ne doit pas être l'affaire de l'administration pénitentiaire, mais elle doit donner lieu à une suspension de peine pour des raisons médicales et donc doivent se poursuivre en milieu hospitalier ordinaire, et si c'est nécessaire, en unité pour malades difficiles. À titre exceptionnel, dans les cas où cette mesure se révèle impossible, les pathologies mentales chroniques doivent être prises en charge dans un ou plusieurs établissements hospitaliers de long séjour sécurisé par l'administration pénitentiaire sur le modèle des UHSA, qui doivent rester consacrées au traitement de la crise.

Le CGLPL recommande de favoriser le développement de structures hospitalières sécurisées et de mettre en place la création de prisons médicalisées afin d'assurer une prise en charge adaptée, y compris de longue durée, aux personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques.

Il faut savoir que, la continuité des droits des patients séjournant en UHSA n'est pas toujours garantie, en effet, les UHSA sont des établissements hospitaliers dont la sécurité périmétrique est assurée par un établissement pénitentiaire, qui sert également de support administratif pour la gestion pénitentiaire du patient. La fluidité des relations entre les équipes hospitalières et pénitentiaires, ainsi que la distance qui sépare l'unité hospitalière de son établissement pénitentiaire de rattachement peuvent affecter l'exercice des droits des détenus, ainsi l'absence d'information sur la durée des séjours interdit aux patients détenus de gérer leur paquetage.

Les fiches de liaison entre les établissements et l'unité hospitalière sont mal renseignées ou manquantes, de sorte que les niveaux d'escorte sont décidés de manière arbitraire ; le service pénitentiaire d'insertion et de probation (Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), services déconcentrés de l'administration pénitentiaire au niveau départemental, assurent le contrôle et le suivi des personnes placées sous-main de justice, qu'elles soient en milieu ouvert ou en milieu fermé et les services sociaux ne sont pas présents, ce qui contraint les actions de réinsertion et les projets d'aménagements de peine.

Les conditions de détention et de visite sont défavorables. La dureté de ces conditions de séjour conduit de nombreuses personnes détenues à refuser une hospitalisation.

Il convient donc d'envisager toute mesure utile pour qu'une personne détenue placée en unité hospitalière ne subisse pas de restriction de ses droits en détention, en veillant notamment à assurer la continuité de sa situation administrative et à doter les unités hospitalières des moyens et infrastructures adaptés avec des parloirs, des activités, cantine,...(Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.).

Autre le fait que la continuité des droits des patients séjournant en UHSA n'est pas toujours garantie, il est aussi question des conditions de prise en charge de ces personnes détenues dans les services psychiatriques de proximité qui portent atteinte à leur dignité.

À ce sujet, l'article L. 3214-3 du CSP dispose : « *Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, [...] le représentant de l'État dans le département [...] prononce [...] son admission en soins psychiatriques [...]* » L'article D. 398 du code de procédure pénale précise quant à lui qu'il n'est pas fait application, à l'égard des détenus atteints de troubles mentaux, de la règle posée dans l'article D. 394 du même code « *concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie durant leur hospitalisation.* ».

Cette disposition semble en apparence clémente et transfère de la police vers l'hôpital la responsabilité de la gestion de l'aspect de sécurité de l'hospitalisation d'une personne détenue. Ainsi, malgré les exigences des lois et les recommandations du CGLPL en matière de recours à l'isolement, les personnes détenues hospitalisées sous ce régime sont placées, presque systématiquement, en chambre d'isolement et même parfois mises sous contention, même si leur état ne le justifie pas, pendant toute la durée de leur séjour qui, de ce fait, est souvent abrégé à la demande du patient (Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France), 2016).

Dans certains établissements visités par le CGLPL, il avait été mis en place, des installations à finalité exclusivement sécuritaire, pour la prise en charge des patients détenus et dont le principe même est contraire à la vocation de l'hôpital. Les constats faits par le CGLPL révèlent que de telles mesures sont souvent mises en œuvre sur la base de consignes orales, ce qui rend leur traçabilité impossible et pose la question de leur légalité.

Les personnes étant transportées de l'établissement pénitentiaire à l'hôpital souffrent souvent des conditions attentatoires à leurs droits, en effet, le transport est effectué par des soignants en véhicule sanitaire où la contention y est systématique. Pourtant, ces pratiques ne reposent sur aucun fondement juridique, elles sont généralement invoquées, pour justifier leur mise en œuvre, des instructions préfectorales anciennes et pour la plupart ne sont pas traçables, ou la responsabilité du médecin en cas d'évasion, en dépit de l'absence d'un texte qui en constituerait le fondement ou d'exemple de situation dans laquelle elle aurait été mise en cause. Dans ces conditions, lors de son transport entre un établissement pénitentiaire et l'hôpital, le patient ne doit pas être placé sous contention, une telle mesure ne devant être mise en œuvre que sur prescription médicale et en raison de l'état ou du comportement de l'intéressé, jamais en raison de son statut ni de manière systématique (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.).

Le CGLPL, à l'instar de l'expert des Nations unies chargé des questions sur la torture (Mentionné par l'association Human Rights Watch dans son rapport précité.), considère que de telles mesures de contraintes, décidées en l'absence de toute indication thérapeutique, doivent être regardées comme constituant un traitement cruel, inhumain et dégradant. La presque totalité des visites ayant été menées dans les établissements de santé mentale ont été l'occasion pour le CGLPL de renouveler ce constat. Dans de rares cas, les patients détenus sont admis dans des services fermés classiques, dans lesquels ils ont accès aux soins dans les mêmes conditions que n'importe quel autre patient, sans qu'il en résulte de dommage particulier ou d'atteinte à leurs droits fondamentaux.

S'agissant de l'admission des personnes détenues en soins psychiatriques le CGLPL recommande donc que des directives nationales soient données pour mettre un terme à la mise des menottes systématique des personnes pendant leur transport d'un établissement à un autre et leur placement systématique à l'isolement, pratiques sécuritaires qui ne sont pas plus nécessaires que proportionnées. Un dispositif de contrôle doit par ailleurs être mis en place pour veiller à la mise en œuvre effective et au respect de ces directives (Avis 14 octobre 2019, précité).

Lorsque la détention prend fin, elle peut occasionner une rupture de la prise en charge. Il y a bien des consultations pour les personnes détenues « sortantes » servant à préparer la sortie des détenus souffrant de troubles psychiatriques, en identifiant un médecin de référence pour celle-ci, ce médecin recevra ainsi le dossier médical du patient, malheureusement, la surpopulation pénale, la situation trop souvent précaire des personnes sortantes, parfois dépourvues de logement et les difficultés liées au secteur psychiatrique rendent souvent ce dispositif inefficace. Cela peut conduire à des incarcérations répétées, phénomène d'autant plus aggravé par les carences du repérage de la pathologie mentale dans le cadre de la filière de la comparution immédiate : une personne détenue, selon atteinte de troubles mentaux est libérée sans accompagnement médical, réitère des actes qui la conduisent devant la justice, laquelle ne détecte pas toujours lesdits troubles et prononce, faute de garanties de représentation, une nouvelle peine d'emprisonnement.

Pour stopper cette spirale, il conviendrait de coordonner efficacement les moyens médicaux, sociaux et judiciaires, pour ainsi, que les personnes étant concernées puissent obtenir un accompagnement sanitaire et médico-social. En effet, les enjeux de la prise en charge psychiatrique des libérés de prison sont essentiels pour leur réinsertion future et durable. (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.)

1.2 Sous-partie 2 : Les améliorations possibles pour une efficacité dans la prise en charge des personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques

Rien ne doit jamais être figé, c'est pourquoi pour pallier aux problématiques et limites abordées, Eric Piel et Jean-Luc Roelandt dans un rapport portant leurs noms, nous éclairent sur les différentes limites qui, en étant prises différemment, pourraient améliorer durablement les prises en charges en psychiatrie des personnes souffrant de pathologies mentales, cela passe bien évidemment par le respect des droits de l'humain. Il faut soutenir et donner une caution médicale et scientifique à la psychiatrie afin d'obtenir une prise en charge égalitaire et efficace des détenus. Outre le rapport des Docteurs Piel et Roelandt, la contrôleur générale des lieux de privation de liberté, Adeline Hazan propose elle aussi dans son rapport des solutions concrètes pour répondre à la problématique des troubles mentaux chez les détenus, une association a même lancé le pas avec une étude recherche permettant d'éviter la prison aux condamnés souffrant de troubles psychiatriques, il s'agit de Médecins du Monde. Il conviendra enfin de voir si l'herbe est plus verte chez nos voisins, avec les exemples suisses et belges, qui ont très tôt opérées une distinction entre « peines » et « mesures ».

1.2.1 Le respect des droits humains et l'accès aux soins

Nous sommes dans un système qui se veut sécuritaire au maximum, cela passe donc par la sanction mais cela amène trop souvent vers une confusion avec les droits humains.

Éric Piel, dans son rapport avec Jean-Luc Roelandt datant de 2001 (*Rapport Piel et Roelandt - juillet 2001*, s. d.), apportent trois réponses à cette question du respect des droits humains et de leur accès aux soins dans les parcours carcéraux. Il faut, en effet, toujours que toute personne présentant un trouble psychique et ayant commis un crime ou un délit puisse bénéficier d'une instruction complète, c'est-à-dire à charge et à décharge, suivie d'un procès, qui doit en premier juger de l'imputabilité d'un acte à un innocent présumé et ensuite, dire qu'elle sera la peine.

Ainsi, ne plus confondre le juge et le psychiatre, et considérer l'expertise psychiatrique comme un avis et non pas comme un jugement. C'est une solution sage pour les citoyens qui doivent être jugés et pas uniquement pour les victimes. C'est expliquer qu'il y a de l'humain et du citoyen dans toute personne, quels que soient ses actes et son état de santé. Les troubles psychiques n'aliènent pas les droits humains et la citoyenneté.

Actuellement, quand un jugement conclut à l'irresponsabilité pénale et que les faits sont graves, il y a substitution de l'autorité judiciaire par l'autorité préfectorale. Il est très rare que la personne soignée puisse être réintégrée rapidement dans son milieu d'origine, étant donné la vague d'émotion que le crime a pu entraîner. Comme l'a souligné récemment Robert Badinter (Roelandt, 2009), ces cas concernent très peu de personnes, mais sont emblématiques dans l'opinion publique.

Ces personnes, en fonction d'une dangerosité potentielle ou du fait de l'émotion publique qu'a entraînée leur crime, sont alors transférées en unités pour malades difficiles. Les UMD sont considérées comme des hôpitaux psychiatriques, mais ne serait-il pas plus pertinent qu'elles soient transformées en prisons-hôpitaux, sous autorité judiciaire, et que les individus qui ont

commis un crime et ont été jugés irresponsables soient condamnés à des peines en unités pour malades difficiles (UMD). C'est la solution italienne, anglaise ou allemande. L'enfermement dans ces conditions est judiciaire, et non sanitaire, ce qui permet de différencier la psychiatrie de la justice.

Une autre réponse des Docteurs serait de permettre l'accès à tous les soins ambulatoires en prison et intégrer les services de psychiatrie dans les unités hautement sécurisées interrégionales (UHSI).

Il faut rappeler qu'actuellement si un détenu a besoin de soins somatiques il est admis à l'hôpital général avec une garde pénitentiaire ou policière, mais si ce même détenu a besoin de soins psychiatriques constants, il est envoyé à l'hôpital psychiatrique, sans garde d'aucune sorte. On place alors de fait l'équipe de soins psychiatriques dans un rôle de gardien de prison ou de policier, et les services d'hospitalisation psychiatrique se transforment en prisons, alors que ce sont des lieux de soins. Ainsi, les détenus hospitalisés en psychiatrie sont souvent enfermés en chambre d'isolement, médicamentés massivement et renvoyés rapidement d'où ils viennent.

Cette attitude qui est encore plus enfermante que la prison, est liée à l'émotion des équipes soignantes désemparées face à un rôle de gardiennage qu'elles ne veulent plus assumer et qui n'est pas dans leur compétence. Face à la pression grandissante des juges et des préfets pour la surveillance de ces personnes qui ne doivent pas « *s'évader* ». Les hôpitaux n'étant néanmoins pas des prisons, les « *évasions* » sont possibles et cela se sait dans le milieu carcéral.

Les services de médecine, chirurgie, obstétrique avaient obtenu cet accès aux soins de qualité pour les détenus malades dans les CHU, par la création des UHSA. On avait évidemment oublié d'inclure la psychiatrie dans ce dispositif. Les représentations sociales de la population et, par conséquent des décideurs, associant depuis longtemps les hôpitaux psychiatriques aux prisons. La création d'UHSA permettrait de garantir les soins aux personnes sous-main de justice et ne pas confondre la fonction soignante avec la fonction d'enfermement. Elles auraient dû voir le jour dès 2002 et être incluses dans les CHU.

Ils avaient à l'époque désiré y adjoindre quelques lits de psychiatrie. L'hospitalisation psychiatrique étant de courte durée, l'arsenal psychothérapeutique et chimiothérapeutique devant être mis en place rapidement. 15 à 25 lits par région auraient dû être largement suffisants.

Ce sont finalement des UHSA qui seront créées, en dupliquant le modèle existant pour les soins somatiques. Elles doivent permettre d'implanter dans l'enceinte des hôpitaux généraux de nouvelles structures de soins sécurisées par l'administration pénitentiaire et réservées à l'hospitalisation des détenus présentant des troubles psychiatriques. Mais on peut craindre que les projets d'UHSA actuels ne soient détournés de leur but et servent de simple soupape à la prison. Leur implantation dans les hôpitaux généraux couplée aux UHSA aurait permis la prise en charge conjointe d'une psyché et d'un soma souvent très intriqués.

Enfin, la dernière réponse de ce rapport (*Rapport Piel et Roelandt - juillet 2001, s. d.*) ne concerne pas directement la psychiatrie. Comme l'écrivait Georges Lantéri-Laura : « *Les infractions, par elles-mêmes ne constituent jamais des sortes de maladies, de telle manière qu'avec les intentions les plus louables, il demeure dénué de sens de confondre peine et traitement, et d'imaginer qu'une espèce de traitement, appliqué dans des conditions assez contraignantes, pourrait représenter la forme moderne et judicieuse de la peine. Si l'on estime que la déontologie et le souci d'efficacité peuvent éventuellement se concilier, ce ne saurait*

être qu'à la condition expresse de dissocier absolument ce qui relève de la condamnation et du châtement, et ce qui concerne la thérapeutique. » Toute notre rétrospection tend ainsi à éclairer la problématique actuelle et à mettre en lumière les apories propres à la confrontation des déviances sexuelles, de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la justice. »

Les ministres de la Justice et de la Santé ont récemment décidé la création des centres de rétention de sûreté pour les personnes ayant purgé leur peine mais étant jugées « *potentiellement dangereuses* ». La personne sera alors placée dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté, sous double tutelle justice et santé, dans lequel lui sera proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale et sociale, destinée à permettre la fin de la mesure. Nous reconnaissons là l'ancien principe de la relégation pour les criminels (au bagne de Cayenne), au nom de leur dangerosité potentielle.

Pour exister, ces centres ont une fois de plus besoin d'une caution médicale et « scientifique » de la psychiatrie pour maintenir en détention des gens qui ont purgé leur peine (Roelandt, 2009). Aujourd'hui, la caution psychiatrique devrait autoriser l'enfermement à vie du délinquant, pour une cause médicale, alors que la science psychiatrique est variable et imparfaite. Elle est très influencée par les normes et les théories en cours. Il n'y a pas de marqueurs biologiques en psychiatrie. Nous pensons que la société ne doit absolument pas utiliser la médecine à des fins sécuritaires. La sécurité des individus n'a pas besoin de caution scientifique pour être garantie. Anticipons ce qui se passe déjà pour les criminels jugés « *irresponsables* » : les experts ne prendront pas la responsabilité de les mettre en liberté. On ne sait définir scientifiquement la « *dangerosité potentielle* », déjà pour les malades, c'est difficile, alors pour des détenus non malades. Donc une institutionnalisation massive est à craindre.

Dans le cas des délinquants sexuels, on peut se demander si la réponse relève de la psychiatrie, ou pas plutôt de la criminologie et de l'endocrinologie, puisque la thérapie qui est proposée est souvent une surveillance policière et une forme la castration chimique.

Les troubles de la personnalité ne sont pas des troubles psychiques, c'est une donnée du champ de la psychologie, de la sociologie ou de la criminologie. L'avis du psychiatre ne peut être convoqué que si la personne présente par ailleurs des troubles psychiques et uniquement dans ce cas.

La notion si floue de « *dangerosité potentielle* » est l'ombre qui plane depuis plus de deux siècles sur la psychiatrie française. Elle a contaminé la merveilleuse machine de Pinel et d'Esquirol, la création utopique de l'asile d'aliénés, qui au début était uniquement là pour soigner les passions humaines. À cause de cette « *dangerosité potentielle* », les asiles, lieux de soins modèles, sont devenus des lieux totalitaires d'observation des comportements dangereux du fait d'une maladie psychiatrique. Au nom de cette théorie – tout « fou » peut être dangereux car combien de personnes ont terminé leur vie à l'hôpital psychiatrique parce que l'on craignait leurs réactions ?

L'évolution des pratiques soignantes permet désormais le maintien des personnes vivant avec des troubles psychiques dans leur milieu de vie. Il est donc possible de ne plus enfermer à vie des personnes à l'hôpital psychiatrique, et de ne plus bannir en relégation des personnes qui ont purgé leur peine de prison. Les droits de tout citoyen doivent être garantis.

Cette évolution doit passer par un changement de paradigme radical au « *soigner ou punir* », qui a engendré la confusion (la prison qui soigne et l'hôpital qui enferme), il faudrait préférer le « soigner et punir », qui laisse à la psychiatrie le soin et à la justice la punition et l'enfermement, si nécessaire, pour les délinquants.

Dans cette option, soigner et punir, la réinsertion et la réhabilitation doivent être au cœur de l'action des professionnels de chaque champ, afin d'œuvrer avec la personne concernée à sa réinsertion et ses soins.

Pour y parvenir, il faudrait différencier clairement les pouvoirs :

- à la justice et la police le pouvoir de préserver ou supprimer la liberté ;
- à la psychiatrie le pouvoir de soigner – en n'importe quels lieux et situations, même et surtout en prison ;
- aux associations d'usagers de psychiatrie le pouvoir de se battre pour défendre leurs droits et être reconnus comme des citoyens à part entière.

Dans cette optique, quelques propositions pour une révision de la loi de juillet 1990 sur l'hospitalisation psychiatrique peuvent être avancées.

Il est essentiel de différencier trois cas de figures :

- Les personnes ayant des troubles psychiques,
- Les personnes ayant des troubles psychiques, ayant commis des actes délictueux et étant jugées responsables,
- Les personnes ayant des troubles psychiques, ayant commis des actes délictueux et étant jugées irresponsables pénalement.

Pour une grande majorité de personnes ayant des troubles psychiques, le soin se fait en ambulatoire. Si leur état le nécessite, une hospitalisation libre peut être envisagée dans des services de psychiatrie intégrés dans les hôpitaux généraux. Pour celles qui ne peuvent pas consentir, la mise en place d'une obligation de soins transitoire (maximum 15 jours), non liée à un trouble de l'ordre public, en ambulatoire ou en hospitalisation, en fonction des besoins de soins de la personne. L'obligation de soins pourrait être décidée par le maire sur avis médical. La vérification de la procédure du traitement sanitaire obligatoire et les recours relevant du juge au civil. Les personnes sont hospitalisées dans les mêmes services hospitaliers décrits précédemment, les soins étant les mêmes, seul le consentement varie.

Pour les personnes ayant des troubles psychiques, délinquantes, responsables de leurs actes et purgeant une peine de prison. Si une hospitalisation du fait d'un trouble psychique est nécessaire, elle s'effectue en UHSA. Comme pour les soins somatiques, la garde est pénitentiaire. Il faudrait rééquilibrer ce programme, en créant dans chaque région quinze à vingt lits d'hospitalisation, pas plus (soit 450 lits au total contre 800 prévus). L'idéal étant de les associer aux lits d'UHSA pour le somatique.

Pour les personnes ayant des troubles psychiques, délinquantes et jugées irresponsables pénalement (art. 122-1). Que soient créés des prisons-hôpitaux, par passage des UMD actuelles sous un statut pénitentiaire. L'entrée et la sortie se feraient sous contrôle judiciaire – au pénal, avec procès et recours habituels garantis et des soins psychiatriques seraient donnés dans ces

UMD. Et dès que cela est possible, libération conditionnelle, avec mesures de contrôle judiciaire et/ou des soins et un suivi psychiatrique dans la cité.

Ces propositions de bon sens permettraient de différencier nettement le soin de la peine, tout en permettant l'accès aux soins pour tous y compris en prison. Elles auraient pour avantage aussi de lutter contre cette stigmatisation odieuse qui fait de tout malade un délinquant potentiel. Cela nécessite une révolution dans notre manière de penser : mettre au premier plan le citoyen plutôt que le malade, avec des droits et des devoirs. Et de n'enfermer les personnes que pour ce qu'elles ont fait et non pas pour ce qu'elles sont.

Écouter la parole des personnes ayant des problèmes de santé mentale, les accompagner pour vivre dans une société commune, en leur accordant autant d'attention qu'à n'importe quel citoyen, voici ce qui est en jeu. Surtout lorsque l'on connaît l'importance des problèmes de santé mentale à l'heure actuelle dans la population française, cela paraît impensable de ne pas prendre le problème plus à cœur.

Cette évolution est conditionnée par la distinction claire entre trouble psychique et délinquance, psychiatrie et justice, afin que la psychiatrie ne soit plus synonyme d'enfermement, de danger, mais de médecine au sens noble du terme (Roelandt, 2009).

1.2.2 Des travaux français pouvant mener à une amélioration

Plusieurs travaux français ont montré que les améliorations pouvaient s'établir autour de solutions qui passaient avant tout par l'évitement de la prison pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

Pour Médecin du monde, les personnes souffrant de troubles psychiatriques majeurs sont incarcérées de façon répétée pour des délits mineurs. Pour remédier à cette situation, Médecins du Monde plaide pour un dispositif expérimental d'alternative à la détention provisoire, passant par un meilleur repérage des troubles psychiatriques durant la garde à vue et un accompagnement médico-social avant jugement (*Troubles psychiatriques en prison : casser la spirale (Médecins du monde) – Observatoire International des Prisons*, s. d.)

L'association Médecins du monde a lancé à Marseille un programme original, au lieu d'aller en prison, certains condamnés souffrant de troubles psychiatriques sévères se voient proposer un suivi intensif reposant sur les soins, le logement et l'accompagnement social.

Un logement plutôt que la prison, c'est le pari qui a été mené à Marseille, un test a été établi contre la récidive des petits délinquants.

Ainsi ce test passe par l'hébergement des petits délinquants sans logement et atteints de troubles mentaux plutôt que de les enfermer en prison. Ce pari est le fruit d'une équipe de chercheurs et médecins marseillais qui luttent contre la récidive, cela, en contrat avec plusieurs ministères dont celui de la Justice.

« C'est un changement de regard sur la punition, un programme qui donne des chances aux jeunes de s'en sortir », estime Pascal Vinarnic, de la fondation Demeter, un des investisseurs dans le projet Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif (Ailsi). Dès le

premier trimestre 2019, le test sera lancé à Marseille: plus de trois personnes par mois (100 en deux ans) seront « *recrutées* » directement pour le programme dans les geôles du tribunal.

La cible du programme: des hommes plutôt jeunes, sans logement et atteints de troubles mentaux, la plupart du temps sans travail ni famille, auteurs de délits mineurs (outrage à agent ou vol à l'arraché par exemple) qui sont jugés en comparution immédiate, dans un délai très court.

« *On a constaté un parcours en +portes battantes+ pour ces personnes entre la rue, la prison et l'hôpital* », une sorte de « *cercle vicieux* », explique Thomas Bosetti, psychiatre de Médecins du Monde et coordinateur du projet.

Ce constat est appuyé par une étude de terrain à Marseille, en comparution immédiate, les personnes qui cumulent troubles psychiatriques et absence de logement ont 21 fois plus de chances d'être incarcérées que les autres, selon Warren Azoulay, doctorant en droit.

« *La comparution immédiate, créée dans un souci d'accélération de la justice, est devenue une procédure d'abattage, pourvoyeuse d'incarcération de personnes précarisées* », constate Adeline Hazan, contrôleur générale des lieux de privation de liberté (CGLPL), invitée à une conférence sur le projet Ailsi à Marseille.

C'est une procédure pénale qui « *Ne permet pas d'avoir une connaissance suffisante des pathologies mentales du prévenu* », selon Mme Hazan. Une méconnaissance renforcée par l'absence de médecin.

« *La cible d'Ailsi c'est une population +flottante+, qui ne commet pas de délit assez grave pour justifier une instruction mais n'a pas de garanties de représentations suffisantes pour être laissée en liberté* ». Les prévenus sont alors généralement « *condamnés à des courtes peines d'un à six mois, dont on sait qu'elles sont facteurs de récurrence et de ruptures* », déplore Adeline Hazan.

« *On interviendra au moment du déferrement, la proposition de logement sera versée au dossier pénal, pour que le magistrat puisse décider ou non de l'appliquer* », explique le psychiatre de Médecins du Monde, Thomas Bosetti.

Si le juge applique le projet Ailsi, le prévenu sera d'abord hébergé dans un logement collectif, avant de se voir proposer un logement individuel et un accompagnement pluridisciplinaire (psychiatre, addictologie, job coach).

« *Certains commettent des actes de délinquance parce qu'ils sont en rupture de soins, l'idée c'est de leur éviter la prison qui conduirait à une plus grande désocialisation pour eux* », constate Xavier Tarabeux, procureur de la République de Marseille.

Pendant cinq ans, des chercheurs du laboratoire de santé publique de l'Université d'Aix-Marseille évalueront si les personnes hébergées ont un taux de récurrence plus faible que le « *bras témoin* » 120 prévenus à qui on ne proposera pas le logement.

« *Le critère principal sera la durée d'incarcération, mais aussi l'hospitalisation, avec l'idée de montrer que ça revient moins cher pour la société de loger les auteurs de petits délits* », rapporte M. Bosetti, qui rappelle: « *une récurrence en moyenne coûte 250.000 euros à l'État* ».

Le projet Aïlsi a fait l'objet en mai 2017 d'un protocole d'engagement signé par cinq ministres, dont ceux de la Justice et de la Santé, dans le cadre d'un « Contrat à impact social ». Il sera financé à hauteur de 7 millions d'euros, dont une partie sera avancée par des fondations.

Adeline Hazan, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté propose dans son rapport une série de solutions concrètes pour répondre à cette problématique des troubles mentaux chez les détenus. La psychiatrie est en crise sur la plupart du territoire français et plus spécifiquement sensible dans l'enceinte des prisons. Madame Hazan déplore le manque de moyens déployés pour les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques et se penche sur les points qui pourraient nous permettre de palier à ces défaillances multiples, car pour autant, tout n'est pas perdu. « *Il existe une série de mesures absolument prioritaires à mettre en place pour améliorer la prise en charge de ces patients* » selon Adeline Hazan (*Troubles mentaux chez les détenus*, 2019).

Le premier obstacle pour Adeline Hazan c'est le manque de données, en effet dans son rapport elle propose une amélioration des données, c'est-à-dire qu'il faut que la France établisse plus d'études sur le nombre de détenus atteint de troubles psychiatriques. Car en effet, le dernier rapport national établis sur ce sujet date de 2007 était déjà très inquiétant. À l'époque huit détenus masculins sur dix souffraient d'au moins un trouble psychiatrique, et, parmi eux, 24% étaient atteints d'un trouble psychotique, tandis que pas moins de 40% des hommes et 62% des femmes présentaient un risque suicidaire. Des chiffres qui pourraient bien avoir massivement évolué depuis plus de dix ans. "Cela fait longtemps que nous demandons une actualisation de ce genre de rapport, qui semble être le premier pas vers une meilleure prise en charge des détenus malades".

Une "nécessité", confirme Nicole Belloubet dans une lettre adressée à Adeline Hazan, en réponse aux demandes de la Contrôleure. "À ce titre, deux études sur la prévalence des troubles mentaux débiteront en début 2020", est-il indiqué, pour un budget d'environ "un million d'euros" financé par "la direction de l'administration pénitentiaire et le comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation". Une "avancée", pour Adeline Hazan, qui regrette tout de même "que cette enquête que nous demandons depuis des années ne démarre qu'en mars 2020 et s'étale sur trois ans". "Tout cela nous amène à un avenir relativement éloigné", souligne-t-elle.

Il faut indéniablement proposer d'autres solutions que l'incarcération. Mais avant même que ces malades ne soient emprisonnés, Adeline Hazan regrette "des condamnations effectuées dans des conditions qui ne sont pas satisfaisantes". "Les magistrats n'ont pas suffisamment de moyens pour se rendre compte de l'état psychiatrique des détenus au moment de la condamnation", souligne-t-elle, accusant notamment la rapidité des procédures de comparution immédiates. "À quel moment les magistrats peuvent-ils apprécier les situations mentales et médicales de ces personnes ?", interroge-t-elle. "Il faut renforcer les équipes autour des magistrats, qui font des enquêtes sociales ou personnelles sur les potentiels futurs détenus".

Sur cette question, la garde des Sceaux assure apporter un soutien financier à l'expérimentation "Alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif AiLSi", menée par Médecins du Monde et qui vise à éviter "l'incarcération de personnes présentant une pathologie mentale en privilégiant une orientation vers des dispositifs de prise en charge adaptés".

Pour la CGLPL, *"D'autres solutions que l'incarcération"* doivent être proposées plus régulièrement, que ce soit en amont du processus de condamnation ou après la prononciation de la peine. *"Il y a une loi prévue pour les suspensions de peines pour les détenus souffrant de pathologies somatiques ou psychiatriques, mais quasiment aucune suspension effective. Cette pratique, qui existe, n'est pas appliquée dans la réalité"*, accuse Adeline Hazan.

Il est nécessaire qu'il y est plus de place dans les établissements spécialisés, car le manque de place dans ces établissements *« impacte tout le système »*.

Aujourd'hui, les détenus malades ne peuvent être pris en charge que dans des unités sanitaires de *"simples infirmeries"* selon la Contrôleure, des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), où ils peuvent être hospitalisés pour de très courtes durées, et des unités hospitalières spécialement aménagées. C'est sur ce point que tique Adeline Hazan. *"Depuis 2010, seules neuf unités ont été construites, sur les 17 prévues. Elles ne peuvent pas accueillir tout le monde, ce qui engrange des délais d'attentes importants et un suivi presque impossible"*.

Ainsi, le résultat c'est que les malades alternent entre la prison et les séjours en UHSA, *"jamais assez longs pour les guérir en profondeur"*.

Dans sa réponse, Nicole Belloubet assure *"que son équipe commence à veiller à la mise en place de la deuxième tranche d'UHSA"*, explique Adeline Hazan. *"Cela a été beaucoup plus long que prévu, le ministère attend des évaluations, l'exploitation de rapport... Pourtant, c'est une priorité"*. Ces unités, spécialisées dans le soin psychiatrique des détenus, permettent aux médecins de travailler sous la surveillance de l'administration pénitentiaire. *"Alors que dans les hôpitaux classiques, le personnel est démuni face aux détenus, et les placent presque systématiquement en isolement forcé, voire en contention. Même si leur état ne le justifie pas."*

Pour finir, Adeline Hazan pointe l'importance de la formation des personnels pénitentiaires, souvent perdus face aux réactions des détenus, et incapables de *"détecter et gérer les troubles mentaux des populations pénales"*. Pour la Contrôleure, la formation est une *"passerelle évidente"* vers l'amélioration de leurs conditions d'incarcération.

Une *"priorité"* également pour Nicole Belloubet, qui assure prévoir l'élaboration de *"sessions de formation et de sensibilisation des personnels pénitentiaires par les SMPR aux conduites à tenir face à des personnes présentant des troubles psychiatriques et du comportement"*. Le ministère souhaite également attirer de nouveaux professionnels en prison, *"en renforçant l'attractivité d'exercer en milieu pénitentiaire"*.

Quoi qu'il en soit, *"deux objectifs doivent guider les débats à venir"*, conclut le rapport. *"Mettre un terme à l'atteinte aux droits fondamentaux des personnes détenues [...], et parvenir enfin à l'égalité réelle dans l'accès aux soins des personnes détenues"*. (Troubles mentaux chez les détenus, 2019).

Deux pays voisins de la France, la Belgique et la Suisse, prévoient que les mesures d'internements ou de traitements en milieux fermés peuvent être prononcées ou suivies par le juge à l'encontre de personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Ces mesures sont très différentes de l'hospitalisation d'office.

1.2.3 Des exemples chez nos voisins européens

La question de la prise en charge des acteurs d'infraction atteints de troubles psychiatriques mérite d'être abordée sous un autre angle que celui pris jusqu'ici, en France. La Suisse et la Belgique, deux pays voisins ont d'autres solutions à apporter à cette question.

Ce sont deux modèles riches en enseignements sans non plus être des modèles en tous points exemplaires.

Se pencher sur les exemples tels que la Suisse et la Belgique permettent de tirer quelques enseignements de la manière dont les auteurs d'infractions atteints de troubles psychiatriques sont pris en charge :

- La Suisse et la Belgique se distinguent de la France par l'existence de mesures d'internement ou de traitement en milieu fermé pouvant être prononcées et suivies par le juge à l'encontre de personnes pour lesquelles la peine ne paraît pas adaptée en raison de leur état psychique. Ces mesures, très différentes de l'hospitalisation d'office, peuvent être soit à durée limitée avec prolongation éventuelle, soit sans durée avec possibilité de réexamen régulier.

- En ce qui concerne les modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures, la Suisse et la Belgique font preuve d'un pragmatisme extrême, dès lors qu'elles doivent faire face à des contraintes budgétaires fortes. Ainsi, les établissements réellement réservés aux personnes soumises à des mesures sont en nombre réduit (la Suisse romande attend un tel établissement depuis quarante ans), de sorte que les personnes concernées peuvent se trouver en hôpital psychiatrique ou en établissement pénitentiaire.

- La Belgique, qui confiait à des commissions tripartites (magistrat, médecin et avocat) le soin d'affecter les personnes internées puis de prendre les décisions relatives à leurs permissions de sortie et leur libération, revient sur ce système en judiciarisant intégralement ces mesures.

- En Belgique comme en Suisse, le travail commun entre magistrats et médecins paraît plus aisé et plus développé qu'en France sur ce qui suit en Belgique (*Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? - Sénat, s. d.*) et

Alors que le code pénal belge dispose d'un article relatif à la responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles mentaux, similaire à l'ancien article 64 du code pénal français, les conséquences qui en sont tirées sont très différentes de celles qui prévalent en France.

En 1930, la Belgique introduisait la loi de défense sociale afin de protéger la société des « *aliénés délinquants* ». Alternative à la prise en charge pénale, elle prévoit une mesure d'internement à durée indéterminée, tant que l'état mental de la personne laisse présager une dangerosité sociale. Dans le même temps, la mesure soumet la personne à un régime curatif. Dans sa philosophie, il s'agit de traiter les anormaux « *non en délinquants mais en malades* » en associant à la mesure de sécurité une mesure de soin « *scientifiquement organisée* » (Projet de loi, Exposé des motifs, cité dans : Yves Cartuyvels « *L'internement de défense sociale en Belgique : entre soin, dangerosité et sécurité* », (*L'information psychiatrique*, 2017, volume 93, n° 2.).

Dans la pratique cependant, l'objectif de soin a souvent été oublié au profit d'une logique purement sécuritaire, ce qui a valu à la Belgique de nombreuses condamnations internationales.

Une récente loi tente de rééquilibrer le dispositif au profit du soin et de la réinsertion. Mais le système, en mutation, connaît encore des défaillances. Surtout, la nouvelle législation opère des transformations qui posent question : elle judiciaireise encore davantage le dispositif de l'internement, et crée une confusion croissante entre soin et peine.

La loi sur la défense sociale²⁶ prévoit deux mesures principales :

La « mise en observation », qui permet de maintenir la personne dans une annexe psychiatrique de prison le temps de déterminer si son état mental justifie ou non un diagnostic d'irresponsabilité pénale et de dangerosité exigeant son internement, et la mesure d'internement elle-même, qui doit en principe s'appliquer dans un établissement dit de « *défense sociale* » prévu à cet effet²⁷.

Il existe cependant de nombreux lieux d'internement dont les statuts diffèrent et, avec, la qualité de la prise en charge. Jusqu'en 2016, la Belgique francophone²⁸ n'avait que trois établissements de défense sociale, l'un dépendant du ministère de la Justice et les deux autres de la Santé. Si les établissements rattachés aux services de santé²⁹ semblent offrir des conditions de prise en charge relativement satisfaisantes, l'établissement de Paifve, dépendant de la Justice, est régulièrement pointé du doigt pour son régime avant tout carcéral. Dans le rapport de sa visite d'avril 2017, le Comité européen de prévention de la torture (CPT) pointe de nombreux problèmes : le manque de personnel d'encadrement, pour commencer, qui emporte des conséquences graves, l'absence de formation spécifique des agents au travail en milieu psychiatrique ; et surtout, des déficiences dans la prise en charge thérapeutique, avec un personnel médical en sous-effectif. « *Dans les faits, de nombreux patients n'avaient accès au psychiatre que toutes les quatre à six semaines* », écrivent les auteurs du rapport. Ils dénoncent, au total, un environnement cellulaire et une logique carcérale qui ne sont « pas propice à l'organisation des soins » (Rapport au gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), du 27 mars au 6 avril 2017.).

En dehors des questions de prise en charge qu'ils soulèvent, le faible nombre d'établissements de défense sociale et leur constante saturation ont, dans les faits, relégué de nombreux internés aux annexes psychiatriques des prisons. « *De lieu de mise en observation, l'annexe s'est progressivement transformée en lieu d'internement provisoire, dans l'attente d'un transfert de l'interné vers un établissement de défense sociale, puis en lieu d'internement de longue durée* », écrit ainsi le professeur Yves Cartuyvels (*La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité.* / Cairn.info, s. d.).

En 2016, 45 % des internés l'étaient en annexe psychiatrique de prison. Les conditions d'internement dans ces annexes ont fait l'objet d'une réprobation répétée et unanime de la part tant des organisations belges de défense des droits que des instances internationales, Conseil de l'Europe, CPT, Nations unies, etc. Outre qu'elles sont surpeuplées et souvent insalubres, elles

²⁶ Loi de 1930 modifiée par une loi de 1964.

²⁷ En cas d'irresponsabilité sans dangerosité liée, la personne est acquittée et renvoyée vers le système de soin classique. Si à l'inverse une personne est atteinte de troubles psychiques mais considérée comme responsable, elle relève du système pénal.

²⁸ En Flandre, il n'existait jusqu'à récemment pas d'établissement de défense sociale : les internés étaient pris en charge soit dans des hôpitaux psychiatriques classiques, soit en annexe psychiatrique de prison ou dans des sections de défense sociale de certaines prisons (Merksplas et Bruges).

²⁹ Les EDS de Tournai (365 lits) et Mons (pour femmes, 30 places).

accueillent tout à la fois des internés aux pathologies variées, des détenus de droit commun présentant des troubles mentaux, des toxicomanes, des condamnés pour mœurs... Les soins y sont défectueux, souvent limités à une sur-médication, les personnels en sous-effectif, les activités thérapeutiques ou occupationnelles presque inexistantes.

Lors de sa visite de 2017, le CPT relevait que « *dans l'ensemble des établissements visités, la priorité au niveau des soins était axée sur les internés en crise ou en plus grande souffrance, faute de moyens. Il était tout juste possible d'assurer les soins de base et de répondre aux situations de crise aiguë* ».

Après avoir condamné à de nombreuses reprises la Belgique pour le sort qu'elle réservait aux internés, la Cour européenne des droits de l'homme a pris, en septembre 2016, un arrêt pilote (arrêt W.D. c. Belgique) par lequel elle donne deux ans au gouvernement pour mettre son système d'internement en conformité avec la convention européenne des droits de l'homme.

La durée « *indéterminée* » de la mesure de défense sociale n'est pas non plus sans poser de problème. Si, en principe, la situation des internés doit être revue chaque année, cette révision n'était jusqu'en 2016 pas automatique et devait être demandée par l'institution d'accueil. Ainsi, « *il n'est pas rare de voir des internés enfermés pendant plusieurs années sans qu'aucune réévaluation psychiatrique n'ait lieu* », relève la section belge de l'Observatoire international des prisons (Notice 2016, Pour le droit à la dignité des personnes détenues.) (OIP). L'organisation regrette aussi « *le manque de qualité de certaines expertises* », pourtant au cœur du dispositif. « *Débordés par le nombre de demandes qui leur sont adressées, les experts psychiatres ne sont pas en mesure de produire un travail fouillé et scientifique.* »

En l'absence d'outils et de critères harmonisés, l'expertise va par ailleurs beaucoup dépendre des tendances des experts et de leurs pratiques pour évaluer une « *dangérosité* » mal définie.

La conséquence c'est qu'il existe un nombre non négligeable d'internés « *dont la place en défense sociale est beaucoup moins évidente* », expose Yves Cartuyvels. « *Ces patients sont étiquetés par un diagnostic initial de dangérosité qui leur "colle à la peau" tout au long de leur trajectoire, avec des effets désastreux en termes de réintégration sociale.* » Stigmatisés, ils peinent à trouver un relais auprès des institutions de droit commun.

La chercheuse Olivia Nederlandt explique que les circuits de soin classique sont assez réticents pour prendre des internés. Il y a déjà une idée négative parce qu'ils sortent de prison. En plus, on sait qu'ils n'y ont pas du tout été soignés et que ça va être difficile. Lorsqu'ils sont libérés à l'essai, il est par ailleurs fréquent qu'ils réintègrent l'annexe psychiatrique, non pour avoir commis une nouvelle infraction mais pour n'avoir pas respecté les conditions de leur libération. « *Ces patients-là, bien que peu dangereux, se chronifient en défense sociale, les lieux d'internement devenant un "lieu de vie" qui répond plus à une fonction asilaire qu'à un souci de soin ou de sécurisation* », explique ainsi Monsieur Cartuyvels (Yves Cartuyvels 2010, *op. cit.*). Pour le chercheur, c'est comme si « *s'était installée l'idée qu'il s'agissait d'individus condamnés à errer dans les couloirs de l'internement* ».

Le gouvernement a alors été sommé d'établir une réforme et a fait adopter en mai 2014 une nouvelle loi relative à l'internement, entrée en vigueur en octobre 2016.

Le principal objectif est d'en finir avec l'internement en annexe psychiatrique. Pour y cela, les ministères de la Justice et de la Santé ont établi un « *Masterplan Internement* », organisé autour

du risque social posé par les internés : selon leur degré de dangerosité supposée³⁰, ils sont orientés vers des structures plus ou moins contraignantes, allant des soins ambulatoires à des structures psychiatriques sécurisées.

Le plan prévoit ainsi la création de Centres de psychiatrie légale pour l'accueil des internés, au sein desquels est organisé un régime progressif correspondant à un « trajet de soin » devant permettre une transition vers le circuit de soin externe. Les deux premiers ont ouvert à Gand et Anvers. Deux autres sont prévus, ainsi qu'un établissement de séjours de longue durée pour les internés présentant un profil de dangerosité particulièrement élevé.

La loi de 2014 prévoit par ailleurs une série de mesures : réduction de la période maximale d'observation de six à deux mois, obligation d'une expertise psychiatrique contradictoire, révision automatique de la décision d'internement au moins une fois par an... Autant d'avancées incontestables et nécessaires. Mais pour nombre d'observateurs, cela ne suffit pas. Ils regrettent notamment que la loi n'ait pas tout simplement supprimé les annexes psychiatriques des prisons – qui continuaient à accueillir 565 internés en février 2018.

Autre principale nouveauté : le suivi des internés, qui relevait jusque-là d'une Commission de défense sociale (une commission administrative composée de trois membres bénévoles : un magistrat, un avocat et un psychiatre), est désormais confié à une Chambre de protection sociale (CPS) au sein du tribunal d'application des peines (TAP). Chambre permanente et professionnalisée, elle est composée d'un magistrat, d'un assesseur spécialisé en réinsertion sociale et d'un assesseur spécialisé en psychologie clinique. Si la professionnalisation de cet organe a été saluée, la disparition du psychiatre de l'organe décisionnel a fait, et continue à faire, l'objet de nombreux débats. La CPS décide des modalités d'exécution de la mesure, qui peut désormais revêtir plusieurs formes : le placement en établissement, la détention limitée (équivalent de la semi-liberté), la surveillance électronique, la libération à l'essai... Des modalités qui permettent une prise en charge plus adaptée, notamment en milieu ouvert, mais qui interrogent forcément sur la réelle dangerosité des internés.

Il y a une confusion qui semble évidente, une fois de plus, entre prison et hôpital, « *Le système d'exécution de l'internement a été copié sur celui de l'exécution de la peine de prison* », explique Olivia Nederlandt. « *Tout comme les condamnés demandent au TAP une permission de sortie, un bracelet électronique ou une libération conditionnelle, les internés vont être suivis par le même tribunal, sauf que c'est une chambre spécialisée. Tout comme les condamnés, lorsqu'ils seront en sortie à l'essai ou en bracelet électronique, les internés seront suivis par un assistant de justice qui fera ses rapports au TAP. S'ils ne respectent pas les conditions de leur libération, le tribunal peut renvoyer les condamnés en prison et les internés dans un établissement de défense sociale ou un hôpital psychiatrique sécurisé.* »

Tout en renforçant les garanties apportées aux internés, la judiciarisation du dispositif d'internement et son alignement sur le régime des condamnés contribue ainsi à brouiller les frontières entre ces deux régimes.

Une confusion d'autant plus facile que la loi de 2014 a encore accru leur porosité.

Les deux champs de la responsabilité pénale et de l'internement ne sont plus exclusifs, l'un de l'autre. Selon la nouvelle loi, une mesure d'internement peut être prise à l'encontre d'une

³⁰ Sont utilisés les termes anglais de low, medium ou high risk.

personne atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement. Dans le même temps, la loi exclut comme critère d'irresponsabilité pénale l'altération grave du discernement pour ne retenir que son abolition complète.

« Ainsi, il va y avoir maintenant des personnes considérées comme coupables parce que l'expertise ne va pas retenir l'abolition complète de la capacité de discernement, mais qui pourront quand même entrer dans les conditions d'internement », explique Olivia Nederlandt.

L'autre revers de la réforme, c'est le champ de l'internement est limité aux personnes ayant commis des faits portant atteinte à l'intégrité physique ou psychique et pour lesquels il existe une menace qu'ils commettent à nouveau de tels faits.

Si les observateurs se réjouissent de cette restriction du champ de l'internement, ils redoutent un « effet pervers » : le « *risque [est] réel de voir des personnes malades ou handicapées mentales qui n'auraient commis "que" des infractions contre les biens se retrouver incarcérées dans un régime classique* », explique Martin Aubry (*Legal World*, 1er mars 2017.), co-auteur d'une analyse de la réforme (*Internement : la loi du 5 mai 2014 telle que modifiée par la loi du 4 mai 2016 dite « Pot-Pourri III »* | Wolters Kluwer, s. d.).

Pour l'OIP Belgique, il faudrait tout simplement mettre fin au système de défense sociale. « *Le système d'internement devrait être abrogé, les délinquants atteints de troubles mentaux acquittés afin qu'ils soient renvoyés vers le système civil de la psychiatrie et qu'on aborde enfin cette problématique dans le cadre d'une politique de santé mentale globale* », écrit l'organisation (*Op. cit.*).

La Suisse, comme la Belgique, opère une distinction entre « peines » et « mesures », l'autorité judiciaire pouvant recourir aux mesures en cas de trouble mental.

Concernant la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux en Suisse, on peut constater que, s'il est distingué dans le droit pénal suisse, les peines et les mesures, cette distinction faite n'est qu'imparfaitement assurée pour ce qui concerne la prise en charge, car un nombre important de personnes exécutent des mesures au sein des établissements pénitentiaires en l'absence d'établissements véritablement spécialisés.

Depuis la restructuration des départements médicaux en 2007, les hôpitaux universitaires de Genève sont dotés d'un centre de médecine pénitentiaire intégrant une unité de psychiatrie pénitentiaire, une unité de médecine pénitentiaire ainsi qu'une unité de psychothérapie dénommée « *La Pâquerette* ».

L'unité de psychiatrie pénitentiaire (UPP) comprend :

- Une unité cellulaire psychiatrique de sept lits accueillant des patients en détention nécessitant des soins psychiatriques soutenus ;
- Une consultation psychiatrique à la prison préventive de Champ-Dollon ;
- Une consultation psychiatrique dans l'établissement de « La clairière », qui accueille des mineurs incarcérés ;
- Une consultation ambulatoire externe (consultation post-carcérale) comportant trois volets : suivi ambulatoire de personnes ayant une obligation de soins (notamment délinquants sexuels), transition avec le réseau de soins externe pour des personnes qui

sortent de prison, suivi psychiatrique et psychologique pour les personnes en semi-liberté et en semi-détention ;

- Une unité d'hospitalisation ouverte (le Seran) pour des patients faisant l'objet d'un traitement au titre du code pénal en établissement psychiatrique. Lors de la visite du groupe de travail, cette unité accueillait sept patients, dont six présentaient des troubles psychotiques (schizophréniques) et un souffrait de trouble grave de la personnalité. Six des sept patients étaient passés en milieu pénitentiaire pendant des durées variant de quelques mois à six ans avant d'accéder au traitement à l'hôpital. Pendant leur incarcération, tous avaient séjourné à l'unité cellulaire psychiatrique de l'hôpital.

Il est intéressant de constater qu'en Suisse, la médecine pénitentiaire est un service à part entière de l'hôpital psychiatrique général, comportant diverses unités, certaines implantées à l'hôpital, d'autres au sein de la prison. Ainsi, le service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires du centre hospitalier universitaire vaudois doit non seulement répondre aux besoins en matière de prise en charge psychiatrique des détenus en préventive, condamnés ou astreints à une mesure thérapeutique, mais est également chargé d'améliorer la coordination avec les circuits de soins médicaux et sociaux extérieurs à l'institution pénitentiaire et de développer la formation et l'enseignement, tant au sein des équipes pénitentiaires qu'en milieu universitaire.

Dans l'établissement pénitentiaire de la plaine de l'Orbe qui se trouve dans le canton de Vaud, il y a deux entités distinctes :

- Un pénitencier fermé de 140 places comportant plusieurs unités et régimes de détention : arrivants, évaluation, transition, sécurité renforcée, unité psychiatrique, régime ouvert à l'intérieur de l'établissement ;
- Une colonie ouverte de 120 places, permettant l'exercice d'activités agricoles et destinée à accueillir des détenus purgeant une courte peine ou arrivés à mi-peine sans incident particulier. Ce régime de détention est actuellement en difficulté, compte tenu notamment de la présence d'un nombre très élevé d'étrangers en détention pour lesquels le risque d'évasion est particulièrement important.

Les établissements pénitentiaires suisses connaissent les mêmes difficultés que les prisons françaises. Depuis quelques années, de plus en plus de personnes pour lesquelles le lien entre maladie et commission de délits est évident sont incarcérées en établissement pénitentiaire, de sorte que ceux-ci doivent faire face à une forte augmentation des psychoses. En 2009, l'établissement accueillait trente-neuf détenus faisant l'objet d'une mesure de « traitement institutionnel » prononcée en raison même de leurs troubles mentaux et vingt-cinq relevant d'une mesure d'internement liée à un trouble pour lequel le traitement institutionnel ne paraît pas en mesure d'apporter une amélioration. Onze exécutaient une peine susceptible d'être ensuite convertie en internement.

Cette situation pose, comme en France, de graves difficultés à l'établissement, comme l'a relevé son directeur dans une publication récente : « Avec l'augmentation du nombre de maladies psychiques graves, il y a lieu de se poser la question de la priorité à accorder. Il semble en effet difficile, voire impossible, de réinsérer professionnellement et socialement une personne qui est délirante, dans le refus de sa maladie et par conséquent d'un traitement qui lui permettrait de reprendre pied dans la société et de retrouver sa dignité et ses facultés. »

« De plus en plus, le soin prime sur toute autre tentative de réhabilitation et de réinsertion car il constitue l'élément déterminant de la prise en charge. Ce travail prend souvent du temps, la rechute faisant souvent partie intégrante du traitement. Cette question avec le nombre de personnes sous mesure selon les articles 59 ou 64 du code pénal suisse ainsi qu'avec l'augmentation du nombre de cas psychiatriques met souvent en avant la mauvaise répartition ou l'absence de ressources. Les psychiatres et les structures de soins sont débordés par la demande et paradoxalement des ateliers cherchent des détenus pouvant occuper des postes de travail exigeants ».

Le canton de Vaud a mis en place une commission interdisciplinaire consultative concernant les délinquants nécessitant une prise en charge psychique. Celle-ci a pour mission d'apprécier la dangerosité des condamnés, d'évaluer le suivi psychiatrique et d'aider les autorités et les soignants à choisir leurs orientations et à prendre leurs décisions.

Elle est composée :

- D'un psychiatre spécialiste dans la prise en charge des délinquants violents qui la préside,
- D'un médecin directeur de secteur psychiatrique,
- D'un psychologue,
- D'un magistrat judiciaire en activité ou honoraire,
- D'un travailleur social,
- Du procureur général ou d'un représentant du ministère public,
- Du chef du service pénitentiaire ou d'un remplaçant désigné par lui.

Cette commission, contrairement aux commissions de défense sociale belges, n'a aucun pouvoir de décision propre, mais vient éclairer les choix des juges de l'application des peines. Elle permet un dialogue régulier entre magistrats et médecins.

D'une manière générale, les relations entre Justice et Santé, en particulier entre les personnels pénitentiaires et les médecins exerçant au sein des établissements pénitentiaires, étaient plus confiantes qu'en France. Le dialogue entre Justice et Santé paraît plus aisé en Suisse ou en Belgique, sans que le secret médical fasse obstacle à des échanges approfondis sur la situation des personnes condamnées à des peines ou des mesures et souffrant de troubles mentaux (*A Genève, nouveau soubresaut politique autour de l'affaire Adeline - Le Temps*, s. d.).

Dans les années soixante-dix, la suisse romande avait pour projet de construire un établissement fermé spécialisé qui serait complètement consacré à l'accueil d'auteurs d'infractions atteints de troubles psychiatriques, baptisé Curabilis (*Etablissement fermé Curabilis | GE.CH – République et canton de Genève*, s. d.), dont la première pierre a été posée à la fin de l'année 2009, sa construction a été différée pour des raisons budgétaires.

Ouvert en 2014, l'établissement fermé de Curabilis a pour mission de détenir des personnes majeures privées de liberté et de leur fournir des traitements et des soins psychiatriques, en plus d'une prise en charge pénitentiaire. L'établissement compte 92 places et comporte cinq unités de mesure totalisant 77 places, qui ont pour but de dispenser un traitement thérapeutique institutionnel visant à dissuader la personne détenue de commettre de nouvelles infractions. Curabilis comprend également une unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire (UHPP) de 15 places, qui accueille des personnes détenues nécessitant des soins et traitements hospitaliers

psychiatriques aigus. (*Etablissement fermé Curabilis / GE.CH – République et canton de Genève*, s. d.).

L'ensemble des personnes accueillies dans l'établissement auront vocation à bénéficier d'une évaluation individualisée portant sur leur situation psychique, le niveau de risque, le degré de motivation pour les soins... Elles pourront ensuite s'intégrer dans des programmes incluant des traitements psychiatriques, mais également des activités liées à leur réinsertion. Ce type d'établissement existe déjà depuis un bon moment en Suisse alémanique et doit conduire la Suisse romande à rattraper son retard en ce qui concerne la mise en place d'établissements spécialisés.

Finalement, en Belgique et en Suisse, la grande différence avec la France dans la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques réside dans la communication de tous les acteurs intervenant auprès de ceux-ci. La justice et la Santé travaillent vraiment ensemble. Le problème commun entre nos deux voisins et la France, c'est un manque de place évident dans nos institutions respectives.

La solution résiderait-elle dans un investissement budgétaire plus conséquent ? Certes, mais il est évident que la solution première réside dans l'arrêt de l'incarcération quasi systématique.

Conclusion

La prison est avant tout un lieu où s'effectue la sanction pénale.

Pour autant, le milieu carcéral se voit confronter à une population fragilisée, souvent marginalisée et présentant des troubles psychiatriques toujours plus croissants. Le soin a fait son apparition en détention après la seconde guerre mondiale. Il y a eu une évolution des dispositifs des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, néanmoins, celle-ci ne semble pas suffisante et pour cause, il n'y a jamais eu autant de malades en prison.

Finalement, l'offre de soins en prison/détention a ses limites, la surreprésentation carcérale, ainsi que, le manque de moyens déployé en milieu hospitalier, donne lieu à des lacunes persistantes pour les patients souffrant de troubles psychiatriques incarcérés, cela témoigne de la saturation de notre système.

Globalement mal connues, inégalement détectées au moment de la décision judiciaire et difficilement identifiées en détention, les pathologies mentales constituent un facteur d'aggravation de la souffrance des personnes détenues, alourdissent la charge de l'administration pénitentiaire et sont aggravées par des conditions de détention inadaptées. Les insuffisances de la prise en charge actuelle des personnes détenues présentant des troubles mentaux conduisent à une perte de sens de la sanction.

Une première étape dans la prise de conscience de l'impact et de la gravité des pathologies mentales affectant une partie de la population pénale a ainsi conduit le Gouvernement et le Parlement à s'emparer de ce sujet pour formuler des projets et des propositions. Sans emporter une adhésion complète, elles ont le mérite de replacer les soins psychiatriques prodigués aux personnes placées sous-main de justice dans une perspective d'avenir. Deux objectifs doivent guider les débats à venir :

Mettre un terme aux atteintes aux droits fondamentaux des personnes détenues, notamment à celles qui résultent de l'application systématique d'une logique sécuritaire à des processus de soins, et parvenir enfin à l'égalité réelle dans l'accès aux soins des personnes détenues, conformément au principe consacré par la loi depuis 1994 (Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, s. d.).

Plus que la maladie mentale, c'est le défaut de prise en charge sanitaire et sociale des publics qui en sont atteints qui constitue le facteur majeur de passage à l'acte. Associées à « *l'isolement, [au] manque de ressources et d'habiletés sociales à l'insuffisance de savoir-faire pragmatique dans les domaines du logement et de l'économie domestiques* » qui accompagnent souvent les

maladies psychiques, les pertes de contact avec le dispositif de soins exposent les malades à un risque plus important de commission d'une infraction ou de passage à l'acte violent (« L'expertise psychiatrique pénale », s. d.).

Face à ces lacunes, c'est l'ensemble du monde de la justice/police et du monde psychiatrique qui doit s'interroger afin de ramener des soins plus justes et une égalité surtout des soins à ces personnes qui doivent bénéficier des mêmes droits que les personnes libres.

Outre le système des repérages des pathologies mentales dans les filières GAV et CI et l'importance des expertises psychiatriques, il faut également, tout comme Médecins du Monde l'a fait, pouvoir apporter un accompagnement intensif aux personnes souffrant de troubles psychiatriques. Cela pourrait constituer un outil de prévention contre les conduites délictuelles.

La création des UHSA illustre l'exigence de traiter, de manière égale, les personnes incarcérées comme celle étant libres. Mais pour que cela fonctionne, il faut que tous les acteurs (Judiciaires-sanitaires-Pénitentiaires) travaillent ensemble et que l'on cesse de stigmatiser les personnes souffrant de pathologies mentales.

Cela paraît indispensable pour permettre de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des personnes détenues.

Ainsi, il va falloir réussir à clarifier le rôle de chacun des acteurs, mais également, les former aux repérages et à la prise en charge des troubles psychiatriques.

Enfin, il ne s'agit pas de se contenter de renvoyer ces personnes à l'hôpital psychiatrique, au risque de voir se reformer les asiles d'avant-guerre, dont la fermeture a indirectement abouti à l'incarcération massive de personnes souffrant de troubles mentaux, mais plutôt de miser sur des dispositifs alternatifs de prise en charge en milieu ouvert, à tous les niveaux. C'est le choix qu'a fait Médecins du Monde qui a lancé une recherche-action pour l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques. (*Malades psychiques en prison: une folie | Le Club de Mediapart*, s. d.).

Il faut privilégier la prise en charge des personnes souffrant de pathologies mentales en se souciant au bon respect du droit de chacun, cela passe par mieux repérer dès la garde à vue les pathologies psychiatriques et ainsi, apporter des soins consciencieux à ces personnes plutôt que des peines.

Une évolution des pensées ou une révolution plutôt semble nécessaire.

Écouter la parole des personnes souffrant de troubles psychiatriques, les accompagner dans leurs soins... Il ne faut pas omettre qu'il y a de l'humain et du citoyen dans toutes personnes, quels que soient ses actes ou leurs états de santé. Les troubles psychiatriques ne doivent en aucun cas aliéner les droits de l'humain.

La psychiatrie ne doit plus être synonyme d'enfermement, l'individu souffrant de troubles mentaux ne doit plus être considéré comme « fou » ni comme un « danger » pour la société.

Il est temps d'établir une distinction claire entre les troubles psychiatriques et la dangerosité et entre la psychiatrie et la justice.

Bibliographie

A Genève, nouveau soubresaut politique autour de l'affaire Adeline—Le Temps. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://www.letemps.ch/suisse/geneve-nouveau-soubresaut-politique-autour-laffaire-adeline>

Arrêt W.D. c. Belgique

Avenue, H. R. W. | 350 F., York, 34th Floor | New, & t 1.212.290.4700, N. 10118-3299 U. |. (2016, avril 5). *Double peine | Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France.* Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriées-pour-les-personnes-presentant>

Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Belcher, J. R. (1988). Are jails replacing the mental health system for the homeless mentally ill? *Community Mental Health Journal*, 24(3), 185-195. <https://doi.org/10.1007/BF00757136>

Blog de Maître THIEL ERIKA Avocat—CABINET THIEL AVOCAT. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://www.thiel-avocat.fr/actualite-juridique/category/fiches-pratiques>

Blüml, V., Waldhör, T., Kapusta, N. D., & Vyssoki, B. (2015). Psychiatric Hospital Bed Numbers and Prison Population Sizes in 26 European Countries : A Critical Reconsideration of the Penrose Hypothesis. *PLOS ONE*, 10(11), e0142163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142163>

Boirot, J. (s. d.). *Experts psychiatres et crimes sexuels en Europe : De la scène judiciaire à l'action publique : Etude comparée : Angleterre, Espagne, Roumanie, Suède et France.* 557.

Brown, J. F., Brown, M. Z., & Dibiasio, P. (2013). Treating Individuals With Intellectual Disabilities and Challenging Behaviors With Adapted Dialectical Behavior Therapy. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(4), 280-303. <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.700684>

Bucke, T., & Brown, D. (1997). *In police custody : Police powers and suspects' rights under the revised PACE codes of practice.* Home Off

Bujon, T., Doulens, C., & Le Naour, G. (s. d.). Aux frontières de la médecine. In [Http://journals.openedition.org/lectures](http://journals.openedition.org/lectures). Archives Contemporaines. Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <http://journals.openedition.org/lectures/16675>

Caroline Protais—OFDT. (s. d.). Consulté 24 août 2020, à l'adresse <https://www.ofdt.fr/ofdt/equipe/annuaire/caroline-protais/>

Château-Thierry : Une prison pour les « fous » – Observatoire International des Prisons. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://oip.org/analyse/chateau-thierry-une-prison-pour-les-fous/>

Comparutions immédiates : Quelle justice ? (s. d.). Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <https://www.editions-eres.com/ouvrage/2862/comparutions-immediates-quelle-justice>

Conseil National de l'Ordre des Médecins. (s. d.). Conseil National de l'Ordre des Médecins. Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://www.conseil-national.medecin.fr/conseil-national-lordre-medecins>

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France). (2016). *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*. Dalloz.

Douillet, A.-C., Soubiran, T., Léonard, T., & Yazdanpanah, H. (2015). *Logiques, contraintes et effets du recours aux comparutions immédiates. Etude de cinq juridictions de la Cour d'appel de Douai*. (Research Report 11.45). Mission de Recherche Droit et Justice ; Centre National de la Recherche Scientifique ; Université de Lille 2 ; Centre d'Etudes et de Recherches Administratives, Politiques et Sociales. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01150982>

Duhamel, A., Renard, J. M., Nuttens, M. C., Devos, P., Beuscart, R., & Archer, E. (2001). Social and health status of arrivals in a French prison : A consecutive case study from 1989 to 1995. *Revue D'épidemiologie Et De Sante Publique*, 49(3), 229-238.

Etablissement fermé Curabilis | GE.CH – République et canton de Genève. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://www.ge.ch/organisation/etablissement-ferme-curabilis>

Falissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburc, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F., & Rouillon, F. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>

Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide : Systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>

Format Acrobat. (s. d.). Studylibfr.Com. Consulté 24 août 2020, à l'adresse <https://studylibfr.com/doc/9182291/format-acrobat>,

Garde À vue—HAS. (s. d.). Mafiadoc.Com. Consulté 24 août 2020, à l'adresse https://mafiadoc.com/garde-a-vue-has_5a56dd8f1723dde0c1d6fced.html

Gautron, V. (2014). L'impact des préoccupations managériales sur l'administration locale de la justice pénale française. *Champ pénal/Penal field*, Vol. XI, Article Vol. XI. <https://doi.org/10.4000/champpenal.8715>

Gomez, E. (s. d.). *L'imputabilité en droit pénal*. 490.

Guesdon, I. & Roelandt, J-L, 1998

HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société—Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01076712>

Human Rights Watch, 2016

Internement : La loi du 5 mai 2014 telle que modifiée par la loi du 4 mai 2016 dite « Pot-Pourri III » | Wolters Kluwer. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://legalworld.wolterskluwer.be/fr/nouvelles/domaine/droit-penal/internement-la-loi-du-5-mai-2014-telle-que-modifiee-par-la-loi-du-4-mai-2016-dite-pot-pourri-iii/>

Intervention Medecin Gav 090729 | Ordonnance médicale | Médecine. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://fr.scribd.com/document/41737598/Intervention-Medecin-Gav-090729>

Justice / Portail / Chiffres clés de la Justice. (s. d.). Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/chiffres-cles-de-la-justice-10303/>

Kovess, V. et Mangin-Lazarus, 1997

La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. | Cairn.info. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2010-4-page-615.htm>

La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? | Cairn.info. (s. d.). Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-8-page-663.htm>

Lafaye, C., Lancelevée, C., & Protais, C. (s. d.). *L'irresponsabilité pénale au prisme des représentations sociales de la folie et de la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux.* 266.

Laporte, A., & Chauvin, P. (2004). *Samenta : Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France* (p. 227). Observatoire du Samu social. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>

Laporte, A., Vandentorren, S., Détrez, M.-A., Douay, C., Le Strat, Y., Le Méner, E., & Chauvin, P. (2018). Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020241>

Léonard, T. (s. d.). *De la « "Politique publique" » à la pratique des comparutions immédiates : Une sociologie de l'action publique au prisme des configurations locales et nationale.* 698.

Lepresle, A., Vidal, C., Mairesse, E., & Chariot, P. (2017). Unfitness for Detention Among Arrestees with Suspected Mental Disorders in Paris, France. *Journal of Forensic Sciences*, 62(3), 715-721. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13337>

Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport). (s. d.). Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-449.html>

LES DROITS DE LA PERSONNE GARDEE A VUE - Légavox. (s. d.). Consulté 24 août 2020, à l'adresse <https://www.legavox.fr/blog/maitre-emilie-vergne/droits-personne-gardee-21832.htm>

L'expertise psychiatrique pénale : Une honte française. (s. d.). *Gazette du Palais.* Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <https://www.gazette-du-palais.fr/actualites-professionnelles/11836/>

Loi de 1930 modifiée par une loi de 1964.

Malades psychiques en prison : Une folie | Le Club de Mediapart. (s. d.). Consulté 24 août 2020, à l'adresse <https://blogs.mediapart.fr/observatoire-international-des-prisons-section-francaise/blog/150518/malades-psychiques-en-prison-une-folie>

Mandat de dépôt (définition)—Droit-Finances. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/4214-mandat-de-depot-definition>

Mandat de dépôt : Principe et applications—Ooreka. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://justice.ooreka.fr/astuce/voir/442999/mandat-de-depot>

Masson, E. (s. d.). « *Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg)* » : *Présentation de La méthodologie d'enquête.* EM-Consulte. Consulté 24 août 2020, à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/264477/article/-sante-mentale-en-population-generale-images-et-re>

Mermoz, V. (s. d.). *Les indices en procédure pénale.* 416.

MUCCHIELLI, L. (2014). Les comparutions immédiates au TGI de Nice : La prison comme unique réponse à une délinquance de misère ? *Revue de Science Criminelle et de Droit Pénal Comparé*, 1, 207-226.

Mundt, A. P., Frančišković, T., Gurovich, I., Heinz, A., Ignatyev, Y., Ismayilov, F., Kalapos, M. P., Krasnov, V., Mihai, A., Mir, J., Padruchny, D., Potočan, M., Raboch, J., Taube, M., Welbel, M., & Priebe, S. (2012). Changes in the Provision of Institutionalized Mental Health Care in Post-Communist Countries. *PLoS ONE*, 7(6), e38490. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038490>

N° 157—Rapport de M. Jean-Luc Warsmann sur le projet de loi , adopté avec modification par le Sénat après déclaration d'urgence, d'orientation et de programmation pour la justice (154)—XII^e législature—Assemblée nationale. (s. d.). Consulté 24 août 2020, à l'adresse [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/12/rapports/r0157/\(index\)/depots/\(archives\)/index-depots](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/12/rapports/r0157/(index)/depots/(archives)/index-depots)

Norfolk, G. A. (1997). 'Fitness to Be Interviewed'—A Proposed Definition and Scheme of Examination. *Medicine, Science and the Law*, 37(3), 228-234. <https://doi.org/10.1177/002580249703700307>

Observatoire International des. (s. d.). Troubles psychiatriques en prison : Casser la spirale (Médecins du monde). *oip.org*. Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <https://oip.org/analyse/troubles-psychiatriques-en-prison-casser-la-spirale-medecins-du-monde/>

Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958

Population carcérale en Europe : Où en est-on ? - AEDH. (s. d.). Consulté 24 août 2020, à l'adresse <http://www.aedh.eu/population-carcerale-en-europe-ou-en-est-on/>

Prévalence des troubles psychiatriques en prison. (s. d.). Santé Mentale. Consulté 24 août 2020, à l'adresse <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/prevalence-des-troubles-psychiatriques-en-prison.html>

Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? - Sénat. (s. d.). Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <https://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html>

Prisons : Une surpopulation chronique, la France condamnée par la CEDH | Vie publique.fr. (s. d.). Consulté 6 juillet 2020, à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/en-bref/273154-prisons-une-surpopulation-chronique-la-france-condamnee-par-la-cedh>

Protais, C. (2019). Sous l'emprise de la folie ? : L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009). In *Sous l'emprise de la folie ? : L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009)*. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <http://books.openedition.org/editionsehess/8946>

Protais, C., & Moreau, D. (2009). L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. Commentaire du texte de Samuel Lézé. Séminaire GERN. Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité. Paris, MSH, Vendredi 21 mars 2008. *Champ pénal/ Penal field*, Vol. VI, Article Vol. VI. <https://doi.org/10.4000/champpenal.7557>

Psychiatrie et prison | Cairn.info. (s. d.). Consulté 8 mai 2020, à l'adresse https://www.cairn.info/revue-etudes-2005-6-page-751.htm?fbclid=IwAR32Jk5X7Opsac_jkdzw5T3GAMbDMU-YL14fIcJJ-rVgxj_3uGE_FBikej4

Psychiatrie, précarité et prison : Éviter les incarcérations inutiles ! | Médecins du Monde. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/tribunes/2015/01/06/psychiatrie-precarite-et-prison-eviter-les-incarcerations-inutiles>

Rapport 2018 de la commission de suivi de la détention provisoire. (s. d.). [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr). Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/direction-des->

affaires-criminelles-et-des-graces-10024/rapport-2018-de-la-commission-de-suivi-de-la-detention-provisoire-31664.html

Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Château-Thierry (Aisne), du 30 mars au 2 avril et du 5 au 7 août 2015

Rapport d'information. (s. d.). Studylibfr.Com. Consulté 24 août 2020, à l'adresse <https://studylibfr.com/doc/6591817/rapport-d-information>

Rapport Piel et Roelandt—Juillet 2001. (s. d.). Consulté 25 août 2020, à l'adresse http://www.psydoc-france.fr/professi/Rapports/Piel_Roelandt/default.html

Roelandt, J.-L. (2009). Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *L'information psychiatrique, Volume 85(6)*, 525-535.

Roelandt, J.-L., Caria, A., Anguis, M., Benoist, J., Bryden, B., & Defromont, L. (2003). La santé mentale en population générale : Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. *L'Information Psychiatrique, 79(10)*, 867-878.

Saetta, S. (s. d.). *L'intervention de l'expert psychiatre dans les affaires criminelles : De la production d'un discours à sa participation au jugement : Grand-Duché de Luxembourg et France.* 432.

Thèse de Andreas Sara: "Le système des repérages des troubles psychiatriques dans les filières de gare à vue et de comparution immédiate".

Troubles mentaux chez les détenus : Des pistes pour améliorer un constat « accablant ». (2019, novembre 22). L'Express.fr. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/troubles-mentaux-chez-les-detenus-les-pistes-pour-ameliorer-un-constat-accablant_2108556.html

Troubles psychiatriques en prison : Casser la spirale (Médecins du monde) – Observatoire International des Prisons. (s. d.). Consulté 8 mai 2020, à l'adresse <https://oip.org/analyse/troubles-psychiatriques-en-prison-casser-la-spirale-medecins-du-monde/?fbclid=IwAR0kezcxZ-WuJG-wPgT9BMxmmZhhc1F8xkpa7R4l7EzLhDBU1q77HUv2Ro>

Zocchetto, P. M. F. (s. d.). *Au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.* 1257.

Table des matières

Remerciements	3
Table des abréviations	5
Sommaire	6
Introduction	7
Problématique :	18
Première partie : Le fonctionnement des filières de garde à vue (GAV) et de comparution immédiate (CI)	20
1.1 Sous-partie 1 : La GAV des personnes présentant des troubles psychiatriques	20
1.1.1) Données générales et cadre légal	20
1.1.2 L'examen de compatibilité et la conférence de consensus de l'intervention du médecin en garde à vue.....	23
1.1.3 Les limites de l'intervention en garde à vue.....	28
1.2 Sous-partie 2 : La comparution immédiate des personnes présentant des troubles psychiatriques	31
1.2.1 Données générales et cadre légal de la comparution immédiate	32
1.2.2 Le délai de droit et le mandat de dépôt.....	33
1.2.3 Les limites de la comparution immédiate (CI)	35
Deuxième partie : Les limites rencontrées et les améliorations possibles.....	39
1.1 Sous-partie 1 : Les limites du système dans la prise en charge des personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques	40
1.1.1 Le manque de moyens à disposition pour l'appréhension de soins des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques	41
1.1.2 La prise en charge inégale et incomplète des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques	43
1.1.3 La continuité des droits et les conditions de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques n'est pas toujours garanties.....	45
1.2 Sous-partie 2 : Les améliorations possibles pour une efficacité dans la prise en charge des personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques	50
1.2.1 Le respect des droits humains et l'accès aux soins	50
1.2.2 Des travaux français pouvant mener à une amélioration.....	54
1.2.3 Des exemples chez nos voisins européens	58
Conclusion.....	66
Bibliographie	68

