



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le système de repérage des troubles psychiatriques en garde à vue
et dans la filière garde à vue comparution immédiate, à Lille.
Une étude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 11 Octobre 2019 à 14 h 00
au Pôle Formation
Par Sara D'Andrea

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick Chariot

Monsieur le Professeur Renaud Jardri

Monsieur le Docteur Laurent Defromont

Directeurs de Thèse :

Monsieur le Professeur Patrick Chariot

Monsieur le Maître de Conférences Claude-Olivier Doron

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

« E così, pur non sapendo nulla della follia, non mi dimetto da me stesso, non rinuncio affatto al mio ruolo: ne denuncio l'illegittimità scientifica per rilevarne e rivelarne la legittimazione tutta politica, io ho un potere e questo sì lo conosco. E decido, nonostante tutto e tutti, di usarlo prima per dimostrare l'inconsistenza del mio sapere, secondo per dimostrare che il mio illegittimo potere mi è stato conferito arbitrariamente da una società dell'arbitrio. Terzo per dare tempo e modi agli internati di uscire dalla loro condizione di oppressi, esclusi, annichiliti, per attivare le strategie della loro emancipazione, per difenderli dalla società che li vuole internati ed esclusi, per affermare il diritto e i diritti, per riaccomagnarli dentro il corpo sociale che se ne è amputato. »

F. Rotelli

Table des matières :

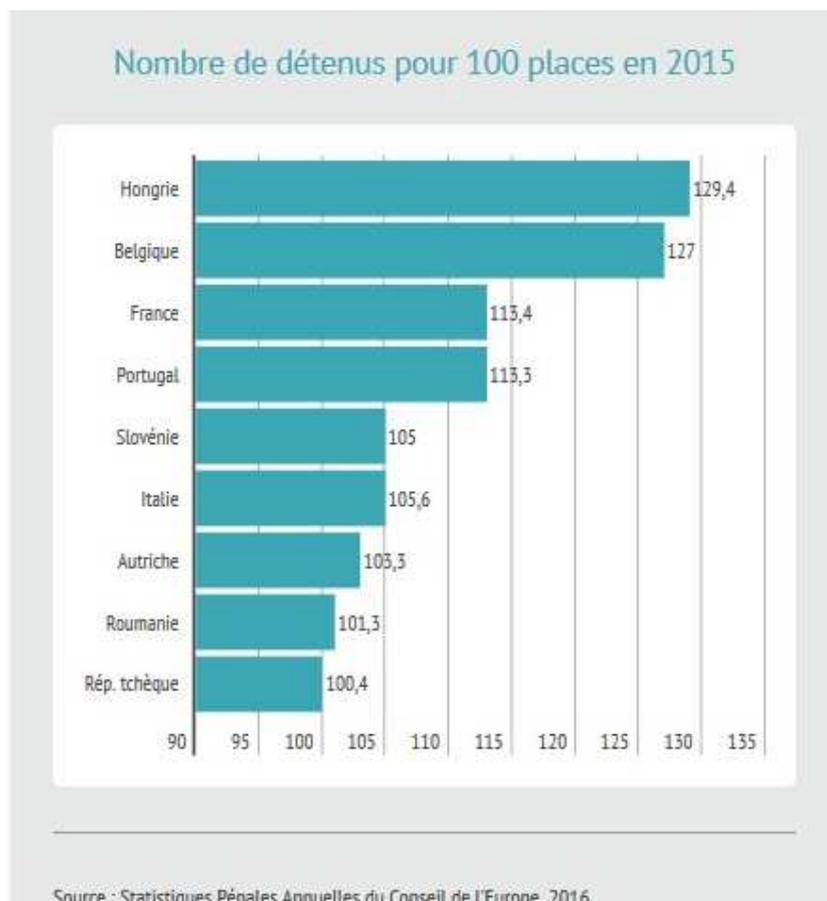
1) Introduction :	6
a) Introduction générale	6
b) Rappel des deux hypothèses	11
i. La raréfaction de non lieux psychiatriques.	11
ii. La désinstitutionnalisation.	14
c) Description de l'hypothèse	24
d) Objectifs de la thèse :	27
2) Méthodes	28
3) La garde à vue	35
a) Cadre légal et données générales	35
b) L'examen de compatibilité en GAV	39
c) La Conférence de consensus de l'intervention du médecin en garde à vue.	39
d) L'examen de compatibilité avec la garde à vue à Lille.	43
i. Qui sont les médecins qui interviennent en GAV ?	43
ii. Contenu de l'examen de compatibilité avec la GAV à Lille	44
e) Difficultés soulevées à Lille.	49
i. Les locaux de la GAV et sa population	49
ii. Le rôle des officiers de police dans le dépistage des troubles psychiatriques sévères en GAV et leur niveau de connaissance en santé mentale:	50
iii. Un seul psychiatre intervenant en GAV	53
iv. Le contenu du certificat de compatibilité	54
v. L'impact de l'examen de compatibilité sur le passage en CI	55
4) La comparution immédiate.	58
a) Cadre légal et données générales de la comparution immédiate.	58
b) Le délai de droit	60
c) Le mandat de dépôt	60
d) La comparution immédiate à Lille	62
La population de la comparution immédiate à Lille.	62

i.	La composition des dossiers.....	63
ii.	L'Audience.....	64
e)	Limites de la comparution immédiate.....	64
i.	Délai de droit et détention préventive	64
ii.	Le mandat de dépôt et la détention préventive.....	66
iii.	Une fois la peine prononcée, il y a de nouveau un risque d'emprisonnement immédiat	67
iv.	La prison est perçue comme un lieu de soins	68
5)	Un panorama sur les points de vue des différents intervenants.....	70
a)	La police.. ..	70
b)	Les psychiatres.....	72
c)	Les magistrats	80
6)	Discussion	86
a)	L'intervention en garde à vue: enjeux et discussion.....	87
i.	La collégialité.....	87
ii.	Le problème des expertises en GAV	89
iii.	La question du contenu de l'examen de compatibilité et l'interprétation de l'article 63.3 du CPP.....	91
iv.	Les difficultés matérielles de la GAV: sale boulot et variété des organisations	95
b)	La filière GAV-CI.....	99
i.	La CI: une procédure qui touche les populations en grande précarité et qui privilégie l'incarcération.....	99
ii.	Les facteurs institutionnels de cette situation et leurs effets	101
iii.	L'absence de consensus sur les solutions proposées.....	104
c)	Un exemple d'alternative à l'incarcération.....	105
d)	Points positifs de l'étude :.....	109
e)	Les limites de l'étude	109
7)	Conclusion.....	111
8)	Bibliographie.....	113

1) Introduction :

a) Introduction générale

En France, selon les chiffres de l'administration pénitentiaire, le nombre des détenus s'élève à 71 710 en juillet 2019 (1). Voici un tableau récapitulatif des neufs pays européens où le problème de la surpopulation carcérale se pose, alors que la situation dans le reste de l'Europe montre une décroissance générale du nombre des détenus (2).



Ces dernières années, plusieurs études se sont focalisées plus spécifiquement sur la fréquence des troubles psychiatriques en détention en France. L'étude de référence, menée par Bruno Falissard en 2004 (3-7), mettait en évidence une présence importante de troubles psychiatriques chez les détenus : 21,4% de troubles psychotiques dont 7,3% de schizophrénie; 40,3% de syndromes dépressifs; 31,2% de troubles de l'usage de l'alcool et 37,9% de troubles

de l'usage de substances psycho-activesⁱ. Ces études doivent être mises en perspective avec les études internationales qui établissent en moyenne une fréquence 4 à 10 fois supérieure des troubles psychiatriques en prison par rapport à la population générale (8–14). Comme les auteurs le soulignent, ces chiffres sont néanmoins à interpréter avec précaution, car ces troubles peuvent avoir préexisté à l'entrée en détention mais peuvent aussi résulter de la privation de liberté. On ne peut pas dire, en résumé, quand le trouble préexiste à l'incarcération ou si le trouble s'est développé à l'intérieur de la prison. Une étude récemment menée dans les Hauts-de-Franceⁱⁱ (15) montre que 70 % des personnes entrant en prison souffrent d'au moins un trouble psychiatrique et que près d'une sur deux en cumulent plusieurs, alors que le taux de prévalence de troubles psychiatriques en population générale en France métropolitaine est de 32% (16–18). La spécificité de cette étude est qu'elle s'est focalisée sur les personnes qui arrivent en prison, permettant ainsi de faire la part des choses sur le *primo movens* : une part importante de ceux qui entrent en prison, avant de faire l'expérience de cette institution, ont déjà un problème sévère de santé mentale. On constate aussi qu'il s'agit essentiellement d'hommes (96.5 %), jeunes (32 ans en moyenne), ayant un faible niveau d'études (47.4 % n'ont aucun diplôme ni le brevet), rarement un emploi (33.6%) et dont 42.4% ont connu une incarcération antérieure. Sur tous ces points, l'étude confirme une étude menée en 2001 au SMPR (Service médico-psychologique régional) de Lyon qui établissait que 40 % des entrants en prison présentaient des troubles psychiatriques, étaient majoritairement des hommes (94%), jeunes (31 an en moyenne), et avec des problèmes importants d'insertion sociale (dont 12% de personnes sans-abri)(4). Une étude plus ancienne, menée à Lille sur les entrants en prison entre 1989 et 1995, allait dans le même sens (7).

ⁱ Les résultats de cette étude montrent des pourcentages plus élevés que ce que nous retrouvons dans la littérature internationale, ce qui est pointé par les auteurs, qui soulignent avoir inclus des expressions plus légères de ces troubles. La méthodologie est différente par rapport à celle utilisée par la majorité des études internationales. Le marge d'erreur est aussi importante : +/- 4% pour la schizophrénie et +/- 10% dans les autres troubles psychotiques.

ⁱⁱ 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.

Divers rapports institutionnels se sont inquiétés de cette situation: ainsi, un rapport du Sénat et un rapport de l'Assemblée nationale en 2000 dénonçaient le nombre toujours croissant de malades mentaux incarcérés en France (19). Les auteurs déclaraient qu'il s'agissait d'«une humiliation pour la Républiqueⁱⁱⁱ» (20). En 2009-2010, une commission sénatoriale s'est en outre efforcée de réfléchir au moyen de lutter contre cette situation (21). En 2016, *Human Rights Watch* rendait à son tour public un rapport dénonçant la «double peine» dont souffraient les personnes atteintes de troubles psychiatriques en prison en France et énonçait un certain nombre de recommandations sur le sujet (20,22).

Notre étude s'inscrit dans cet horizon problématique. Il s'agit d'une étude qualitative qui naît de la volonté d'étudier une question particulière: le croisement entre l'extrême précarité socio-économique (en particulier le sans-abrisme), les problèmes de santé mentale sévères et les incarcérations répétées pour des délits^{iv}(23,24). Ce problème a été largement étudié à l'étranger (25–32) et a donné naissance à des programmes dont l'objectif est de réduire le phénomène de « *revolving door* » (emprisonnements successifs, alternant séjour en prison et période de liberté) qui affecte, en particulier, ce type de population (24,26,28–30). Il a donné lieu, en particulier, à des études séquentielles qui examinent les différentes phases et interactions institutionnelles qui caractérise le parcours de ce type de public depuis l'arrestation jusqu'à l'entrée en détention, pour comprendre les mécanismes qui conduisent à leur incarcération et, le cas échéant, repérer les moyens de les réduire.

ⁱⁱⁱ 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.

^{iv} Voir à ce sujet Girard, V., Estecahandy, P. & Chauvin, P., *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, Ministère de la Santé, Nov. 2009, HAL Id: inserm-00452211. Ce rapport a été remis à la Ministre de la santé et du sport et donne une vision globale de ce problème. Il soulignait notamment: « les liens entre maladie mentale, « sans-abrisme » et incarcération sont largement documentés. Les prisonniers sans abri ont plus souvent une maladie mentale que les prisonniers domiciliés et leurs maladies psychiatriques sont plus graves. Les motifs d'arrestations seraient surtout liés à la présence de comportements bizarres qui peuvent paraître menaçant pour la population ou l'ordre public. », p. 126.

En France, le croisement entre troubles psychiatriques sévères, extrême précarité (en particulier sans-abrisme) et incarcérations répétées reste une question peu étudiée du fait, en particulier, du manque de croisement des données sur le profil socio-économique des détenus d'une part et sur leur santé mentale de l'autre^v. On doit néanmoins noter quelques données chiffrées à ce sujet. Le croisement grande précarité et prison a été souligné, outre les chiffres relevés dans les études mentionnées précédemment, par les chiffres-clés du Ministère de la justice(33) qui notent que 7 % des entrants en prison et 14 % des sortants de détention sont sans solution d'hébergement. L'Enquête Flash, menée par la DAP en 2015, a aussi pointé le fait que 16,7% des entrants et 15% des sortants de prison sont sans logement fixe (34). L'étude DAP (35) menée à Lyon chez les entrants en prison en 2001 montre quant à elle que la majorité des détenus sont des hommes jeunes (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. L'étude plus ancienne menée à Lille sur les entrants en prison allait dans le même sens, établissant que 56% n'avaient pas de qualification professionnelle et 62% étaient sans emploi (7). D'autre part, l'étude SAMENTA, menée en Ile-de-France a montré que, parmi les personnes sans logement personnel, 39,7 % présentent au moins un trouble psychiatrique sévère. Les troubles

^v Si l'on mène une recherche en utilisant les termes MESH «homeless» - «prison» ou «jail» - «mental disorder» ou «mental health» - «France» ou «French» dans *Pubmed*, la seule étude apparaissant est celle menée par Prieto & Faure en 2001. En ouvrant la recherche à d'autres mots clés comme «poverty», le résultat est le même. Sur google scholar, une recherche croisant «sans-abri» ou «sans-domicile», «troubles mentaux» ou «troubles psychiatriques», «prison» ou «incarcération» donne un peu plus de résultats mais il s'agit généralement moins d'études épidémiologiques que de discussions portant en général sur les causes de la surreprésentation des troubles mentaux en prison. (Cf par exemple Gravier, B. Macheret-Christe, F., «Schizophrénie, psychose et prison», *Psychiatrie et violence*, 2001) ou d'études générales sur la santé mentale ou la santé en prison (cf par exemple Kanoui-Mebazaa, V. & Valentin, MA, La santé en prison, *Les tribunes de la santé*, 2007, 4, 97-103 ou Vacheret, M & Lafortune, D, «Prisons et santé mentale, les oubliés du système, Déviance et société, 2011, 35-4, p. 485-501). Voir cependant quelques études qui croisent la question du sans-abrisme et des troubles mentaux avec la question des incarcérations: De Beaurepaire, «La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison», MAUSS, 2012/2, 40, p. 125-146; Girard, V., Estecahandy, P. & Chauvin, P., *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, Ministère de la Santé, Nov. 2009; C-O Doron, *Prison, Maladie mentale et grande précarité, comment réduire les incarcérations ? Rapport de la mission exploratoire MDM-PACA*, novembre 2011, juin 2012; et à la présentation la du Pr Pierre Thomas, de l'Université de Lille, dans le cadre de DIU de psychiatrie communautaire, en Mars 2019. La plupart de ces études se fondent sur les rares données chiffrées que nous évoquons *infra*.

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 %^{vi} (36–38).

En France, l'analyse portant sur la surreprésentation des troubles psychiatriques en prison s'est tout particulièrement focalisée sur deux hypothèses (39–44)^{vii}: une raréfaction de non-lieux psychiatriques, en lien avec une possible tendance à la responsabilisation des malades mentaux; la «désinstitutionnalisation», c'est-à-dire le processus de transfert qui, avec la baisse du nombre de lits d'hospitalisation, aurait conduit à un transfert d'une partie de la population atteinte de troubles psychiques et en situation de précarité de l'hôpital à la prison. Notre objectif n'est pas de proposer ici une autre explication concurrente à ces deux hypothèses. Il s'agira plutôt de proposer une étude empirique de la manière dont, effectivement, est organisé le système de repérage et de prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères et en situation de grande précarité depuis leur interpellation jusqu'à leur incarcération, en nous inspirant de l'analyse séquentielle présente dans la littérature internationale. Et d'examiner dans quelle mesure ces deux variables (présenter des troubles psychiatriques et être en situation de grande précarité ou de sans-abrisme) peut jouer dans leur prise en charge et les mécanismes conduisant à leur incarcération. Mais auparavant, il nous semble important de rappeler brièvement ces deux hypothèses et quelques-unes de leurs limites, afin de mieux situer notre propre étude en perspective de ces débats plus généraux.

^{vi} Il convient de noter qu'une autre étude plus ancienne sur la région lilloise (Guesdon, I. & Roelandt, J-L, "Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans-domicile –fixe », *L'Information psychiatrique*, vol. 74, n°4, avril. 1998, p. 348) aboutit 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, C., dans *La santé mentale des sans-abri à Paris*, L'Elan Retrouvé, 1997, première étude sur la question à Paris, arrivent 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.

^{vii} Il convient de noter que 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.

b) Rappel des deux hypothèses

i. La raréfaction de non lieux psychiatriques.

La raréfaction de non lieux psychiatriques, du fait de la «responsabilisation» croissante en matière pénale, a fait l'objet de débats particulièrement importants de la part de la profession psychiatrique dans les années 2000-2010, dans un contexte plus large de débat sur l'expertise psychiatrique et son évolution. L'évolution des pratiques expertales vers une responsabilisation est alors régulièrement accusée de contribuer à l'augmentation des malades psychiatriques en prison (45–47). Nous suivons les travaux de la sociologue Caroline Protais qui se focalisent sur cette question (48). L'auteur contribue à nuancer le discours sur la baisse dramatique de non-lieux psychiatriques et à le ramener à de plus justes proportions, en montrant que le chiffre de la baisse de non-lieux régulièrement avancée dans la littérature psychiatrique est largement surévalué. Dans son ouvrage, Protais décrit néanmoins « le mouvement de responsabilisation du malade mental » qui a eu lieu à partir de la fin de la deuxième guerre mondiale en Europe et qui s'accompagne de la tendance des experts à conclure sur la responsabilité des personnes qui ont commis de crimes et qui sont atteintes par des troubles psychiatriques sévères. Caroline Protais s'appuie sur les archives d'une cour d'appel à Paris et analyse l'évolution des diagnostics d'irresponsabilité posés. L'auteure constate la présence constante, le long du siècle, d'« une zone de désaccord entre des experts plutôt favorables au principe d'irresponsabilité psychiatrique et d'autres qui cherchaient à l'appliquer de manière moins extensive » et elle constate « un déplacement de cette zone au cours du temps qui dessine les contours d'une évolution vers une pratique de l'expertise plus responsabilisante à l'égard des malades mentaux ayant commis des infractions» (48). Selon l'étude de Protais, « les cas susceptibles d'être déresponsabilisés par recours à l'article 122-1

du Code pénal^{viii} présentent des troubles beaucoup plus graves que dans les années 1950 » car la responsabilisation du malade vient à être considérée comme une partie intégrante du processus de rétablissement de la personne qui a commis un crime (48). C'est l'idée selon laquelle la loi serait thérapeutique pour le malade – et pour les familles de victimes – et la confrontation avec la réalité plus efficace que les soins apportés dans une institution psychiatrique^{ix} (49). Dans la même logique, on considère que les victimes doivent avoir un rôle actif dans le processus juridique car cela peut leur permettre une élaboration du tort subi. Selon l'auteur, l'horizon culturel qui a permis ce changement dans l'attitude des psychiatres vis-à-vis de la maladie mentale est lié aux années 1970, qui voient émerger les revendications de psychiatres militants ainsi que d'intellectuels de gauche qui critiquent le monde asilaire et mettent en œuvre un processus de désinstitutionnalisation, en s'appuyant sur la conviction que les malades mentaux ne sont pas des aliénés, mais des individus comme les autres. C'est ainsi qu'à la fin des années 1970, l'expertise devient plus clairement responsabilisante.

^{viii} L'article établit que « 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. » « 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. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. », Code Pénal, article 122-1.

Jusqu'en 1994, il s'agissait de l'article 64 du Code Pénal de 1810 dont la genèse remonte à la Révolution française (voir à ce sujet, Laurence Guignard, *Juger la folie*, Paris, PUF, 2010) et qui stipulait qu'« il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ». Cet article a été promu dans le contexte de la naissance de la psychiatrie et du développement de la réflexion de Pinel, d'Esquirol et de leurs élèves, qui considéraient que le malade mental n'était pas responsable car il était atteint d'un trouble qu'il fallait soigner et non pas punir. Les institutions asilaires naissent en 1838 ; à cette époque nous assistons aussi à l'émergence des experts psychiatriques et à la réflexion autour de la nature du criminel. Voir à ce sujet Jan Goldstein, *Consoler et classifier*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1997)

^{ix} A ce propos, Jacques Lacan a joué un rôle important en France compte tenu de la grande diffusion de ses théories parmi les psychiatres des années 60-70. L'assomption de sa responsabilité face à la loi serait, dans sa vision de la maladie mentale, thérapeutique et utile dans le processus de guérison des personnes qui sont atteintes d'un trouble psychiatrique sévère. Puisque les patients qui souffrent plus particulièrement d'un trouble psychotique n'auraient pas accès au symbolique, la confrontation avec la loi, qui est conçue comme le vecteur du registre symbolique, pourrait permettre en processus de rétablissement. Lacan J, *Prémises à tout développement de la criminologie. Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 1956. Les théories de la psychiatrie institutionnelle, qui se sont diffusées en France dans ces mêmes années, partagent ce point de vue, la psychiatrie institutionnelle étant fortement influencée par la pensée lacanienne. Dans cette optique on pourrait dire que la prison serait alors la dernière institution qui permettrait de soigner.

Il faut noter que le phénomène de la responsabilisation des malades mentaux du fait d'une évolution des pratiques expertales, quel que soit son poids, ne permet pas de toute façon de rendre compte de la présence d'un nombre considérable de personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont incarcérés par la voie correctionnelle pour avoir commis des délits et qui représentent la grande majorité des détenus. La population pénale est majoritairement passée par la voie correctionnelle où elle se trouve en attente de jugement par cette voie, au cours de laquelle il n'existe aucune expertise systématique^x. La population poursuivie, selon la procédure de la comparution immédiate, doit certes obligatoirement faire l'objet, à l'initiative du procureur de la République, d'une enquête sociale. Mais cette enquête sociale n'implique pas une expertise psychiatrique dont les délais seraient, de toute façon, incompatibles avec ceux de la procédure de jugement^{xi}. La même autrice souligne le fait que la présence des malades mentaux dans les prisons ne peut en aucun cas être expliquée par la réduction des non-lieux pénaux, les chiffres des détenus atteints par des troubles mentaux en prison sont relativement stables depuis bien avant ce mouvement « de responsabilisation » dont le rôle aurait été surestimé par les psychiatres. Près 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 et seulement ceux qui ont commis des crimes font l'objet d'une

^x L'expertise médicale avant jugement n'est obligatoire, en vertu de l'article 706-47-1 du code de procédure pénale, que pour les infractions les plus graves ou celles présentant un caractère sexuel mentionnées par l'article 706-47 du même code : 1. meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ; 2. agressions ou atteintes sexuelles ; 3. proxénétisme à l'égard d'un mineur ou recours à la prostitution d'un mineur ; 4. meurtre ou assassinat commis avec tortures ou actes de barbarie et meurtres ou assassinats commis en état de récidive légale. Par ailleurs, le code de procédure pénale détermine également un régime spécifique pour la protection juridique des majeurs. Aux termes de l'article 706-115, toute personne majeure dont il est établi, au cours de la procédure, qu'elle a fait l'objet d'une mesure de protection juridique - tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, mandat de protection future - doit être soumise avant jugement à une expertise médicale obligatoire afin d'évaluer sa responsabilité au moment des faits. En pratique, l'expertise est systématiquement en matière criminelle et ordonnée selon la nature du délit commis en matière correctionnelle.

^{xi} 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 relatif aux faits reprochés ou à la personnalité de l'intéressé (article 397-1).

expertise. « La présence des malades mentaux dans les prisons questionne donc, au-delà des seules conclusions de l'expert psychiatre, le fonctionnement institutionnel de la justice » (41,50,51).

Une deuxième hypothèse qui cherche à expliquer la surreprésentation de personnes atteintes par des troubles psychiatriques en situation de grande précarité en prison, et qui est mobilisée par des études (42,52–58) et souvent relayée par les acteurs de terrain, cible le processus de désinstitutionnalisation comme la cause de ce problème.

ii. La désinstitutionnalisation.

Le nombre de lits d'hospitalisation complète en établissement psychiatrique public en France a été divisé par cinq en quarante ans, passant de 170 000 à 35 000 en 2015 (59). La fermeture de lits dans les hôpitaux psychiatriques à partir des années 1960 -1970 en Europe et la politique de secteur^{xii} qui s'est développée en France avec l'objectif de promouvoir une psychiatrie communautaire intervenant dans le territoire auprès des usagers aurait eu comme conséquence un abandon des personnes atteintes d'un problème de santé mentale sévère, d'autant plus si elles vivent dans des conditions sociales défavorables (60–62). Les études qui soutiennent qu'il y aurait une relation directe entre la diminution des lits dans les hôpitaux psychiatriques, à partir de la fin des années 1970, et le nombre de détenus, font référence à l'hypothèse de Penrose (63) pour soutenir leurs arguments et emploient un argument « trans-institutionnel » pour élucider ce problème : les malades les plus fragiles auraient tout

^{xii} En 1960, la France a promu « la politique du secteur » dont l'objectif était de surmonter la logique d'exclusion de l'asile à travers la création d'un réseau de services territoriaux. La volonté était celle de recentrer la psychiatrie vers l'extérieur, en mettant en place une série de structures en ambulatoire, pour accompagner les usagers près de leur lieu de vie, tout en gardant l'hôpital psychiatrique comme lieu de soin de référence dont l'ambulatoire serait un appendice, mais en réduisant d'une façon drastique le nombre de lits de ces structures. L'hôpital n'est pas mis en discussion dans son existence mais son rôle est fortement redimensionné grâce au projet de mise en place d'une série de structures vouées à éviter le recours à l'hospitalisation : les CMP, les hôpitaux de jour ... L'idée était aussi de mieux suivre les phases d'évolution du malade, avec des moments de « crise » impliquant une structure lourde (l'hospitalisation), mais qui avait l'objectif d'être tournée, dès le départ, vers la sortie. Lucien Bonnafé est un des fondateurs de la doctrine du secteur, avec lui nous pouvons rappeler le nom d'autres psychiatres : Tosquelès, Daumezon, Sivadon, Follin, Duchêne.

simplement été transférés de l'asile à la prison (64). Etant donné l'importance de cette référence dans la littérature et dans les discours des praticiens, il nous a semblé important de nous y arrêter plus particulièrement.

La «loi» Penrose

Lionel Penrose était un mathématicien et psychiatre britannique, membre du mouvement eugéniste, qui a observé en 1939, dans une étude transversale menée dans dix-huit pays différents, une relation entre la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et l'augmentation des détenus dans les prisons. Si une population augmentait, l'autre déclinait au même rythme. « The population of every land may be presumed to contain a small section composed of people whose behaviour is so undesirable from the social point of view that they require segregation for a greater or lesser period of their lives » (63). Il a aussi trouvé une corrélation entre la réduction des nombres de lits dans les hôpitaux psychiatriques et le nombre de morts pour meurtre (63). La réflexion de Penrose part d'un présupposé : « insanity and mental deficiency are predisposing causes of crime » (63).

« One method is to wait until a serious breach of the civil laws takes place, that is to say, until a crime is committed: this is considered to justify retributive or deterrent action against the offender, which usually implies his removal from society for a definite or indefinite period of time. The other method is to regard a socially incompetent person, whether he has or has not offended against the laws, as material for medical attention and to provide institutional care for him. If the second method is of greater value than the first, it will be largely because the undesirable person can be recognized before he injures the community and, by appropriate medical treatment, may be prevented from doing so. » (63).

Cette solution a le mérite de protéger la société car ces « indésirables » peuvent être reconnus et traités avant qu'ils ne commettent des gestes à l'encontre de la société^{xiii}. L'étude de Penrose conclut sur cet argument : l'augmentation de lits dans les hôpitaux psychiatriques permet une réduction des crimes dans une société; elle permet aussi de gérer les crimes en amont, avant qu'ils ne soient commis, en agissant sur les infracteurs potentiels^{xiv}. En partant de ces présupposés, dont il faut noter tout ce qu'ils doivent à l'anthropologie criminelle des années 1930, nous devrions comprendre pourquoi dans les pays où le nombre de places dans les hôpitaux psychiatriques sont limitées, il y a plus de places dans les prisons et vice versa.

2b. Complexifier les relations entre désinstitutionnalisation et incarcération des malades mentaux: l'apport de l'histoire et des sciences sociales

Les références historiques montrent que les critiques au processus de désinstitutionnalisation et à sa responsabilité dans la présence d'un nombre considérable de détenus qui souffrent de troubles psychiatriques, doivent être prises avec prudence. D'une part, on constate que le problème posé par les malades mentaux en prison est ancien et qu'aux moments les plus forts du système asilaire, la proportion de malades mentaux en prison par rapport à leur nombre en population générale était comparable à la situation actuelle. Ainsi, dès les années 1840, Lélut constatait que «le chiffre des aliénés dans les prisons [...] est sept ou huit fois plus élevé qu'il ne l'est dans la population libre», s'appuyant sur diverses études statistiques en France, en Angleterre, en Suisse ou en Norvège^{xv}(65), tandis que les études

^{xiii} « The results of the survey also suggest that attention to mental health may help to prevent the occurrence of serious crimes, particularly deliberate homicide. » Penrose LS. Mental disease and crime:outline of a comparative study of European statistics. British Journal of Medical Psychology.1939;18(1):1-15, p. 1.P. 12

^{xiv} An independent source of information is provided by mortality statistics. The yearly death rate attributable to murder is relatively small in most of the countries in which the mental health services are well developed and the rate may be increased tenfold in countries where the mental health services are but poorly developed. Penrose LS. Mental disease and crime:outline of a comparative study of European statistics. British Journal of Medical Psychology.1939;18(1):1-15, p.7.

^{xv} Les travaux de Lélut s'inscrivent dans l'important débat qui traverse les années 1840-1880 sur les effets de l'emprisonnement cellulaire et la folie pénitentiaire.

menées dans le canton de Vaud par le docteur Gosse aboutissaient à une proportion comparable de 3,93 aliénés pour 1000 habitants en population générale contre 20 pour 1000 en prison (65). Pour prendre un autre marqueur, en 1902, Colin, dénonçant le scandale des «aliénés méconnus et condamnés» en prison, les estimaient à près de 36,7% de la population incarcérée (66). Ne pouvant pas, assurément, accuser la désinstitutionnalisation dans un moment où les asiles étaient à leur maximum de fonctionnement, il dénonçait plutôt l'organisation de la filière depuis l'arrestation jusqu'à l'incarcération, ainsi que le manque de formation des personnels à l'identification des troubles mentaux. Ainsi, la question de la surreprésentation des malades mentaux en prison traverse l'histoire des XIXe-XXe siècles, avec des estimations relativement constantes ; il est donc assez difficile de la rattacher à la désinstitutionnalisation. Ce constat rejoint celui établi par Caroline Protais concernant le problème de la responsabilisation.

En outre, l'autre argument qui sert de fondement à la thèse de la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire l'existence d'une relation inverse entre nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et nombre de détenus pose autant de questions. Cette relation inversée a été constatée à plusieurs moments de l'histoire sans qu'on puisse en rendre compte par un système de vases communicants: par exemple, dans les années 1940, les asiles étaient vides à cause de la famine qui avait provoqué la mort de beaucoup de personnes enfermées dans ces institutions, tandis que les prisons étaient remplies par les déserteurs de guerre. Une situation similaire a été observée lors de la première guerre mondiale. Des questions économiques – comme la famine – et politiques – comme les guerres – ont, depuis toujours, eu des répercussions importantes sur ces deux types d'institutions. Ces constats historiques devraient conduire à poser autrement la question de la relation des chiffres entre institution psychiatrique et prison. A ce propos, B. Harcourt invite à ne pas utiliser à la lettre les catégories de « malade mental » et celle de « criminel » car elles ne sont pas neutres et elles n'ont pas une validité autonome, comme si on pouvait les décontextualiser d'un horizon historique et politique. Il faudrait se demander comment, dans des époques différentes, le

système carcéral et celui asilaire ont capturé dans leurs mailles des personnes qui étaient considérées à la marge de la société (67,68), et inscrire ainsi le problème de l'incarcération comme celui de l'institutionnalisation dans le cadre politique plus large de l'«incapacitation institutionnelle» (67–70). Notons aussi que, si la courbe de l'internement psychiatrique et celle de l'incarcération se croisent en 1974, la hausse de l'emprisonnement ne commence qu'une vingtaine d'années après la décroissance des lits d'hôpital psychiatrique. Elle ne saurait être, en vérité, séparée de tout un contexte économique et politique qui conduit, comme cela a été montré par divers auteurs, à un recours de plus en plus massif à l'incarcération dans de nombreux pays à partir de la fin des années 1980 (69,71).

Un autre exemple historique est celui représenté par l'Italie. Une étude de Benedetto Saraceno (72), ancien directeur du département de santé mentale de l'OMS, fait un bilan (73–81), quarante ans après la loi 180^{xvi}, qui décrète la fermeture des hôpitaux psychiatriques en Italie, de la situation de la santé mentale. Dans ce pays, qui a choisi un modèle psychiatrique strictement communautaire (le taux de lits en Italie étant de 10 par 100 000 habitants, en France de 88, de 22 aux USA et de 267 au Japon), le pourcentage d'hospitalisations non volontaires a baissé de 25.8% à 4.7% ; le taux de suicide a légèrement baissé^{xvii}, la population de patients psychiatriques accueillis dans des hôpitaux forensiques (82) (qui ont été récemment fermés) a progressivement diminué. Le taux de personnes atteintes par un trouble

^{xvi} La loi 180, que l'on appelle aussi la « loi Basaglia » et qui a été approuvée en 1978, en Italie, plaide pour la fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques et conduit à leur remplacement par une série de services de santé mentale communautaires. La loi insiste aussi sur l'importance d'éviter les soins sans consentement et le recours à l'hospitalisation, ce qui impose la création de structures dans le territoire. Une donnée épidémiologique importante concerne les hospitalisations sans consentement. Leur nombre est environ dix fois plus élevé en France qu'en Italie et surtout il est en constante augmentation au cours des années. En Italie, leur nombre, qui était de plus de 20000 en 1978, l'année de la promulgation de la Loi 180, s'est radicalement réduit au cours des années en arrivant à moins de 9000 en 2015 - C. Barbui, D. Papola, B. Saraceno, Forty years without mental hospitals in Italy, *International Journal of Mental Health Systems*, (2018), 12 :43.- Soulignons le fait que l'Italie et la France sont deux pays facilement comparables car il s'agit de deux pays européens et industrialisés. La population française est de 66.6 millions, celle italienne de 60.6 millions et l'espérance de vie est environ la même. En 2016, 1.7 million d'usagers ont consulté les services de santé mentale en France et 0.834 million en Italie.

^{xvii} Le taux de suicides est bien sûr lié à d'autres variantes comme la force de liens familiaux, la religion, la qualité de vie, mais il reste important d'observer que la fermeture des asiles n'a pas conduit à une augmentation de leur nombre.

mental sévère en prison n'est pas plus élevé que dans les autres pays du G7, même si il y a peu de données à ce sujet (comme dans les autres pays (82,83)).

Nous pouvons enfin pointer un fait qu'il est important de souligner : Penrose interprète son coefficient de corrélation de manière causale, alors que des nombreuses autres hypothèses pourraient expliquer « the inverse ratio between number, per 1000 inhabitants, of mental hospital inmates and prisoners.

Des études récentes

Des études récentes (84–89) tendent à nuancer le bien fondé de l'hypothèse Penrose, nous allons proposer une lecture de leurs arguments. Nous allons aussi présenter des études qui semblent confirmer cette hypothèse (54).

Dans une étude longitudinale qui porte sur 26 pays et qui s'étend sur une durée de 20 ans, Victor Blüml (84) pointe le fait que les résultats de multiples études qui se focalisent sur la loi Penrose ne sont pas unanimes. Nombreuses sont les études qui nuancent l'évidence scientifique sur laquelle l'hypothèse Penrose semblerait s'appuyer. L'hypothèse de Penrose, écrit Blüm, prétend réduire un phénomène social complexe à un seul facteur explicatif – la fermeture des lits d'hôpitaux psychiatriques – sans prendre en compte les variantes économiques, sociales et politiques d'une société donnée (85,90). La population carcérale, et son augmentation, sont liées à une série de facteurs qui ne sont pas strictement liés à l'organisation d'un système de santé et qui renvoient à des questions politiques, économiques et sociales: « Political, socioeconomic, and other complex regional differences are hypothesized to play a major role in the postulated association between psychiatric beds and prison populations »(90).

Il va de soi que, dans les moments de crise économique, les inégalités sociales entre les couches de la population d'une société donnée augmentant, le recours aux incarcérations est plus fréquent. Il faut aussi prendre en considération les choix politiques d'une société,

concernant la question de la sécurité, qui peuvent varier dans le temps et ont un impact sur le fonctionnement de la justice et le recours à des peines de prison ferme. Par ailleurs, d'autres facteurs comme la culture, la religion, la solidarité sociale et la force de liens familiaux jouent un rôle majeur pour expliquer ce phénomène qui peut, par conséquent, varier dans le temps. Selon Blüml, les études, qui se penchent sur l'hypothèse Penrose, devraient prendre ces éléments en considération pour que leurs résultats restent significatifs. Dans la même ligne critique, l'auteur souligne le fait que Penrose ne prend pas en considération la situation propre à chaque pays et il fait de son hypothèse une loi universelle abstraite, car dépourvue de toute épaisseur historique et sociale, ainsi qu'il y a « a considerable danger of oversimplification connected with it »(90). Il conclut ainsi : « The notion of the Penrose hypothesis, which postulates a linear relationship between psychiatric hospital bed numbers and prison population sizes, seems to be an inadequate bivariate simplification of a rather complex and multifactorial relationship. » (84).

D'après Blüml, la théorie de Penrose donne une vision très réductive d'un phénomène multifactoriel à partir d'une lecture eugéniste et de la maladie mentale et de la place des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques dans la société. Les résultats de son étude permettant de mettre en discussion cette « potential stigmatization of individuals suffering from mental disorders as criminals, which could be unintentional by product of the Penrose hypothesis » (84).

Une vaste étude menée par Large et Nielssen, (87) analysant les données de 158 pays entre 2002 et 2005, a montré une corrélation entre la réduction des lits de psychiatrie et l'augmentation de la population carcérale dans des pays à faibles ou à moyens revenus, mais non dans les pays plus riches. Dans les pays plus défavorisés, ce lien serait à analyser en rapport à des choix politiques d'investissement sur un système de soin alternatif alors que la population manque de biens fondamentaux à la survie, ainsi qu'à des facteurs sociaux comme l'augmentation, dans une situation de crise économique, de l'intolérance par rapport aux

comportements marginaux ou déviants et à la demande croissante de sécurité sociale qui peut être un problème majeur dans un pays à faibles revenus et aux différences de classe majeures.

« In low-and-middle income countries the association between prison and psychiatric hospital populations may depend on the ability of governments to pay for custodial institutions as well as differences in cultural attitudes towards abnormal and criminal behaviour. In high-income countries psychiatric and prison populations are not related and probably determined by separate social and political factors » (87).

Dans les pays de l'ancien bloc communiste, où un processus de désinstitutionalisation a été mis en place à partir de la chute du régime communiste en 1989, une étude a été menée(89). Les auteurs mettent en évidence l'invalidité de l'hypothèse Penrose qui pourrait avoir une valeur explicative seulement pour la brève période qui marque le passage d'un système asilaire à un autre système de santé qui le substitue. Selon les auteurs, la désinstitutionalisation doit être accompagnée par une évolution du système de santé et de la mise en place de structures de soins alternatives (91) pour qu'elle puisse fonctionner.

« Among the lessons learned from deinstitutionalization are that successful deinstitutionalization involves more than simply changing the locus of care; that service planning must be tailored to the needs of each individual; that hospital care must be available for those who need it; that services must be culturally relevant; that severely mentally ill persons must be involved in their service planning; that service systems must not be restricted by preconceived ideology; and that continuity of care must be achieved » (89).

Ils concluent que « After the political changes in 1989, post-communist countries experienced a substantial reduction in general psychiatric hospital beds, which in some countries may have partly been compensated by an increase in supported housing capacities and more forensic psychiatric beds. Changes in the prison population are inconsistent. The findings do not

support the Penrose hypothesis in that historical context as a general rule for most of the countries » (89).

Des observations semblables sont faites par Steadman et autres auteurs (86), concernant la situation aux USA : « Rather than direct relationships between correctional and mental health institutions, it appears that the interrelationships are indirect, mediated by community reaction towards all types of socially marginal groups when the societal tolerance level for deviance is exceeded » (86). Ils indiquent ainsi, encore une fois, que l'hypothèse Penrose ne permet pas d'expliquer une réalité complexe qui dépend d'une série de covariables, dont la mise en place d'un suivi de soins alternatif à l'asile qui est une covariable essentielle. *The Nordic Journal of Psychiatry* publie en 2009 une étude de Hartving et Kjelsberg (92). Pour les auteurs, si l'on veut, réfléchir à une possible responsabilité de la psychiatrie et des politiques sanitaires sur une augmentation des incarcérations des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères, il faudrait se focaliser sur l'absence d'une politique de prévention en santé mentale et sur la prise en charge tardive qui s'ensuit des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale, plutôt que sur le processus de désinstitutionalisation en lui-même.

En Amérique Latine un lien entre, la fermeture des lits dans les hôpitaux psychiatriques et l'augmentation de la population carcérale qui présente des troubles psychiatriques, semble par contre avoir été démontré. Une étude, menée sur six pays, qui remonte aux données des années 1990, semble le prouver car leurs résultats restent significatifs quand bien même les facteurs économiques sont pris en considération comme une covariante épidémiologique (54). Néanmoins les auteurs soulignent le fait qu'il ne s'agit pas d'un rapport direct entre ces deux phénomènes mais d'une relation plus significative que celle qui a été retrouvée dans d'autres pays. Blüml considère que cette étude ne tient pas suffisamment compte de la situation politique et économique des différents pays d'Amérique Latine « all six South American countries (...) are classified by the UN as developing

nations » (84), où les inégalités sociales et les disparités de traitement entre les personnes, conduisant à un non-respect des droits fondamentaux (93), sont extrêmement élevées, raison pour laquelle des personnes atteintes par des troubles mentaux se retrouveraient plus facilement en prison. Il souligne qu'il faut aussi prendre en considération le fait que le mouvement de désinstitutionalisation a commencé assez tardivement en Amérique Latine, dans les années 1990, ce qui signifie d'une part que le système communautaire, qui est censé prendre la place de celui asilaire, doit encore être mis au point et d'autre part que nous ne pouvons pas avoir le même recul que dans les pays d'Europe et aux USA pour étudier les données épidémiologiques (84).

Deux études montrent une relation similaire à celle retrouvée en Amérique Latine, en Norvège et en Irlande (92). Ainsi, la situation irlandaise serait bien différente que celle de l'Angleterre, proche sur le plan démographique et sur le plan économique, ce qui amène les auteurs à mettre l'accent sur les différences entre le système pénitentiaire et celui de la santé mentale - qui a pris la place du système asilaire - dans ces deux pays comme élément explicatif de la situation de deux pays. Des pratiques différentes pourraient être à l'origine de cette disparité et non pas le processus de désinstitutionalisation en tant que tel.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'étude de Penrose est sujette à des nombreuses difficultés méthodologiques, avec, comme nous l'avons vu, des articles récents, qui essaient de la reprendre et d'en vérifier la validité et qui donnent des résultats contrastés. Il s'agit par ailleurs d'une étude transversale, qui propose des données anciennes dont on peut s'interroger sur l'exhaustivité et qui ne permet, en aucun cas, de conclure à une causalité entre la réduction des lits dans les hôpitaux psychiatriques et l'augmentation de la population carcérale. Mais surtout, comme pour le cas de la «responsabilisation» évoqué précédemment, quel que soit le poids qu'il faille accorder, en général, aux mécanismes de transfert d'une institution (l'hôpital psychiatrique) à une autre (la prison) dans le cadre d'une désinstitutionnalisation, il reste essentiel de comprendre empiriquement comment se fait ce transfert, c'est-à-dire quels sont

les mécanismes institutionnels et les facteurs organisationnels par lesquels un public atteint de troubles psychiatriques sévères, en situation de grande précarité, entre en prison. Il s'agit donc d'étudier empiriquement les différentes étapes par lesquelles ce public passe avant son entrée en prison, en examinant l'organisation du dispositif de dépistage et les modes de prises en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères et en situation de grande précarité, pour comprendre comment cette situation est gérée institutionnellement, déterminer s'il existe des facteurs institutionnels ou des facteurs de fait qui explique que ces personnes soient surreprésentées en prison et, le cas échéant, sur lesquels il serait possible d'agir pour les améliorer.

c) Description de l'hypothèse

La garde à vue (GAV) et la comparution immédiate (CI) et des facteurs institutionnels associés pourraient faciliter l'incarcération des personnes avec des troubles psychiatriques sévères et en grande précarité dans la filière GAV- comparutions immédiates.

Notre hypothèse propose de se concentrer sur le fonctionnement de la filière garde à vue – comparution immédiate et d'examiner les mécanismes qui peuvent faire d'elle une porte d'entrée en prison pour une population précaire qui présente des troubles psychiatriques sévères. Au niveau international, cette proposition rejoint la tendance qui existe à étudier l'ensemble de la séquence qui va de l'interpellation à l'incarcération, pour comprendre, à chaque étape, les dispositifs de prise en charge des troubles psychiatriques sévères chez les personnes en grande précarité, tenter d'identifier des points de blocage qui puissent améliorer pour réduire la prévalence de troubles psychiatriques en prison. En France, cette étude concrète de l'organisation des dispositifs de repérage et de prise en charge dans la filière GAV-CI a été relativement négligée lors des débats portant sur la surreprésentation des pathologies psychiatriques en prison, même si diverses études et recommandations ont mis en

avant l'importance d'étudier cette filière et son fonctionnement pour comprendre une partie de la fréquence des troubles psychiatriques en prison (21,33). Une étude menée à Marseille fait exception. En 2011, Médecins du Monde a lancé une recherche-action pour élaborer un dispositif réduisant les incarcérations de personnes en grande précarité, ne disposant pas de logement stable et présentant des troubles psychotiques graves. Une étude qualitative été menée, et elle a mis en évidence que la voie GAV-CI constituait une porte d'entrée importante en prison pour un public précaire, qui présente des troubles psychiatriques et qui a commis des délits (23). Nous parlerons, par la suite, de cette étude.

L'hypothèse sous-jacente serait qu'une série de raisons, pratique ou institutionnelles, expliqueraient que le fonctionnement de la garde à vue et de la comparution immédiate, filière par laquelle passe une partie importante des personnes en grande précarité impliquées dans des petits délits, joue un rôle dans la surreprésentation d'une population précaire et présentant des troubles psychiatriques sévères en prison. On peut distinguer deux points à étudier en particulier.

1) De par la loi, en France, une personne qui se trouve en garde à vue peut être examinée par un médecin afin d'établir si son état de santé (y compris mental) est *compatible* avec la GAV (art. 63-3 du code de procédure pénale, modifié par la loi du 14 Avril 2011)^{xviii}. Cet examen aboutit à la rédaction d'un certificat de compatibilité. Le médecin est requis par un officier de police judiciaire, à la demande de l'officier de police, de la personne gardée à vue, de sa famille ou de son avocat. Cependant les mécanismes par lesquels la personne peut faire l'objet d'une évaluation psychiatrique ne sont pas établis d'une façon claire et semblent varier fortement d'une région à l'autre, selon l'organisation des services et la pratique des intervenants. En dépit d'études importantes portant sur certains territoires (23,94–96), nous ne

^{xviii} L'article pose comme principe le droit d'être examiné par un médecin pour toute personne placée en GAV. Le médecin doit se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la GAV. En 2009 le ministère de la Justice a publié un guide de bonnes pratiques en proposant un certificat type. L'utilisation de ce certificat type resterait peu rependue alors que le Comité européen de prévention de la torture a recommandé son utilisation, après une visite en France. Nous renvoyons à la lecture de Chariot P et al, Intervention du médecin en garde à vue : contenu du certificat médical et de ses à – cotés, AJ Penal, Octobre 2012, p. 521-526 ; Chariot et al, Certificat médical de compatibilité avec la garde à vue. *Med Leg Soc* 2001 ; 4 : 69-70.

disposons pas à ce jour d'une cartographie nationale de l'organisation de ces pratiques et du travail mené par les différents acteurs impliqués, en particulier médicaux et psychiatriques. En particulier, la manière dont le système est organisé à Lille n'a, à notre connaissance, fait l'objet d'aucune étude empirique. La manière dont l'article 63-3 du CPP est mise en œuvre et interprétée dans le cas des troubles psychiatriques mérite qu'on s'y arrête, puisqu'elle est un moment important de repérage des troubles psychiatriques pour un public qui passe par la voie correctionnelle. Les quelques études menées montrent ainsi, d'une part, qu'une part non négligeable de personnes identifiées comme présentant des troubles psychiatriques en GAV sont déclarés malgré tout compatibles avec la GAV (95), ce qui n'est pas en soi surprenant mais mérite qu'on s'interroge sur les critères qui font que certains sont déclarés compatibles et d'autres non, et qu'on examine la variété des pratiques à ce sujet. Il est donc important d'étudier empiriquement comment s'organise a minima le système de repérage des troubles psychiatriques en GAV et faire un état des pratiques existantes.

2) Par ailleurs, d'autres facteurs, comme la rapidité des procédures en correctionnelle pourraient rendre difficile le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques sévères dans la filière GAV-comparutions immédiates(97)^{xix}.

Plus prosaïquement, il nous a semblé important de déterminer comment étaient organisé le repérage et la prise en charge des personnes avec des troubles psychiatriques sévères en région lilloise et de voir si les acteurs impliqués dans le dispositif considéraient la filière GAV-CI comme une porte d'entrée importante de populations en grande précarité présentant des troubles psychiatriques sévères. Il s'agissait aussi de déterminer si ces acteurs estimaient pertinent d'intervenir à ce niveau pour réduire les risques d'incarcération de ces personnes et sinon, quelles étaient leurs positions à ce sujet.

^{xix} « L'accélération du traitement procédural des affaires de petite et moyenne gravité génère en premier lieu des difficultés en termes de repérage des publics. Alors que les injonctions thérapeutiques, comme d'ailleurs les stages de responsabilisation aux dangers des produits stupéfiants ou les orientations sanitaires et sociales, supposent une évaluation préalable du profil des auteurs, les pratiques d'orientation en temps réel privilégient l'immédiateté de la réponse et ne laissent donc pas aux magistrats du parquet le temps de vérifier la situation des personnes qu'ils ont à sanctionner », Gautron V., « L'impact des préoccupations managériales sur l'administration locale de la justice pénale française », *Champ pénal/ Penal field* [En ligne], Vol. XI | 2014, mis en ligne le 21 janvier 2014. URL : <http://champpenal.revues.org/8715> ; DOI : 10.4000/champpenal.8715

d) Objectifs de la thèse :

Premier objectif :

Le premier objectif de cette thèse est celui d'étudier, après une brève description de la législation qui encadre le fonctionnement de la GAV, l'intervention du médecin et la rédaction du certificat de compatibilité, comment fonctionne le système de repérage de troubles psychiatriques en garde à vue à Lille et d'en repérer les difficultés institutionnelles potentielles pour le repérage.

Deuxième objectif :

Le second objectif de cette thèse est celui d'étudier, après une brève description de la législation qui encadre le fonctionnement de la CI, d'en décrire le déroulé et de repérer les facteurs institutionnels pouvant favoriser l'emprisonnement de cette population marginalisée.

Troisième objectif :

Le troisième objectif est celui d'évaluer la possibilité de changements du système actuel, à partir de la satisfaction ou de l'insatisfaction exprimée par les différents professionnels qui interviennent en garde à vue et dans la filière GAV-CI dans la région lilloise et de faire un inventaire des positions des différents acteurs impliqués vis-à-vis de la pertinence et de la nécessité d'améliorer le système existant.

2) Méthodes

Afin de mettre en œuvre nos trois objectifs, nous avons réalisé une étude qualitative qui étudie comment le système de repérage des troubles psychiatriques fonctionne en GAV dans la région lilloise et comment le croisement entre troubles psychiatriques sévères et grande précarité est appréhendé dans la filière GAV-CI.

Notre étude qualitative s'est focalisée sur la ville de Lille, sur une durée d'un an environ, de l'été 2018 à l'été 2019. Nous avons commencé par repérer les personnes qui sont censées connaître le fonctionnement de la filière GAV-CI : des magistrats, des officiers de police, des médecins légistes, des psychiatres, des médecins généralistes et des urgentistes. La juriste de l'EPSM, où nous travaillions en tant qu'interne au début de notre étude, nous a aidée à nous mettre en contact avec des magistrats. Nous voulions interroger des membres du Parquet, des juges des libertés et de la détention et des juges qui siègent en CI afin d'avoir une vision globale de tous les moments de la chaîne judiciaire qui conduit une personne, de l'interpellation par la police à la GAV, et, de la GAV en CI. Après avoir contacté ces premiers magistrats, et au fur et à mesure que la recherche avançait, nous sommes retrouvée, par un effet de boule de neige, en lien avec la plupart des membres du Parquet, des juges des libertés et de la détention et des juges qui siègent en CI, qui ont en charge la gestion de la filière GAV-CI à Lille, ainsi qu'avec un officier de police de Lille.

En ce qui concerne les psychiatres, nous les avons directement contactés. Nous avons choisi des psychiatres qui travaillent en milieu pénitentiaire car ils pouvaient nous donner des éclaircissements sur les conditions de santé mentale des arrivants en détention et confirmer ou démentir la présence importante de personnes atteintes par des troubles psychiatriques sévères et/ou en situation de grande précarité en prison. Ils connaissent le profil de la population qui, en passant par la GAV-CI, rentre en prison, en mandat de dépôt, ou alors, pour y purger sa peine. Nous avons mené aussi un entretien avec un expert psychiatre, qui n'intervient que très

rarement en GAV, mais qui connaît bien le dispositif de repérage des troubles psychiatriques en GAV et en CI à Lille. Nous avons contacté un psychiatre qui intervient régulièrement en GAV à Lille. Nous avons aussi interviewés des psychiatres communautaires, leur point de vue nous semblant important à écouter, puisque le processus de désinstitutionalisation est considéré, dans une certaine littérature, comme une des causes du problème de santé publique que nous essayons d'étudier. Enfin, un psychiatre communautaire nous a semblé être un interlocuteur fondamental car il travaille dans le milieu de la psychiatrie et précarité et il connaît bien, pour cette raison, le type de population qui est au centre de notre travail, ses difficultés avec la police et ses entrées et sorties de prison. C'est lui qui nous a mis en contact avec un commissaire de police qui a accepté de répondre à nos questions.

Nous avons aussi directement contacté un médecin légiste de Lille, les médecins de SOS médecins et un médecin généraliste qui interviennent en GAV. Un psychiatre qui travaille en milieu pénitentiaire nous a mis en contact avec un surveillant qui a travaillé en prison et à l'UHSA, afin de connaître le ressenti des surveillants sur la présence de personnes qui présentent des troubles psychiatriques en détention et sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer avec ce type de population dans leur travail.

Nous avons enfin interviewé un psychiatre qui travaille à Marseille, à la mise en place d'un projet d'alternative à la détention provisoire pour la population précaire et qui présente des troubles psychiatriques, et un chercheur en sciences sociales qui a réalisé une étude qualitative avec les mêmes objectifs que le nôtre à Marseille, afin de déterminer quels étaient les tenants et aboutissants de ces projets dans la région marseillaise. En tant qu'interne, nous avons réalisé un stage en milieu pénitentiaire afin de nous confronter, en première personne, au profil de personnes qui présentent des troubles psychiatriques et qui se retrouvent en prison pour des délits. Malheureusement, malgré nos efforts, nous n'avons pas réussi à rentrer dans une GAV à Lille. Le commissaire de police l'aurait accepté, à condition que nous accompagnions un médecin intervenant en GAV. Le silence du psychiatre, qui intervient dans ce lieu de privation de liberté, nous a pénalisés. Les Médecins de SOS médecins étaient en

principe d'accord, mais ils ne nous ont pas contactées par la suite. Nous avons réussi, malgré tout, à rentrer dans des GAV grâce à un médecin légiste qui travaille dans la région parisienne. Nous l'avons accompagné lors d'une nuit de garde, en suivant ses déplacements en équipe mobile dans plusieurs GAV, l'objectif était de nous familiariser avec cet environnement spécifique

Les entretiens ont été réalisés en colloque singulier. Nous avons personnellement interviewé tous les participants à l'étude. Ces entretiens ont été menés selon la méthode semi-directive habituellement utilisée en ethnographie (98). La plupart des entretiens ont fait l'objet d'une retranscription intégrale et ont été analysés selon une étude qualitative des réponses apportées. La plupart des entretiens ont été enregistrés. Cela n'a pas été possible lors des entretiens réalisés au SMPR, de la Maison d'arrêt de Sequedin et de la Maisons d'arrêt d'Annoeullin, car il est interdit d'y introduire tout type d'appareil électronique, pour des raisons de sécurité. Deux entretiens ont en outre été réalisés par téléphone, dans un cas, car l'interviewé se trouvait à Marseille et, dans l'autre cas, car un médecin de SOS médecins, pour des raisons de disponibilité, préférait un entretien téléphonique le soir après son temps de travail. Deux autres intervenants, un médecin généraliste et un juge, qui préside des audiences en CI, nous ont demandé de leur adresser un formulaire qui contenait le même type de questions que celles posées aux autres participants à l'étude, qu'ils nous ont renvoyé complété. Ils préféraient cette méthode pour une raison logistique, n'ayant pas beaucoup de temps à nous accorder, mais souhaitant malgré tout participer à l'étude. Au total, nous avons pu interviewer :

- Un vice procureur et un substitut du procureur qui sont des membres du Parquet. Il s'agit de l'autorité qui est chargée de défendre l'intérêt de la collectivité.

- Trois juges qui siègent en comparution immédiate au Tribunal de Grande Instance de Lille
- Un juge de la liberté et de la détention qui travaille au Tribunal de Grande Instance de Lille
- Cinq psychiatres qui travaillent en milieu pénitentiaire : dans deux différents SMPR de deux maison d'arrêt de la région lilloise et à l'UHSA de Seclin
- Trois psychiatres qui travaillent à Lille dans des services de psychiatrie communautaire
- Un expert psychiatre qui travaille à Lille, dans un service publique de santé mentale.
- Un médecin généraliste qui travaille pour SOS médecin à Lille
- Un médecin généraliste qui travaille en libéral et qui intervient en GAV à Lille
- Un commissaire de police qui travaille à Lille
- Un surveillant pénitentiaire, qui avait travaillé pendant des longues années en prison, et qui travaillait actuellement à l'UHSA
- Deux contributeurs du programme d'alternative à la prison qui devrait être mis en place à Marseille

Une personne a refusé de participer à l'étude :

- Un médecin légiste de Lille car il considérait ne pas pouvoir apporter des informations intéressantes concernant notre sujet d'étude.

Trois personnes n'ont pas répondu à nos demandes d'entretien:

- Un psychiatre qui intervient régulièrement en GAV à Lille
- Le responsable des services d'urgence du Centre universitaire de Lille
- Les deux responsables du service des urgences psychiatriques du même hôpital.

Au total, 26 personnes ont été sollicitées et 21 ont accepté de répondre à nos questions. Un magistrat nous a proposé de participer aux audiences de CI où il siège^{xx}: nous avons ainsi pu constater quelle était l'ambiance de la CI et le type de population qui y était jugé. Il s'agit, à notre connaissance, de la première enquête qualitative réalisée dans la région sur le fonctionnement de la GAV et de la filière GAV-CI.

Notre position d'interne en psychiatrie était particulière et nous pensons qu'il faut le souligner. Comme nous le verrons, les différents intervenants pouvaient avoir des *a priori* sur les raisons de notre recherche, sur notre vision des pratiques qui sont utilisées en GAV et dans la filière GAV-CI, vis-à-vis de personnes qui peuvent être des usagers de la santé mentale. De plus, nous avons réalisé en tant qu'interne des stages en UHSA et en psychiatrie communautaire qui nous ont confrontés à ces problématiques directement

Les questions que nous avons posées aux différents participants à l'étude visaient à dresser un état des lieux de la situation lilloise. Il s'agissait:

- 1) d'avoir une présentation, par chacun des acteurs de la chaîne, de l'organisation de la filière, des pratiques en vigueur et des réseaux d'acteurs impliqués et d'évaluer leur degré de connaissance du fonctionnement du système.
- 2) De connaître les conditions de la GAV : en particulier concernant la réalisation des examens médicaux et des examens psychiatriques et l'accès à ses soins
- 3) De nous interroger sur le contenu du certificat de compatibilité : recherche-t-il uniquement des troubles empêchant le maintien immédiat en GAV mais aussi des troubles sous-jacents pouvant impacter leur jugement ?

^{xx} Les audiences qui ont lieu au Tribunal de Grande Instance de Lille sont publiques, mais le juge nous a proposés de nous donner une meilleure place assise afin de suivre le déroulement de l'audience, dans des bonnes conditions. Il nous a souhaité pouvoir voir défiler une personne présentant des troubles psychiatriques « ce qui arrive souvent (Juge II).

- 4) D'interroger les différents intervenants sur leur niveau de connaissance et de formation en santé mentale
- 5) De connaître le déroulé d'une CI et de questionner les juges si leur décisions sont influencées par la précarité et les troubles psychiatriques sévères
- 6) D'évaluer l'opinion des différents acteurs sur la manière dont était abordée la question des troubles psychiatriques sévères, de leur repérage et de leur traitement dans la filière GAV-CI et quels étaient selon eux les forces et les faiblesses de l'organisation existante.
- 7) De comprendre s'ils estimaient que l'existence d'une structure alternative à la prison, à une personne identifiée comme ayant un trouble psychiatrique sévère et en grande précarité pourrait être utile.

L'ensemble des entretiens ont été transcrits. Par la suite, les retranscriptions ont été analysées selon les questions évoquées, afin d'en faire ressortir les principales thématiques.

Il faut préciser que, dans cette étude, nous avons fait le choix de nous concentrer sur la phase pré-sentencielle, c'est-à-dire sur le parcours judiciaire qui précède l'incarcération et qui va du repérage des personnes qui ont commis des infractions, des crimes ou des délits ; leur transfert en GAV et leur passage en CI. Cela ne signifie pas qu'un travail focalisé sur la phase post-sentencielle ne serait pas intéressant il pourrait être complémentaire à notre étude. Pour cette raison, lors de nos entretiens, nous avons essayé de comprendre si la volonté de différents intervenants, lorsqu'il exprimait un souhait et une nécessité de reformer le système actuel, était celle de se focaliser sur la phase pré ou post-sentencielle. Il nous a paru indispensable, avant toute proposition alternative sur ce sujet, d'avoir une bonne visibilité du système tel qu'il fonctionne dans les différents lieux, la situation marseillaise, qui a été étudiée, n'étant pas nécessairement transposable comme telle en région lilloise.

Par ailleurs, nous avons assisté à une journée d'audience de comparution immédiate au tribunal de grande instance de Lille.

3) La garde à vue

Nous avons commencé notre enquête en essayant de comprendre le fonctionnement de la GAV en termes généraux. Il nous paraissait en effet fondamental de rappeler son cadre légal; les professionnels qui sont censés y intervenir et le rôle que les psychiatres viennent y jouer. La GAV se situe au croisement entre le fonctionnement de la machine judiciaire, le pouvoir de la police, les pressions de la société, qui réclame des mesures de sécurité, et enfin la santé publique et la médecine. Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le rôle effectif de la psychiatrie en GAV n'a fait l'objet, en France, que de relativement peu d'études empiriques (23,94,94,96,99–102) et une cartographie générale des pratiques manque: on connaît mal la manière dont s'organisent les praticiens, quels types de difficultés ils rencontrent

Notre objectif principal dans cette partie, après avoir rappelé le cadre légal général de la GAV et du rôle du psychiatre selon les textes de loi et les recommandations, était de proposer une étude empirique de la manière dont le système s'est organisé à Lille et de la façon dont les acteurs de la chaîne GAV-CI percevaient le fonctionnement de ce système.

a) Cadre légal et données générales

La garde à vue est une mesure policière de privation de liberté prise à l'encontre d'un suspect^{xxi} lors d'une enquête judiciaire ou pendant la phase d'instruction sur commission rogatoire demandée par le juge d'instruction. Elle donne la possibilité aux enquêteurs d'interroger le suspect et de mener une enquête pour vérifier la véracité de ses déclarations, en

^{xxi} L'article 63 du Code de procédure pénal décrit le suspect comme : « Une personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre une infraction ». La « présomption d'innocence » implique que les magistrats doivent apporter la preuve de la culpabilité d'une personne, mais afin de pouvoir ressembler ces preuves, des formes de coercition et de privation de liberté peuvent être mises en place : la garde à vue en est un exemple, le mandat de dépôt, la mise en examen, le contrôle judiciaire sont d'autres exemples. Nous renvoyons à la lecture de J-H Robert, « Le cadre juridique et jurisprudentiel de l'intervention du médecin en garde à vue », *L'intervention du médecin en garde à vue*, op. cit, p 46.

empêchant la destruction d'indices. Elle permet aussi de garantir que le gardé à vue ne puisse s'échapper. Il faut se rappeler que la plupart des personnes qui sont jugées en comparution immédiate le sont immédiatement après leur GAV, souvent après avoir été pris en flagrant délit. Enfin, la GAV a le rôle de protéger la société en faisant cesser l'infraction dont on suppose avoir trouvé l'auteur. Puisqu'il s'agit d'une forme de privation de liberté, la GAV peut être, à tout moment, soumise à une visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté^{xxii}. Selon la loi française, une personne peut être placée en garde à vue s'il existe des raisons de soupçonner qu'elle a « *commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement* » (Article 62-2 CPP)^{xxiii}. Le Parquet ou le Juge d'instruction doivent être informés, dès la mise en œuvre de cette mesure, et ils peuvent décider de la levée de celle-ci. La GAV est prononcée pour une durée de 24 heures^{xxiv} et peut être prolongée de

^{xxii} 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.

^{xxiii} 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 vu 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 présenta, 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.

^{xxiv} 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. A 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

24 heures dans des circonstances particulières, qui sont liées à la gravité de l'infraction, et à la demande du Préfet. Les juges des libertés et de la détention interviennent dans le cadre de la prolongation de la garde à vue. Pour les affaires graves (comme le trafic de drogue, le terrorisme ...), la prolongation peut atteindre 72 heures (voire 96 ou 144 heures, en cas de risque terroriste). La GAV peut donc avoir une durée très variable. Elle a lieu, le plus souvent, au commissariat ou, plus généralement, dans les locaux de la police ou de la gendarmerie. A Lille, le Tribunal de grande instance accueille aussi des GAV. Cependant, il faut souligner qu'une personne peut être gardée à vue en tout lieu, par exemple chez elle, dans le cadre d'une perquisition par exemple, ou alors dans un fourgon de la police, lorsque des contrôles doivent être effectués^{xxv}. La personne doit être âgée de 13 ans ou plus^{xxvi}. Lorsqu'une personne arrive en GAV, l'officier de police judiciaire a le devoir de lui expliquer la durée maximale de la GAV et l'infraction qu'elle est soupçonnée avoir commise. Il lui explique aussi ses droits qui sont :

- Le droit d'être examinée par un médecin^{xxvii}, 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

lesquelles il n'existe pas de dépôt, essentiellement pour des raisons de confort des services de police et des magistrats». <http://www.cglpl.fr/2019/publication-du-rapport-dactivite-2018/>

^{xxv} Nous renvoyons à la lecture de J-H Robert, « Le cadre juridique et jurisprudentiel de l'intervention du médecin en garde à vue », *L'intervention du médecin en garde à vue, op. cit*, p 46.

^{xxvi} S'il est mineur la GAV peut aller au-delà des 24 heures seulement si le gardé à vue encourt une peine d'au moins 5 ans d'emprisonnement.

^{xxvii} Rappelons que l'examen médical est un droit pour le gardé à vue et une garantie pour l'autorité publique : les conséquences de l'absence d'une 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.

- Le droit de présenter des observations au magistrat chargé de la prolongation de la GAV

L'audition ou la confrontation du gardé à vue est menée sous la direction de l'officier de police ou de l'agent de police judiciaire. Le gardé à vue peut demander un avocat^{xxviii}, le sien ou un avocat commis d'office, mais l'avocat ne peut pas avoir un accès au dossier de la procédure, et il ne peut prendre la parole qu'une fois que les auditions et les confrontations ont eu lieu. Il doit se présenter dans un délai de deux heures, après avoir été contacté, autrement les auditions pourront commencer en son absence. Cela rend difficile leur intervention, pour des questions logistiques évidentes^{xxix}. Ils peuvent discuter avec leur client, l'entretien initial étant d'une durée maximale de trente minutes; contacter ses proches et suivre la suite de la procédure. A l'issue de chaque audition ou confrontation à laquelle l'avocat assiste, il peut poser des questions, mais l'officier de police ou l'agent de police judiciaire peuvent s'opposer aux questions si celles-ci semblent nuire au bon déroulement de l'enquête. Les suites immédiates de la GAV peuvent être multiples : le classement sans suite, le renvoi en comparution immédiate, la CRPC (comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité), la COPJ (convocation par officier de police judiciaire) ou l'ouverture d'une information judiciaire.

Entre 2005 et 2010, le nombre total de GAV (hors délits routiers) en France métropolitaine a évolué entre 498 555 en 2005 et 523 029 en 2010, avec un pic de 580 108 en 2009 (103).

^{xxviii} **Article 63-3-1 CPP** : *« Dès le début de la garde à vue, la personne peut demander à être assistée par un avocat. Si elle n'est pas en mesure d'en désigner un ou si l'avocat choisi ne peut être contacté, elle peut demander qu'il lui en soit commis un d'office par le bâtonnier (...). L'avocat peut également être désigné par la ou les personnes prévenues en application du premier alinéa du I de l'article 63-2 (une personne avec laquelle elle vit habituellement ou l'un de ses parents en ligne directe, l'un de ses frères et sœurs, ou son curateur ou son tuteur). Cette désignation doit être toutefois confirmée par la personne »*

^{xxix} **Article 63-4-2 CPP** : *« (...) la première audition, sauf si elle porte uniquement sur les éléments d'identité, ne peut débiter sans la présence de l'avocat choisi ou commis d'office avant l'expiration d'un délai de deux heures suivant l'avis adressé dans les conditions prévues à l'article 63-3-1 (...) »*

b) L'examen de compatibilité en GAV

Pour réaliser un examen de compatibilité avec la GAV, le médecin se détache de sa mission de soignant pour répondre à une mission judiciaire qui est définie par l'article 63-3 du Code pénal. Il établit un certificat dont il *détermine librement*^{xxx} le contenu, la loi précisant cependant qu'il 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, ceux-ci ne peuvent se poursuivre.

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

c) La Conférence de consensus de l'intervention du médecin en garde à vue.

Une conférence de consensus de décembre 2004 (104) 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

^{xxx} L'auteur souligne.

psychiatrique aigu susceptible d'induire des conséquences immédiates graves pour la personne elle-même ou pour les autres ». La Conférence de consensus identifie trois questions auxquelles le psychiatre devrait répondre lors de son examen en GAV: 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 T de la GAV 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

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» (104). 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 » (104). Encore une fois, la Conférence de Consensus s'exprime ici en faveur d'une interprétation élargie de l'article 63, en ne se limitant pas à une analyse de l'état psychique de la personne au moment T de la GAV.

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, relatif à l'intervention du médecin en garde à vue. Ce guide est destiné à être diffusé à l'ensemble des professionnels concernés (105). Ce travail ne mentionne plus la nécessité d'évaluer les capacités du gardé à vue à être interrogé par l'officier de police. Voici 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. »

Par conséquent, nous avons deux textes de référence qui donnent des indications différentes concernant la nécessité d'évaluer les capacités du gardé à vue à répondre aux interrogatoires de la police.

Un autre point important concerne la possibilité de réaliser des expertises en GAV. La conférence de Consensus s'efforce de souligner la différence entre l'examen de compatibilité avec la GAV et l'expertise psychiatrique, tout en rappelant que, dans certains cas très précis, la loi rend possible une expertise psychiatrique dès la GAV. Cet examen est obligatoire avant tout jugement d'une personne suspectée 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. Il existe cependant un consensus sur la prudence qui doit présider à la présentation des

conclusions d'un examen réalisé dans de telles conditions. La différence entre une expertise psychiatrique et un examen de compatibilité avec la garde à vue reste souligné par le Guide de bonnes pratiques, 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. »

Rappelons 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. 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 GAV, 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 GAV 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^{xxxii}. 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

^{xxxii}Des questions dont la réponse relève d'une expertise médicale.

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 (104).

Concernant le lieu de la réalisation de l'examen de compatibilité avec la garde à vue : le jury recommande de pratiquer l'examen médical dans les locaux de police ou de gendarmerie chaque fois que cela est possible

d) L'examen de compatibilité avec la garde à vue à Lille.

i. Qui sont les médecins qui interviennent en GAV ?

Les personnes que nous avons interviewées, tant du côté médical que du côté de la justice, semblaient ne pas avoir une idée claire de qui sont les médecins qui interviennent en GAV à Lille, ni de leur nombre précis. Un membre du Parquet nous a expliqué que « ce sont les services de police qui contactent les médecins: nous n'avons aucune marge, cela n'est pas géré par nous » (Substitut du Procureur). C'est donc la police qui s'occupe, avec l'accord d'un membre du Parquet, de contacter les intervenants médicaux mais le commissaire de police n'a pas pu nous fournir la liste des intervenants. Quelques médecins généralistes acceptent d'intervenir en GAV, des réquisitions d'urgentistes peuvent avoir lieu aux urgences par les forces de l'ordre, pour examiner des gardés à vue. L'équipe de SOS médecins se prête aussi à intervenir en GAV. Le responsable du service de médecine légale à Lille nous a expliqué que « le service de médecine légale n'assure aucun examen pour les gardés à vue, sauf dans le cas très particulier où ils sont également victimes ». Il n'a d'ailleurs, pour cette raison, pas considéré utile de participer à l'étude et de répondre à nos questions, estimant qu'elle ne relevait pas de son champ de compétence.

Concernant le volet proprement psychiatrique, il n'y aurait qu'un seul psychiatre, le Dr X, qui est chef de pôle d'un secteur de la région, qui interviendrait régulièrement en GAV et qui couvrirait près de 90% des interventions à Lille, Roubaix et Tourcoing (deux villes voisines). Les psychiatres des urgences psychiatriques du Centre universitaire de la région peuvent aussi être parfois réquisitionnés. Deux des psychiatres que nous avons interviewés ont fait cette expérience. Les responsables du service des urgences psychiatriques de Lille n'ont pas donné suite à notre demande de réaliser un entretien avec eux afin de comprendre s'ils sont souvent confrontés aux réquisitions ou si cela est anecdotique. Un autre expert psychiatre, qui travaille dans le service public, accepterait d'intervenir très ponctuellement en GAV, mais cela est tellement rare que, lors de notre enquête, la majorité des interviewés n'a pas su nous donner son nom et tous revenaient sur le fait que le Dr X assure le travail psychiatrique dans les GAV de Lille, de Roubaix et de Tourcoing. Les magistrats, les membres du Parquet, le commissaire de police, les psychiatres de la région le connaissaient et l'identifiaient comme «le» psychiatre de la GAV. Un membre du Parquet a souligné qu'«à Lille, Roubaix et Tourcoing, dans les commissariats et même dans la zone de la gendarmerie, on a la chance de bénéficier d'un psychiatre qui se déplace de manière habituelle [le Dr X]. Sans ce psychiatre, il n'y aurait pas d'avis psychiatrique réel au moment de la garde à vue. Il y a beaucoup de tribunaux où l'on n'a pas d'équivalent du Dr X. Il est rare d'avoir des tribunaux de grande instance où l'on a un psychiatre avec autant de disponibilité que le Dr X pour se déplacer en garde à vue et examiner des personnes rapidement (par exemple à Valenciennes, à Dunkerque : il n'y pas de psychiatres qui se déplacent dans les geôles de garde à vue)» (Substitut du Procureur).

Nous avons interviewé l'expert psychiatre qui est censé intervenir ponctuellement en GAV :
« Je n'interviens presque jamais en GAV, je refuse la GAV ».

ii. Contenu de l'examen de compatibilité avec la GAV à Lille

Un commissaire de police nous a expliqué que l'examen psychiatrique en GAV était le plus souvent réalisé par le Dr X, « un expert psychiatre, inscrit sur les listes de la Cour d'appel, qui est réquisitionné par un officier de police judiciaire sur instruction du parquet (un commissaire de police)» mais un expert psychiatre de la région nous précise que « le Dr X n'est pas un expert. Il n'est pas inscrit sur la liste de la Cour d'appel ». Il faut noter que, dans les Hauts-de-France, cinq experts seulement sont inscrits sur cette liste et le Dr X ne figure pas sur cette liste. « L'expert est nommé par un magistrat, normalement le magistrat le prend sur la liste des experts inscrits à la Cour d'appel. Par défaut, il peut choisir quelqu'un de désigné, car il a l'habitude de travailler avec lui, parce qu'il le connaît. (...) Il suffit de prêter serment, main levée, et immédiatement on peut être nommé comme expert (...). Cela signifie que « c'est par serment prêté que (le Dr X) peut réaliser des expertises, en qualité d'expert (et non pas en tant qu'expert) ». « Mais, la qualité [de l'expertise] en dépend : je n'aimerais pas être vu par un simple psychiatre, si j'avais commis un crime, je voudrais voir un expert (un expert psychiatre) ». Et il ajoute que « l'expertise psychiatrique doit être menée par des experts judiciaires », cela est une garantie de sa qualité car l'expert a une formation et des compétences que les autres psychiatres n'ont pas. « Si vous tombez sur un très bon avocat, si vous êtes psychiatre ayant prêté serment oralement, mais vous n'êtes pas inscrit sur la liste d'experts, on peut rejeter votre expertise, on peut faire débat sur votre autorité ». Ce qui est, pour cet expert tout à fait compréhensible : « c'est normal car la question qui se pose est celle de la responsabilité pénale ». « La compatibilité avec une GAV » est un examen différent « n'importe quel médecin peut le faire (un expert psychiatre)».

Selon le commissaire de police et plusieurs magistrats l'examen qui est réalisé en GAV porte sur l'abolition ou l'altération du jugement^{xxxii}. « Le Dr X va se prononcer sur le **discernement**, ce qui est important juridiquement. Nous, on va pouvoir modifier notre choix de poursuite en fonction de ce que va nous dire le Dr X sur le **discernement** et sur une éventuelle **altération psychiatrique** (...). C'est donc important d'avoir un avis d'**expert** au cours de la garde à vue car ça peut changer nos choix de poursuite (un membre du Parquet) ». Un juge des libertés et de la détention a précisé : « c'est le rôle du psychiatre qui est requis par les services de police. Nous n'avons pas à rentrer dans le fond de l'**expertise** (...). « Les services de police ont un document d'un psychiatre indiquant que la personne **souffre de telle ou telle pathologie** et qu'il y a **abolition** ou **altération** du **discernement**. Cet élément est très important pour apprécier la conduite de l'enquête, au-delà de l'enquête et éventuellement des poursuites ». Selon plusieurs intervenants y compris des psychiatres, les personnes qui sont vues par le Dr X en GAV sont systématiquement **expertisées**. Un psychiatre qui travaille en milieu pénitentiaire nous explique : « le Dr X va au commissariat central et il fait plein d'**expertises** (Psychiatre 2). Ces considérations amènent donc à penser que le Dr X conçoit avant tout son mandat, en application de l'article 63 du CPP, comme la réalisation d'expertises en GAV, en qualité d'expert.

Sur les conditions de réalisation de l'examen psychiatrique en GAV, un juge qui travaille en CI, nous fait part du fait que : « Le Dr X intervient beaucoup. Les enquêteurs ont son numéro de téléphone, ils l'appellent et je sais qu'au commissariat de Lille, par exemple, il peut passer un soir et voir plusieurs personnes dans la foulée » (un Substitut du Procureur). « Le Dr X travaille dans l'urgence (...). Il ne va pas nous faire un rapport complet alors ce qu'il nous fait ce sont **des conclusions d'expertise**, en disant ce qu'il a trouvé, lorsqu'il a examiné la personne, un trouble psychique ayant altéré ou aboli le discernement. Il fait une conclusion

^{xxxii}La juriste d'un des EPSM de Lille où nous avons travaillé en tant qu'interne nous confirme le fait que le Dr X écrit des conclusions d'expertise. C'est ce certificat qui accompagne le malade qui, de la GAV, arrive en SDRE à l'EPSM.

pour dire s'il y a ou pas des troubles susceptibles d'altérer ou d'abolir le jugement ... on voit souvent ce type d'expertises dans les dossiers de GAV» (Juge I). Ce juge insiste sur le fait que « ce que le Dr X écrit n'est pas véritablement un rapport car on ne sait pas pourquoi [*il y a une altération ou une abolition du jugement*], on a simplement un examen, qui a été fait, d'une façon très sommaire, avec des conclusions sommaires, sur l'abolition et l'altération du jugement (...) » et il continue en nous expliquant que « avec ce type d'**expertise**, on a un éclairage très sommaire, très sommaire, très sommaire » (Juge I). Un substitut du Procureur confirme cela : « le Dr X va dresser un pré-rapport, c'est-à-dire qu'il va dresser un certificat médical où, en quelques lignes, il va dresser le diagnostic des troubles constatés. Il va se prononcer sur le discernement, ce qui est important juridiquement. Ensuite il va préconiser ou non une hospitalisation d'office ».

D'après tous les magistrats interviewés les certificats que le Dr X leur fournit se résument à quelques lignes succinctes, « ses expertises sont *light* forcément car cela se passe dans le cadre de la GAV (un membre du Parquet) ». Il se prononce sur l'altération ou l'abolition du discernement avec quelques lignes écrites dans « la foulée » et dans un « jargon psychiatrique » qui ne semble pas facile pour les non-spécialistes. « Le Dr X n'a pas le temps de faire un rapport détaillé et de l'adresser au tribunal (Juge II) ». « Parfois, le Dr X a le temps d'établir un rapport d'expertise (plus détaillé) (...) mais le Tribunal n'a pas conscience du fait que le Dr X adressera un rapport d'expertise plus détaillé, soit parce qu'il le fait de manière trop tardive, soit parce que le Dr X l'adresse aux services d'enquête et le service d'enquête tarde à l'adresser au Tribunal (...) Pour toutes ces raisons, le Tribunal peut considérer que les quelques lignes du Dr X ne sont pas suffisantes et il désigne alors un autre expert. Je saisis, dans ces cas-là, à nouveau le Dr X, lorsqu'il l'a vu une première fois le gardé à vue » (Juge I). Il n'est pas clair si le Dr X a alors le temps et la possibilité de revoir la personne pour qui un examen plus détaillé est demandé. Ce que plusieurs personnes nous ont dit c'est qu'il

n'intervient pas en mandat de dépôt. Il est donc fortement improbable qu'il puisse examiner à nouveau la personne qu'il a vue en GAV afin d'établir un rapport d'expertise détaillé.

Quand le Dr X ne peut pas intervenir en GAV, des psychiatres sont réquisitionnés aux urgences psychiatriques de la région. Un psychiatre qui a été réquisitionné pour réaliser des examens de compatibilité avec la GAV aux urgences psychiatriques de Lille semble travailler d'une façon différente de celle du Dr X: « je me base sur la compatibilité avec la garde à vue. On te demande si son état est compatible avec la garde à vue. Tu peux répondre oui ou non. L'unique question que je me pose est de savoir s'il y a un trouble psychiatrique sévère et si le patient a besoin d'être hospitalisé tout de suite. Le reste est accessoire. Après, si tu réponds que son état n'est pas compatible avec la garde à vue, tu peux l'orienter où tu veux, notamment vers une prise en charge en ambulatoire» (Psychiatre 2). Qu'est ce qui se passe pour une personne atteinte d'un trouble psychiatrique sévère sans indication d'une hospitalisation en urgence ? « De manière générale, s'il y a un trouble psychiatrique sévère non compatible avec la garde à vue, c'est qu'elle nécessite une hospitalisation en soins libres ou sans consentement » (Psychiatre 2). Un deuxième psychiatre, parmi ceux que nous avons interviewés, a fait l'expérience d'être réquisitionné aux urgences : « on répond, dans cet examen psychiatrique, que l'on ne peut pas répondre à la question de l'altération ou de l'abolition du discernement. (...) on répondra à deux questions : la question de la [compatibilité] avec la garde à vue et celle de la présence de troubles aigus. S'il y a un trouble aigu, on ne le laissera pas en garde à vue. A contrario, si les troubles permettent la garde à vue, il restera en garde à vue.» (Psychiatre 7).

e) Difficultés soulevées à Lille

Plusieurs points de blocage et de discussion ont été évoqués et soulevés au cours de ces entretiens. Nous les reprendrons ensuite dans la discussion finale, car ils ne sont pas propres à la situation lilloise mais font écho à des débats plus larges sur le plan national.

i. Les locaux de la GAV et sa population

Un médecin de SOS médecins de Lille^{xxxiii} nous explique que l'ambiance de la GAV est très tendue : « ça pue, ça crie ». La population qu'on y rencontre est, selon son expérience, marginale : économiquement très défavorisée, souvent sans logement fixe, avec un bas niveau d'études, isolée, et qui consomme des toxiques. Intervenir en GAV est une expérience décrite comme marquante. Si on y rentré une fois, on ne l'oublie pas. « La GAV, franchement, est un état de stress, de traumatisme qui laisse des séquelles profondes (...) j'ai vu des personnes traumatisées à vie par la GAV ». (Un expert psychiatre). Le commissaire de police nous a expliqué qu'en GAV il n'y a pas de fenêtres, en précisant qu'il s'agissait d'un moyen d'éviter les fugues des gardés à vue. Un médecin de SOS médecins, considère que l'examen médical est réalisé dans des conditions difficiles : dans une salle minuscule ou alors directement dans la geôle. Les médecins n'ont pas accès au dossier médical informatisé du gardé à vue. Ils peuvent se mettre en contact avec ses médecins ou avec ses proches afin d'avoir plus d'informations médicales mais cette démarche reste compliquée à réaliser dans la pratique. Les échanges entre les différents soignants qui peuvent intervenir, par exemple, entre les généralistes, les médecins de SOS médecins et les psychiatres sont pratiquement inexistantes. Il s'agit d'un travail qui est « désagréable et non intéressant » et par ailleurs « mal payé ». « Lorsque nous intervenons nous n'avons pas le temps d'attendre que les policiers trouvent un

^{xxxiii}Il s'agit d'un service médical libéral d'urgence à domicile. A Lille il se compose d'un groupe de 22 médecins généralistes, urgentistes et pédiatres.

psychiatre qui soit prêt à intervenir. Lorsque cela nous semble nécessaire, nous demandons un avis psychiatrique, puis nous quittons la GAV. Il n'y a pas d'échanges avec les psychiatres » (SOS médecins). Le certificat, qui est réalisé, se limite à demander un avis psychiatrique, sans donner plus de précisions. Un commissaire de police, interrogé sur les conditions de travail des soignants en GAV, ne partage pas le point de vue de ce médecin : « ils prennent le temps qu'ils veulent pour mener leur examen. L'examen se fait au commissariat dans un local médical qui vient d'être rénové. Il n'y a pas de récriminations à ce sujet, en tout cas à Lille » (...) « Plus le commissariat est ancien, plus c'est compliqué. Plus le commissariat est récent, plus il sera aux normes dans l'architecture et l'aménagement des locaux », note-t-il néanmoins. Comme nous l'avons précisé, les locaux de la GAV sont disséminés dans plusieurs centres de police ou de gendarmerie à Lille, ainsi que dans le Tribunal de grande instance.

- ii. Le rôle des officiers de police dans le dépistage des troubles psychiatriques sévères en GAV et leur niveau de connaissance en santé mentale:

Les officiers de police jouent un rôle important dans la chaîne car ils ont la tâche d'interpeller un médecin s'ils considèrent que le gardé à vue devrait bénéficier d'un avis spécialisé. « Dans certains cas, on s'aperçoit, sans être médecin et assez rapidement, que le **comportement** de la personne semble totalement **irrationnel** et **anormal**. Le parquet nous demande alors de requérir un expert psychiatre » (un commissaire de police).

Un psychiatre de la région nous a parlé d'une psychologue qui donnerait des formations aux policiers de Lille. A la question concernant la formation en santé mentale des policiers, le commissaire de police nous répond : « on ne reçoit aucune formation, mais on n'en a pas besoin. Ce que l'on va décrire au parquet, c'est un **comportement**, qu'il nous paraisse **normal** ou **anormal**, les déclarations et les faits de la personne. Quand on a une personne qui nous dit qu'elle a donné des coups de couteau car des ondes arrivaient de la

stratosphère, on le rapporte au parquet. On se doute bien que, si elle le pense vraiment, elle doit avoir un trouble psychiatrique. Celui qui décidera s'il y a des troubles ou pas, c'est l'expert psychiatre. Il n'y a pas systématiquement des expertises psychiatriques, mais il y en a assez souvent» (un commissaire de police). Un expert psychiatre de la région a confirmé le fait que les policiers ne reçoivent aucune formation en santé mentale et il déclare à ce propos : « ils sont démunis, ils n'ont pas de formation, cela serait souhaitable ».

En abordant la question de la difficulté de déceler les différentes manifestations cliniques des pathologies psychiatriques sévères en GAV, un membre du Parquet de Lille nous a expliqué : « on peut déceler **des troubles du comportement** ou une pathologie qui est **évidente**, que ça soit à travers le **comportement** dans les geôles en garde à vue, à travers les **propos** tenus pendant l'audition, ou à travers la connaissance que peut avoir les enquêteurs du contexte, de la personnalité de ces gens qui ont éventuellement déjà été incarcérés, déjà été placés en garde à vue. Ces éléments vont **toujours** permettre de savoir si une personne a une pathologie et est ou doit être suivie psychiatriquement dès l'arrivée en garde à vue» (Substitut du Procureur). Selon ce membre du Parquet, « les personnes qui auraient des troubles psychiatriques sévères ont **vocation nécessairement à être examinées** par un expert psychiatrique pendant la garde à vue.» Il n'y a pas, à son avis, de doutes là-dessus. « On a plus tendance à en repérer plus que moins (...). Je pense que quelqu'un qui souffre d'un trouble psychiatrique sera forcément vu. De même, un Juge des libertés et de la détention nous explique que : « si la personne a un **comportement** qui peut sembler **bizarre**, les services de police vont informer le parquet. Il faut requérir un psychiatre pour examiner la personne. »

Nous pouvons voir que les troubles psychiatriques sévères sont identifiés en GAV avec des troubles du comportement et avec des idées délirantes florides. Le « fou » est celui qui s'agite, qui est bizarre ou qui tient des propos absurdes. Un lien pourrait être alors établi

entre le trouble mental – c'est-à-dire un comportement anormal et bruyant – et les individus qui, en GAV, empêchent le bon déroulement du travail des policiers, alors qu'une personne qui présente un délire paranoïaque bien structuré, et qui reste méfiante dans sa cellule, sans présenter des troubles du comportement, ne semble pas poser un problème et peut apparemment, plus facilement, poursuivre son parcours judiciaire.

Souvent le caractère bruyant d'une pathologie n'est pas l'indice premier de sa sévérité. Une schizophrénie, par exemple, peut se manifester seulement à travers des symptômes négatifs, qui sont plus difficiles à déceler. L'aboulie, l'anhédonie, l'alogie, la pauvreté des pensées, l'émoussement des affects, le repli sur soi peuvent passer inaperçus, même à des spécialistes, ou peuvent être à tort interprétés comme des symptômes d'un épisode dépressif caractérisé. Souvent la personne qui est atteinte par ces symptômes ne s'en plaint pas et elle ne présente que très rarement des troubles du comportement, donc elle ne pose pas de problèmes en GAV. Inversement, nous pouvons voir des personnes qui sont jugées atteintes d'un trouble de la personnalité, comme le trouble de la personnalité anti-sociale, s'agitent et se plaignent car ils ne supportent pas les conditions de la privation de liberté, sans que cela soit la manifestation d'un trouble psychiatrique sévère ou d'un risque d'un passage à l'acte auto ou hétéro agressif imminent. Nous avons pu constater comment les magistrats semblent avoir la même vision que le commissaire de police de ce qu'est un trouble psychiatrique^{xxxiv}. Les magistrats bénéficient d'une formation en psychiatrie ? « Non pas du tout » (un JLD).

Nous nous demandons si ce premier filtre, ce *screening*, qui est géré par des policiers, et qui se focalise sur le repérage de comportements anormaux, est réellement efficace. Des personnes qui présentent des troubles psychiatriques sévères, qui n'ont pas une présentation

^{xxxiv} Les magistrats nous ont expliqué bénéficier d'une très courte formation en psychiatrie lors de leur parcours d'études. Il y a une école de psychiatrie pour la magistrature, qui a lieu une fois par an à Paris, et qui est organisée par des psychiatres d'orientation communautaire. Nous nous y sommes rendue et nous avons pu constater un intérêt réel de la part des magistrats pour un approfondissement de leurs connaissances sur la maladie mentale. Compte tenu de leurs questions, nous avons pu réaliser qu'ils n'avaient pas une idée claire de ce que sont un état psychotique, un trouble bipolaire ou un autre trouble de l'humeur. Ils étaient ainsi en demande de plus de connaissances en sémiologie ainsi que d'informations sur les prises en charge que la psychiatrie peut fournir à ses usagers et sur le pronostic des troubles mentaux.

broyante, pourraient passer entre les mailles de ce dispositif de repérage. « Ça passe à l'as, ça arrive oui ! Il y a surtout des déficients et des bipolaires en phase *up* ; qui énervent les magistrats [en CI] et c'est outrage au magistrat. Cela arrive moins avec des délirants, mais ça arrive pour des cas de psychoses blanches » (un expert psychiatre). Un autre psychiatre, déclare : « on ne peut pas savoir. Il y aura toujours des personnes qui vont préférer être considérées comme des délinquants plutôt que comme des « fous » et inversement... (Psychiatre 6) ». Nous demandons à un membre du Parquet s'il considère que les troubles psychiatriques sont bien dépistés en GAV en signalant qu'ils peuvent ne pas s'accompagner de troubles du comportement : « ça, s'est indéniable » (un membre du Parquet), alors qu'un juge qui siège en CI nous dit : « Ça s'est plus votre domaine que le mien » (Juge II).

iii. Un seul psychiatre intervenant en GAV

Le dispositif lillois d'intervention médicale en GAV ne prévoit pas une équipe mobile psychiatrique qui intervienne dans ce lieu de privation de liberté. Il n'y a pas d'infirmier psychiatrique. Les psychiatres de la région ne semblent pas être sensibilisés à l'importance d'intervenir en GAV, ni à être formés à le faire. « C'est difficile. (...) C'est un monde que l'on ne connaît pas trop en tant que psychiatres. Il y a beaucoup d'interactions avec la justice. On n'y est pas formés » (Psychiatre 2). Un membre du Parquet commente à ce propos « Je ne sais pas comment les psychiatres sont formés, s'ils sont sensibilisés à ces questions parce que je pense d'ailleurs que pour un psychiatre qui travaille dans un service public cela fait partie du service public ».

Un membre du Parquet a mentionné son inquiétude par rapport au fait que le Dr X partira bientôt à la retraite et qu'ils se sentiront alors complètement démunis. « je pense que le Dr X envisage de partir à la retraite, je ne sais pas comment ça va se passer ». Un juge a souligné que les départs en vacances du Dr X compliquaient le déroulement du travail en

GAV ainsi que ses éventuels arrêts maladies ou empêchements de tout ordre. Un seul psychiatre examinerait la majorité des personnes qui semblent nécessiter l'avis d'un psychiatre sur une population qui peut aller de 30 à 50 gardés à vue par jour soit entre 11 000 et 18 000 personnes par an, et cela sans compter les GAV de Roubaix et de Tourcoing^{xxxv}. Est-il possible qu'une seule personne, qui est en plus le chef de pôle d'un secteur, puisse assurer ce travail ? « Non, Cela serait bien d'en avoir d'autres (Parquet I) ». « Il y a deux généralistes, toujours les mêmes, qui interviennent en GAV et qui réalisent des SDRE qui sont discutables (un expert psychiatre)». Un expert psychiatre soulève un autre problème, concernant le manque de soignants qui interviennent en GAV, en particulier sur le risque de perte d'indépendance des médecins dans la réalisation des examens et du contenu des certificats: « ce n'est pas souhaitable que ça soit tout le temps les mêmes généralistes et les mêmes psychiatres qui interviennent en GAV (...) et pour les liens avec les magistrats et avec la police (...) il faut se soustraire de ce lien de dépendance. (...) Le Ministère de la justice paie ces intervenants, c'est une autre façon de ne pas être indépendant.» (un expert psychiatre).

Le système lillois repose donc principalement sur un seul psychiatre pour intervenir en garde à vue, avec toutes les problématiques qui ont été soulignées : absences, surcharge de travail, manque de remplaçants, perte d'indépendance.

iv. Le contenu du certificat de compatibilité

Selon le psychiatre qui intervient en GAV, le contenu de l'examen de compatibilité qui est réalisé est différent. Le Dr X réalise des mini-expertises en GAV. Elles peuvent être ou ne pas être approfondies par la suite. Deux psychiatres qui ont été réquisitionnés aux urgences se limitent à considérer si l'état psychique de la personne est compatible avec la GAV au moment de son examen et ils n'évaluent pas la capacité du gardé à vue à répondre aux

^{xxxv} Roubaix est une commune française qui compte environ 97 000 habitants ; Tourcoing est une commune d'environ 93000 habitants.

questions de l'interrogatoire de police. Ils ne réalisent pas des expertises en GAV. Les interprétations de l'article 63.3 du Code Pénal sont différentes, ce qui donne accès à des pratiques disparates. Un expert psychiatre de la région déclare « moi je serais très fidèle aux recommandations de 2005 ». « Il faut comprendre non seulement si l'état psychique d'une personne est compatible avec la garde à vue, mais « également s'il peut subir l'interrogatoire de police ... l'interrogatoire peut déstabiliser une personne (un expert psychiatre) ». Nous lui rappellerons que le Guide des bonnes pratiques, relatif à l'intervention du médecin en garde à vue de 2009, n'évoque plus la question de l'évaluation des capacités d'une personne à répondre aux interrogatoires de l'officier de police : « ... c'est un débat médecine et justice ... ils considèrent qu'on piétine sur leur pouvoir de police avec un pouvoir médical que l'on n'a pas ...» (un expert psychiatre). Il y a donc débat au niveau du contenu de l'examen.

v. L'impact de l'examen de compatibilité sur le passage en CI

Les résultats des examens psychiatriques réalisés en GAV sont d'autant plus importants car ils peuvent jouer un rôle déterminant dans la suite du parcours judiciaire.

Certes, les magistrats sont au courant, non seulement de la différence qu'il y a entre une expertise psychiatrique et un examen de compatibilité avec la GAV, mais aussi du fait que l'expertise est un examen technique spécifique qui requiert des conditions spécifiques de réalisation. « Le Dr X réalise un examen de 15-20 minutes, une expertise dure du temps». « Oui ! [*nous sommes au courant de la différence entre une expertise et un examen de compatibilité*] (...) la question des expertises en GAV a soulevé un débat car, finalement, on va se fonder sur un entretien qui est relativement restreint entre un psychiatre et une personne qui ne va pas très bien ... c'est très limite, il n'y a pas le temps de cerner la personne, c'est vraiment du basique. Non, non, non, c'est sûr! Nous sommes conscients de la différence entre

une véritable expertise psychiatrique et une expertise qui est réalisée en GAV et qui est vraiment un brouillon, si je peux dire ... » (un membre du Parquet).

Quand il s'agit de crime, les examens psychiatriques réalisés sont systématiquement complétés. Un substitut du Procureur fait la différence entre une expertise psychiatrique et un examen de compatibilité avec la GAV et parle d'une vraie expertise, qui peut être réalisée dans certaines circonstances, par rapport aux expertises qui sont réalisées dans d'autres circonstances: « En termes de crime, l'expertise psychiatrique est obligatoire. Elle peut intervenir assez tard, dans le cadre d'une instruction, après plusieurs mois de détention provisoire. Pour ces faits-là, on va **vouloir une vraie expertise**. Si on estime qu'il faut l'avoir au plus tôt, on va le faire dès le stade de la garde à vue. On va demander au Dr X de nous faire un rapport **plus précis qu'habituellement** ou on va demander à un **expert psychiatre** de se déplacer si le Dr X n'est pas disponible pour avoir quelque chose de plus étayé ».

En revanche pour les délits, une expertise n'est pas systématiquement demandée et les juges peuvent alors s'appuyer sur les constatations réalisées en GAV (malgré la prudence recommandée par la conférence de consensus), comme vu précédemment, en particulier sur l'abolition ou non du discernement,

Cela pourrait laisser entendre que dans les cas de délits une expertise et non pas « une vraie expertise » suffit. Nous pouvons nous demandé si une « expertise brouillon », qui est réalisée en GAV pour des mis en causes pour des délits, peut jouer à la défaveur du gardé à vue et, dans ce cas-là, si la justice en est conscient « oui bien sûr ! » (Parquet II) ». Telle est la réponse donnée par le Parquet.

Cette problématique pourrait expliquer le refus de certains psychiatres à intervenir en GAV, du fait des enjeux que leurs constatations en GAV peuvent jouer. Un expert psychiatre de Lille nous explique son choix de ne pas intervenir en GAV pour réaliser des expertises psychiatriques: « La responsabilité pénale est un débat qui se fait à la fois sur l'aspect

psychologique et psychiatrique de la personne, mais aussi sur la compréhension du délit ou du crime, ce qui n'est pas facile. Pour cela je refuse de faire des GAV (...) Les Parquets demandent une expertise psychiatrique immédiate pour savoir s'ils vont mettre le gardé à vue dans le circuit de la justice ou dans celui de la psychiatrie (...) ils ont juste besoin d'une pièce dans le dossier pour le faire comparaître immédiatement (...) ils s'en fichent du contenu de l'expertise (...) S'ils veulent que la machine judiciaire se mette en marche immédiatement, on appelle n'importe qui, ou alors on requiert n'importe qui, un médecin qui n'a pas forcément une expérience dans l'expertise pénale et qui ne connaît pas le processus de la justice et les méandres des démarches judiciaires (...) Il est une erreur de répondre (à la question de la responsabilité pénale) dans une expertise de GAV pour qu'il y ait une comparution immédiate ... ». En effet, les effets de cette expertise, réalisée en GAV, semblent notables sur le parcours judiciaire du gardé à vue : « nous, on va pouvoir modifier notre choix de poursuite en fonction de ce que va nous dire le Dr X ou n'importe quel médecin (un Substitut du Procureur)» qui accepte de réaliser des expertises en GAV.

4) La comparution immédiate

a) Cadre légal et données générales de la comparution immédiate

La procédure de la comparution immédiate est une procédure permettant de faire juger rapidement un prévenu à la suite de la garde à vue^{xxxvi}. 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^{xxxvii}. 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

^{xxxvi} Pour une vision générale de la procédure de CI et de sa mise en place, cf en particulier A. Christin, *Comparutions immédiates. Enquête sur une pratique judiciaire*, La Découverte, Paris, 2008 et surtout la thèse de A. Léonard, *De la «politique publique» à la pratique des comparutions immédiates: une sociologie de l'action publique au prisme des configurations locales et nationales*, Univ. Lille III, 2014. La thèse de Léonard présente en outre l'extraordinaire avantage pour notre recherche de porter, en partie, sur l'application de la CI à Lille. Pour des études plus localisées, sur lesquelles nous reviendrons en discussion, cf. Castex, P. & Welzer-Lang, D., *Comparutions immédiates: quelle justice?*, Toulouse, Erès, 2012 (sur les CI à Toulouse); CLRD, *Rapport sur les comparutions immédiates à Lyon*, Lyon, CLRD, 2008 & 2009; Danet, J., *La réponse pénale. Dix ans de traitement de délits*, Rennes, PUR, 2013 (sur les CI dans la région Ouest); Makaremi, Ch., «Le droit de punir. L'appréciation de la peine en comparution immédiate», in Fassin, D. & al., *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'Etat*, Seuil, Paris, 2013 (sur la région parisienne); Muchielli, L. & Raquet, E., «Les comparutions immédiates au TGI de Nice, ou la prison comme unique réponse à une délinquance de misère», *RSC*, 1, 2014, p. 207-226; Douillet, AC., Léonard, T. & al., *Logiques, contraintes et effets du recours aux comparutions immédiates: étude de cinq juridictions de la Cour d'appel de Douay*, Ceraps, 2015.

^{xxxvii} Pour une analyse générale des processus menant à la décision, cf Christin, op. Cit. et surtout Léonard, op. cit.

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^e 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.

Les conditions qui définissent le recours à la détention provisoire sont définies par l'article 144 du Code de procédure pénale, 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 :

- 1° Conserver les preuves ou les indices matériels qui sont nécessaires à la manifestation de la vérité ;
- 2° Empêcher une pression sur les témoins ou les victimes ainsi que sur leur famille ;
- 3° Empêcher une concertation frauduleuse entre la personne mise en examen et ses coauteurs ou complices ;
- 4° Protéger la personne mise en examen ;

5° Garantir le maintien de la personne mise en examen à la disposition de la justice ;

6° Mettre fin à l'infraction ou prévenir son renouvellement ;

7° 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.

b) Le délai de droit

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 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. A défaut, ce dernier sera remis en liberté. 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

c) Le mandat de dépôt

Le mandat de dépôt (soit un emprisonnement immédiat) 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.

La décision finale de placer un prévenu sous mandat de dépôt appartient au juge des libertés et de la détention^{xxxviii} 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 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.

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'acquittement. Ce droit à réparation est toutefois exclu lorsque l'intéressé s'est

^{xxxviii} La loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la présomption d'innocence et les droits des victimes a 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.

librement et volontairement accusé ou laissé accuser à tort en vue de faire échapper l'auteur des faits aux poursuites.

d) La comparution immédiate à Lille

La population de la comparution immédiate à Lille

Nous avons suivi plusieurs audiences de comparution immédiate, qui ont lieu une fois par semaine, à Lille. Au Tribunal de Garde Instance de Lille, « il y a 9 chambres, 5 chambres pénales, chaque chambre a deux audiences par semaine, dans sa spécialité, plus une audience en CI » (Juge I). La comparution immédiate correspond « à 10 % des affaires jugées par Tribunal correctionnel » selon un substitut du Procureur. L'ambiance dans la salle d'audience était fourmillante. Il y avait un va et vient de personnes du public : des membres de la famille des accusés ; des mères en larmes ; des amis, des personnes qui semblent connaître les mis en cause. Ces personnes parlaient, posaient des questions, on nous posait des questions. Certains avaient l'habitude d'assister à des CI et expliquaient aux autres comment cela fonctionne. Nous avons vu que les mis-en-cause étaient, pour la plupart, des hommes^{xxxix} isolés, car ils étaient célibataires et sans enfants, sans logement fixe, sans emploi, sans revenus économiques, sans diplômes ou alors un bas niveau d'études. Ils avouaient pour la plupart consommer des substances psycho-actives (alcool, drogues). Leur casier judiciaire n'était presque jamais vierge. Les étrangers étaient surreprésentés. Les accusés passent en CI après être passés par la GAV ou par la détention provisoire. « L'objectif et la fonction de la comparution immédiate, c'est de permettre à des personnes de passer directement de la garde à vue à la détention à travers un passage devant le tribunal de façon rapide » (un Substitut du Procureur). Ils nous semblaient être fatigués, mal habillés, contrariés. Les personnes que nous avons interviewées, les magistrats, les forces de l'ordre et les psychiatres décrivent aussi ce

^{xxxix} Seulement un public majeur peut comparaître en CI.

type de population comme celle qui passe, le plus fréquemment, en CI et qui est le fruit du tri opéré par le Parquet.

i. La composition des dossiers

Les dossiers jugés en comparution immédiate « concernent souvent des petits délits. Les cas de comparution immédiate sont dans 95% cas des dossiers simples concernant des faits simples. C'est essentiellement de la flagrance et ensuite une enquête qui a lieu sur le temps de la garde à vue (en 24 à 48h)» (Substitut du Procureur). Les dossiers sont composés rapidement et leur préparation reste sommaire: « Les audiences de CI, c'est le menu du jour: on ne sait pas ce qui va arriver à 10 h00. Les dossiers commencent à arriver petit à petit car il faut faire les enquêtes sociales. Tout le monde travaille en urgence (...) l'enquêteur fera son enquête sociale dans la matinée, moi je l'aurais peut-être à 2 heures, le parquet, puisque c'est la fin de la garde à vue, il est présent et il faut qu'il déferre donc moi j'ai le dossier brut avec l'enquête, qui a été faite par les policiers et les auditions de GAV avant le début de l'audience. Je n'ai même pas l'acte de poursuite parce qu'il n'est pas encore déféré, je l'aurais dans la matinée, j'aurai ensuite l'enquête sociale. Le dossier il se compose dans la matinée» (Juge III).

L'enquête sociale, qui est menée par des associations accréditées, devrait donner des informations éclairant la personnalité de l'accusé, mais dans les temps très limités d'un passage en CI, « l'enquête de personnalité est faite rapidement » (Juge III). Lors des audiences de CI auxquelles nous avons assisté, nous avons constaté qu'elle se compose de quelques informations concernant le diplôme, le travail et le mode de vie du mis en cause. « La CI, c'est l'urgence» (Juge III), ne cessait de nous répéter les juges au long de leurs entretiens. « On ne prend pas de recul par rapport aux faits, le détenu est sous le stress de la GAV ; nous travaillons jusqu'à tard le soir » (Juge I). La temporalité de la CI est, selon ce

juge, celle de « l'immédiateté » qui crée « un effet d'emballement ... (l'accusé) risque plus facilement d'avoir une peine de prison ferme si on juge immédiatement » (Juge I).

ii. L'Audience

Les audiences étaient très courtes, en 20-30 minutes l'affaire était débattue. Les affaires s'enchaînaient, les verdicts arrivaient après la présentation et la discussion d'une série de dossiers. Le juge, qui présidait la CI, a commencé l'audience en posant quelques questions à l'accusé : il lui a proposé de bénéficier d'un délai de droit pour préparer sa défense ; il lui a expliqué qu'il a le droit de ne pas répondre aux questions; il lui a demandé s'il a déjà été condamné et s'il a quelque chose à dire d'emblée. Il y avait trois juges, dont un qui préside la CI. A leur droite, le membre du Parquet; à leur gauche les avocats qui étaient, pour la plupart, jeunes et commis d'office. Plusieurs policiers surveillaient la salle, le portable est interdit, mais certains cherchaient à prendre des photos: le greffier devaient les reprendre. Les audiences commencent vers 14h00 et se terminent le soir très tard vers 22h00 ou 23h00. Le rythme était épuisant, nous avons eu du mal à le soutenir, à rester concentrée, à enchaîner avec une telle rapidité un nombre aussi important de cas qui se ressemblaient les uns aux autres. « Cela nous arrive de renvoyer des dossiers en disant, à cette heure-là, on n'est plus en état pour juger » (Juge III). Un autre juge nous dit : « on ne juge pas de la même façon l'après-midi et tard le soir » (Juge I).

e) Limites de la comparution immédiate

i. Délai de droit et détention préventive

Concernant la population précaire et qui présente des troubles psychiatriques sévères, nous nous sommes posé la question de si la demande de bénéficier d'un délai de droit pour préparer sa défense et pour éventuellement demander une expertise psychiatrique, s'accompagnait plus facilement d'une mesure de sûreté sous forme de mandat de dépôt.

Un juge des libertés et de la détention^{x1} nous a expliqué que cela dépendait d'un certain nombre « de critères juridiques. Ce sont les dispositions de l'article 144 du code de procédure pénale (...). Parmi ces critères, on retrouve par exemple les risques de renouvellement des faits, les garanties de représentation, le risque de pression sur la victime etc. Il y a des critères sur lesquels les juges des libertés et de la détention doivent s'appuyer pour prononcer ou non un placement en détention provisoire ou éventuellement un placement sous contrôle judiciaire.» Un de ces critères est la précarité : «ça veut dire que la personne n'a pas de domicile et de revenus. Dans ce cas, ça rentre dans le critère de l'absence de garantie de représentation, c'est un critère prévu par l'article 144 du code de procédure pénale qui permet de la placer en détention provisoire (un JLD) ». « Les SDF ont de fortes chances de ne pas se représenter au Tribunal et également le risque de réitération des faits est important, donc on choisira la détention provisoire » (un substitut du Procureur).

De plus, pour la justice une personne qui présente des troubles psychiatriques a un risque majeur de récidive: « Oui. Dans ce cas, si le psychiatre nous dit qu'il a un trouble psychiatrique, cet élément va rentrer dans le critère du risque de renouvellement des faits. Si le psychiatre dit que la personne est schizophrène et qu'elle est dangereuse, c'est aussi un critère qui rentre dans le cadre de la loi de l'article 144 » (un JLD). Sur cette même question, un juge qui siège des audiences de comparution immédiate a précisé: « les critères de la détention provisoire, fixés par l'article 144 du Code de procédure pénale restent les mêmes que pour les autres prévenus [qu'il y ait ou pas un trouble psychiatrique]. Le risque de réitération des faits en fait partie ; il pourra être considéré comme constitué chez une personne souffrant de troubles psychiatriques, non pris en charge, et présentant une instabilité empêchant la mise en place efficace et immédiate d'un suivi » (Juge II). Les propos du JLD et

^{x1}Le procureur peut demander le mandat de dépôt, mais la décision finale appartient au JLD : « le juge des libertés et de la détention concerne tout ce qui concerne les libertés individuelles. Ce n'est pas parce que le procureur de la République nous le demande que l'on doit faire droit à sa demande. On décide au regard des éléments du dossier. Il y a des critères juridiques qui permettent d'apprécier la situation. C'est le juge des libertés et de la détention qui statue et qui décidera ou non de placer la personne en détention provisoire ou sous contrôle judiciaire (un JLD) ».

du juge soulignaient bien l'importance de l'examen psychiatrique qui est réalisé en GAV, dans le parcours judiciaire du mis en cause.

ii. Le mandat de dépôt et la détention préventive

Il était important de savoir si une mesure de détention préventive augmentait les chances d'avoir une peine de prison ferme à la fin du procès. Un membre du Parquet nous a expliqué que: « oui, cela augmente les possibilité d'avoir une peine de prison ferme parce que, en général, on va couvrir la détention provisoire ... si la personne a été emprisonnée pendant deux mois et qu'on la déclare coupable, on va forcément couvrir ces deux mois car il s'agit d'une question de responsabilité [...] si vous prononcez un sursis total à l'égard d'une personne qui a été placée en mandat de dépôt [...] la personne peut demander des indemnités à l'Etat ... (un membre du Parquet)^{xli}. Les dires de ce membre du Parquet ont été confirmés par un de ses collègues : « L'usage est de couvrir la détention provisoire par une peine d'emprisonnement. Pour une personne qui serait, par exemple relâchée, l'Etat doit l'indemniser pour la détention provisoire subie. C'est extrêmement rare mais ça peut arriver. Une personne en détention provisoire en général sera condamnée à de l'emprisonnement. (Un substitut du procureur).

Dans un contexte où la justice travaille en urgence, les dossiers se composent vite, il n'y a pas le temps d'écarter la présence de troubles psychiatriques qui seraient passés inaperçus en GAV; les mis en cause n'ont pas le temps non plus de préparer un dossier pour se défendre au mieux. Ils peuvent demander un délai de droit afin de préparer leur défense, mais ils se retrouvent alors en détention préventive, ce qui les amènerait à avoir, comme nous

^{xli}Un juge qui siège des audiences de CI confirme cela : « en sachant que la détention provisoire n'est pas une peine mais une mesure de sûreté, pour être certain que la personne se présente devant le tribunal, l'usage de la détention provisoire est de la couvrir par une peine d'emprisonnement. Pour une personne qui serait par exemple relâchée, l'état doit l'indemniser pour la détention provisoire subie. C'est extrêmement rare mais ça peut arriver (Juge III).

l'avons vu, très probablement une peine de prison ferme. Par ailleurs, une fois rentrés en prison, la communication avec l'extérieur devient difficile. Ainsi, essayer de trouver un logement et de réaliser d'autres démarches sociales, lors d'une détention provisoire, afin d'avoir des garanties de représentation pour éviter une peine de prison ferme est très difficile. Un début de prise en charge psychiatrique peut être mis en œuvre, tout en sachant qu'il n'y a pas beaucoup de psychiatres qui travaillent au SMPR. « En prison, il y a très peu de psychiatres. Le milieu est extrêmement difficile. La prise en charge n'est pas optimale » (Psychiatre 2).

iii. Une fois la peine prononcée, il y a de nouveau un risque d'emprisonnement immédiat

Un deuxième juge qui siège en CI a déclaré : « si le Code de procédure pénale enjoint aux magistrats de réduire la peine prononcée à leur encontre [*les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques*] d'un tiers, le Tribunal, réuni en comparution immédiate pour des faits par nature récurrents et violents, fait face à un important risque de réitération. Il a donc tendance à prononcer des peines de mise à l'écart et de protection de l'ordre social. Ainsi, si la peine dans son quantum se trouvera systématiquement réduite, il est très probable qu'un mandat de dépôt soit décerné à l'encontre du condamné. » (Juge II). Un substitut du Procureur : « ces personnes ne bénéficient que rarement d'aménagement de peines (...) Pour pouvoir bénéficier d'un bracelet électronique ou d'un placement extérieur ou d'une semi-liberté, il faut travailler, avoir un logement fixe et répondre de manière très régulière aux convocations devant la justice ou devant le service d'insertion de probation qui suit les détenus. Ces personnes vont avoir tendance à être plus vite incarcérées et à ne pas bénéficier d'aménagement de peines. Ils se retrouvent assez vite en détention pour purger des courtes peines ou une série de petites peines » (un substitut du Procureur).

La prison semble être la seule issue pour cette population qui semble prise dans 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.

iv. La prison est perçue comme un lieu de soins

Nous avons interrogés les magistrats pour savoir si, pour la population qui faisait l'objet de notre étude, ils se prononçaient plus facilement pour une peine de prison ferme et, si cela était le cas, les raisons pour lesquelles, ils le faisaient. Il nous semblait en effet important de les relever. Nous voulions aussi savoir si ce choix est conçu parfois comme un moyen de leur proposer des soins. « La prison offre la garantie d'une prise en charge psychiatrique en milieu fermé, éventuellement sous le régime de l'hospitalisation d'office à l'UHSA. Elle permet de s'assurer de la rencontre avec un psychiatre dès les premiers jours d'incarcération et de la reprise d'un traitement qui a pu être interrompu (Juge II) ». « La détention », nous explique un substitut du Procureur, « nous offre le maximum de garanties en terme de risque de réitération des faits (...) Dans la majorité des cas, dangerosité et altération peuvent nous pousser à une sévérité en terme de poursuites et donc à la comparution immédiate en considérant que (...) même si la personne a besoin de soins, les soins seront mis en place dans le cadre de la détention. On bénéficie du SMPR et de l'UHSA. (Le substitut du Procureur) ». Nous lui demandons si cela signifie qu'il peut pencher pour une peine d'emprisonnement ferme ou alors pour une mesure de détention préventive pour une personne qui présente des troubles psychiatriques afin qu'elle puisse être soignée. Sa réponse : « Oui ». « La détention provisoire a parfois permis, en quelques semaines, une prise en charge psychiatrique via la détention. On se retrouve parfois, quelques semaines après, avec des gens qui vont beaucoup mieux dans le box et qui peuvent présenter dès lors un montage de garanties en terme de traitement et qui vont s'engager devant le tribunal. Parfois, on a des discours de sincérité, des

personnes qui devaient être stabilisées au niveau thérapeutique. Paradoxalement, la maison d'arrêt peut être très anxiogène et très mauvaises pour des personnes fragiles, mais parfois ça fait du bien à des personnes qui ont surtout besoin d'une reprise de traitement psychiatrique et cela intervient grâce à la détention» (Un Substitut du Procureur) « Une incarcération », nous explique un juge, « permet de remettre en place un suivi médical, de rétablir un traitement interrompu, de refaire le lien avec les accompagnants, de sevrer les toxicomanies causes également d'aggravation du risque de passage à l'acte. Elle peut ainsi servir d'accompagnement vers le secteur psychiatrique dont le condamné s'était détourné. (Juge II). « En prison c'est peut-être plus difficile, mais si cette personne est en liberté est-ce que cette personne va accepter de se faire soigner ? » (Juge III).

La prison semble devenir une garantie du fait qu'une personne sera prise en charge sur le plan psychiatrique. De cette manière, selon un membre du Parquet : « on fait jouer à la prison un rôle qu'elle n'a pas ... la prison telle qu'elle existe aujourd'hui n'est pas là pour résoudre ce problème: l'accès aux soins reste très limité ». La prison, dans le cas d'une détention préventive comme dans celui d'un choix d'une peine de prison ferme, semble être utilisée, par certains magistrats, comme un lieu de soins. « La population précaire et qui présente des troubles psychiatriques est destinée à se retrouver en prison ? » « Bah oui, que voulez-vous ? C'est le constat que je peux en faire aujourd'hui : c'est la misère sociale qui se retrouve en prison (...) quand la misère sociale et les troubles psychiatriques vont ensemble c'est la misère pour la personne !» (Juge III).

5) Un panorama sur les points de vue des différents intervenants

Un objectif secondaire de notre étude consistait à évaluer le souhait et les possibilités de changement du système actuel, à partir de la satisfaction ou de l'insatisfaction exprimée par les différentes catégories de professionnels qui interviennent en garde à vue et dans la filière GAV-CI à Lille. Un consensus parmi les différents intervenants en GAV et en CI a une importance fondamentale car c'est seulement à partir d'une base minimale d'accord commun que de tels changements peuvent être envisagés.

a) La police

Sur la question de la satisfaction par rapport au dispositif actuel de repérage des troubles psychiatriques en GAV et dans la filière GAV-CI, le commissaire de police nous a dit que : « Ce système permet de dépister et de soigner les gens qui ont un trouble psychiatrique, puis de les juger. L'expert psychiatre va nous dire s'il y a une altération ou une abolition du discernement. S'il y a une abolition du discernement, l'individu sera pénalement totalement irresponsable. S'il y a une altération du discernement, il sera déclaré en partie responsable donc il sera susceptible d'être jugé. C'est la loi, je la respecte et elle me satisfait. » Nous lui avons demandé s'il pense que la GAV et la CI peuvent être une porte d'entrée en prison pour des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques et qui vivent en grande précarité en prison. Il nous répond : « Probablement. C'est une possibilité. Si on les retrouve dans les maisons d'arrêt, c'est qu'effectivement on est passé à travers. Je n'ai pas d'idées sur la question ».

Concernant la possibilité de développer des échanges afin d'améliorer la communication entre la police, les psychiatres et les magistrats, il a souligné que « tout partenariat est une bonne chose. On a chacun sa sphère d'intervention et il est évident que mes policiers ne sont ni psychologues ni psychiatres. On a assez peu de contact institutionnel

avec les psychiatres. Je suis allé avec le Dr Y porter la parole de la police devant l'équipe de Diogène^{xlii} et devant les secteurs de psychiatrie pour expliquer comment on agit et comment est notre organisation. (...) Par exemple, nous avons expliqué les indications d'un transport en voiture de police plutôt qu'en ambulance, et inversement.» Le Dr Y, de l'équipe de Diogène, confirme l'intérêt de la police pour développer une communication avec les professionnels de la santé : « Le chef du commissariat est venu ici. Il était très intéressé ». Il nous explique qu'« il y a en France un découpage territorial complexe, qui ne superpose pas le découpage psychiatrique et celui du commissariat de police et de la gendarmerie. Il y a des secteurs divisés entre une partie policière et une partie gendarmerie. On a fait un point de repère sur un tableau général : cette commune appartient à la gendarmerie, etc. Tout le monde était très intéressé» (Psychiatre 6).

Nous souhaitons en outre connaître le point de vue de la police concernant des alternatives au mandat de dépôt et à la prison ferme pour les personnes qui sont atteintes par des troubles psychiatriques sévères et qui ont commis des délits. « En tant que policier, je pense aux victimes avant tout (...) Je suis là pour défendre les victimes. Mon rôle de policier, c'est d'aider la population, de rechercher les auteurs d'infractions et d'aider les victimes. Bien entendu, ce n'est pas d'enfoncer les auteurs (...). Dans un procès pénal, on a trop tendance à oublier les victimes. On a l'auteur pour qui on détermine son *cursus* et son niveau de responsabilité, et la victime qui, pendant très longtemps, n'avait quasiment aucun droit. Maintenant, elle possède des droits et il y a des évaluations des victimes. Il faut prendre en compte les réactions des victimes lors de certaines décisions concernant les auteurs » (un commissaire de police). Ce qui lui semble être « une psychiatrisation » du processus policier

^{xlii} Le dispositif "Diogène" a pour but institutionnel l'accompagnement des personnes affectées par des troubles mentaux et en condition de grande précarité et/ou à la rue, notamment les SDF, les itinérants, les migrants et les demandeurs d'asile, vers les soins en santé mentale. Il s'agit d'une équipe mobile composée par des professionnels de la santé mentale, en provenance des trois secteurs de psychiatrie lillois.

et judiciaire de prise en charge d'auteurs de délits poserait des problèmes. « Si ce type de décision est pris [*mettre en place de programmes d'alternatives à l'incarcération*] sans consulter les victimes, ça sera ressenti comme une injustice. Mon but est d'abord de défendre la victime » (un commissaire de police.). Cela pourrait peut-être être difficile à comprendre aussi pour les membres des forces de l'ordre, qui ont parfois un point de vue différent par rapport à celui d'un psychiatre. « Quelquefois, certains policiers peuvent ne pas comprendre l'opinion d'un psychiatre. Par exemple, quand un psychiatre recommande une hospitalisation d'office pour une altération ou une abolition du discernement, il peut parfois y avoir des désaccords lorsque certains policiers considèrent qu'il devrait aller directement en prison. Mais on n'est pas psychiatre ou psychologue. Les policiers prennent souvent le parti des victimes » (Un commissaire de police)

b) Les psychiatres

Selon la majorité des psychiatres que nous avons interviewés, il est indéniable qu'un problème de dépistage des troubles psychiatriques en GAV et dans la filière GAV-CI existe à Lille. La majorité a affirmé qu'il y a un nombre très important de personnes qui souffrent de troubles psychiatriques et qui rentrent en prison, après avoir commis des délits, en ayant besoin de soins. Un psychiatre qui travaille au SMPR nous a raconté : « j'ai vu des personnes arriver au SMPR après la GAV, alors qu'ils étaient ouvertement délirants ... Il n'y en a qui vomissent dans la poubelle pendant l'entretien avec moi car ils sont en manque ... Je ne pense pas que, dans un tel état, ils puissent se défendre correctement face au juge en CI » (Psychiatre 3). Un autre psychiatre, qui travaille en milieu pénitentiaire, évoque, à travers un exemple particulier, une situation qui se répète régulièrement: « il y a une personne, qui revient sans cesse en prison pour les mêmes raisons : il est en état maniaque, il est violent, il

se bagarre ... Il insulte le juge en CI, car il est en phase maniaque, cela ne l'aide pas » (Psychiatre 8).

D'autres psychiatres nous ont fait part de leur insatisfaction par rapport au système actuel et nous donnent des exemples qui leur semblent parlants pour illustrer le fait que les troubles psychiatriques ne sont pas suffisamment repérés en GAV avant le passage au tribunal. « Parfois, les magistrats demandent à ce que [*l'arrivant en prison*] aille immédiatement à l'UHSA. (...) Le patient arrive en prison: il est tout de suite évalué par le dispositif de soins psychiatriques, qui fait directement une demande pour une hospitalisation à l'UHSA. C'est déjà arrivé. Par contre, ce n'est jamais arrivé qu'un patient aille directement à l'UHSA sans passer par la prison. Parfois les juges s'en mêlent et mettent une pression pour que les arrivants en prison aillent directement à l'UHSA. Ce n'est pas un fantasme que de dire ça. Parfois, les juges décident de l'incarcération pour ne pas prendre de risque et avoir bonne conscience pour que [*le mis en cause*] aille à l'UHSA. (Psychiatre 2)^{xliii} ». D'autres soignants témoignent avoir été confrontés à ce type de situation. « Je pense que [*les magistrats*] ont moins de difficultés à incarcérer les personnes depuis que les UHSA existent. Quand ils sont confrontés à ce profil [*trouble psychiatrique et grande précarité*], ça leur donne une bonne excuse pour décider de l'emprisonnement ferme. Malheureusement, je pense que c'est un des effets pervers des UHSA^{xliv} ... Les juges peuvent avoir tendance à dire que, devant une double situation de trouble psychiatrique sévère et de précarité, il vaudrait mieux soigner le patient en prison. (Psychiatre 2)». Alors que « les UHSA donnent souvent une impression de vase percé. Quand les gens retournent en prison [*après une hospitalisation à l'UHSA*], il y a très peu de psychiatres [*qui peuvent s'en occuper*]. Le milieu est extrêmement difficile. La prise en charge n'est pas optimale. Au final, après l'UHSA il ne se passe plus rien : il n'y a plus de

^{xliii} Les déclarations des magistrats dans la partie précédente semble confirmer ce point.

^{xliv} Ce psychiatre souligne aussi les effets positifs de la création de l'UHSA : « Les UHSA ont permis un grand nombre d'améliorations pour la prise en charge des patients détenus, notamment par rapport à l'esprit de la loi de 1994 pour bénéficier en prison de soin de la même qualité qu'en milieu libre. La prise en charge, avant les UHSA, se faisait en hôpital psychiatrique, dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. C'était chaotique. Les patients restaient très longtemps hospitalisés et étaient contentonnés. Les UHSA ont permis une grande avancée pour les personnes incarcérées.»

soins, ou uniquement des soins minimaux, qui sont insuffisants pour avancer dans la prise en charge du patient. Après la prison, c'est le même constat. C'est difficile de faire un relais de soins. La continuité des soins, c'est un véritable casse-tête. Par exemple, pour des patients qui ont été hospitalisés sur leur fin de peine, c'est quasiment impossible de faire des soins libres à la sortie de la prison (...) Il faudrait un système [*de prise en charge*] avant et après la prison. La libération est une catastrophe. Ils sortent sans rien et il n'y a aucun dispositif d'accompagnement. (...). La justice les enferme le plus longtemps possible et, une fois qu'ils sortent de la prison, il n'y a plus rien, et on s'en fout de leur devenir social. Si les patients sortent sans rien : ils vont être SDF sans prise en charge psychiatrique, et ils seront forcément dangereux » (Psychiatre 2).

Un expert psychiatre, interrogé sur la pertinence d'une amélioration du système lillois de repérage des troubles psychiatriques en GAV-CI, nous a répondu : « [*il devrait*] non seulement [*être*] amélioré: vous avez compris ce que j'en pense. Le dispositif lillois est très critiquable et il est insuffisant, c'est certain (...) On avait souhaité organiser à Lille une unité médico-légale (comme à Toulouse) lorsqu'on était plus d'experts inscrits à la Cours d'appel (...) On a été tellement découragés par le manque de considération de la part de la justice ; par le manque de rétribution ; par les histoires fiscales et sociales ... On a arrêté ... Il aurait été préférable de créer un lieu où l'on peut rencontrer les mis en causes qui doivent passer en CI pour réaliser des expertises dans une unité dédiée ... Pour les GAV on aurait pu trouver un arrangement pour voir les personnes en GAV ... On aurait pu organiser un tour de garde entre les experts d'une demie -journée qui auraient pu passer dans cet endroit, on aurait pu trouver un arrangement pour voir les mis-en-cause dans les 48 heures. Cela ne s'est jamais fait parce qu'on manque d'effectif, de moyens, et de volonté. (...) Il y a des résistances et des réticences car les affaires judiciaires veulent aller trop vite: parfois les parquetiers veulent déférer dans l'après-midi. Les temps de la justice et de la médecine ne sont pas les mêmes » (un expert psychiatre). Un autre psychiatre a souligné ce problème: « l'objectif de la société

est de se protéger ... Il y a quelque chose d'incompatible entre la logique du médecin et la logique de la justice qui protège et punit ... C'est cette différence qui fait qu'il ne peut pas y avoir de lien ... On n'a pas les mêmes ambitions » (Psychiatre 8).

Ce point de vue ne fait pourtant pas l'unanimité. Un psychiatre de la région, qui ne travaille pas en milieu pénitentiaire, était catégorique : il n'y a pas, pour lui, de problème spécifique posé par la filière GAV-CI à Lille. « Ce système de repérage se passe bien à Lille (...). Je ne pense pas que les personnes souffrant de troubles mentaux sévères arrivent en prison (...) Je sais qu'il y a le Dr X essentiellement, et un médecin généraliste. Le Dr X a le téléphone d'astreinte de notre secteur. Quand il voit arriver quelqu'un de notre secteur, il nous appelle avant de nous l'envoyer » (Psychiatre 7). « En prison, il y a 40% des gens qui ne savent pas lire ni écrire. On parle d'une situation de précarité financière et culturelle. Le système en France est un système très contraint, avec des lois très difficiles, c'est-à-dire que le système ne permet pas beaucoup de négociation. Ils ont tellement forcé sur les peines que l'on se retrouve à avoir 70 000 personnes en prison et 140 000 à l'extérieur, en surveillance avec des bracelets électroniques. Ces facteurs sont plus déterminants que les facteurs psychiatriques. (...) Si on supprime les situations de précarité, on ne retrouve plus ces personnes en prison » (Psychiatre 7). Ce psychiatre déplace donc le problème de la question des troubles psychiatriques à la question de la précarité et des choix politiques répressifs. « Plus les gens sont insérés, moins ils font de troubles et moins finissent en prison ». « Je ne suis pas maçon. Je ne construis pas des HLM, ce n'est pas mon boulot ... Il s'agit donc d'une question qui ne concerne pas les psychiatres : cela concerne la collectivité dans son ensemble » (Psychiatre 7).

Concernant la question de la nécessité de développer un dialogue entre la police, les psychiatres et les magistrats, les avis sont partagés. Un expert de la région a considéré que les magistrats ne montrent pas d'intérêt pour ce type d'initiative : « On a créé une journée justice et psychiatrie en décembre, une fois par an, pour tisser des liens et nous regrettons que très

peu de magistrats ne viennent » (un expert de la région). Un autre psychiatre a soutenu un point de vue différent : « pour l'instant, il n'y a rien [*aucun programme d'échanges*]. Il y a des secteurs qui ont entamé des tentatives d'échange. Par exemple, le secteur du 59G21^{xlv} avait déjà fait quelque chose. Il y a aussi des formations. Au niveau de l'OMS, il y a une formation mise en place par l'Ecole nationale de la magistrature^{xlvi}. On rencontre les magistrats, même des officier de polices, et ils nous posent des questions très intéressantes (plus que les professionnels de santé). Ils ont envie d'apprendre des éléments de base sur la psychose, l'addiction, l'ivresse etc. Ces informations vont les aider à se débrouiller dans l'interprétation de leurs cas » (Psychiatre 6). Selon ce psychiatre, les magistrats sont désireux d'échanges, alors que les psychiatres contribuent à ce manque de communication : « Le problème, aujourd'hui, c'est que les psychiatres veulent résoudre le problème de manière indépendante et ne demandent pas d'avoir une réflexion collégiale sur un problème complexe (...). C'est aussi la peur d'admettre que la solution en psychiatrie est collégiale, c'est-à-dire une solution regroupant un ensemble de perspectives médicales, psychopathologiques, sociales, éducatives, judiciaires... C'est un mélange de pouvoir et de savoir que les psychiatres veulent maîtriser seuls» (Psychiatre 6).

Concernant la volonté de mettre en place des programmes alternatifs à la prison ferme et à la détention préventive pour la population que nous avons ciblée dans cette étude, la quasi-totalité des psychiatres semblaient montrer un intérêt. Un point a rassemblé leurs opinions : la critique de la prison et les effets catastrophiques de cette institution sur la santé mentale des détenus. Se projeter vers l'idée de mettre en place des programmes pour éviter l'incarcération des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques semble en être une conséquence logique. « La prison est trop riche en facteurs de stress. C'est beaucoup trop

^{xlv} Un service de psychiatrie communautaire à Lille

^{xlvi} Le CCOMS de Lille intervient à l'Ecole nationale de magistrature. Une quarantaine de magistrats suivent ainsi chaque année la session « Psychiatrie et justice pénale ».

difficile pour ces patients car le patient sera très vite persécuté par le soin et par la prison. S'il est en prison, il décompensera, consommera beaucoup de substances et aura des troubles du comportement. (...) Il va faire des allers-retours entre la détention et l'hôpital. » (Psychiatre 2) « Beaucoup de patients, et surtout les patients avec une déficience intellectuelle, subissent des pressions [*de la part des autres détenus*] pour aller récupérer les missiles^{xlvi}. Ils sont très vite instrumentalisés.» (Psychiatre 2) et ils se retrouvent ainsi au quartier disciplinaire. « C'est catastrophique. La prison, pour les patients les plus vulnérables, n'est pas un lieu qui est adapté pour eux » (Psychiatre 6).

La totalité des psychiatres qui travaillent en milieu pénitentiaire considèrent qu'il faudrait un dispositif de prise en charge avant et après la prison. « Il faudrait un système avant et après la prison. La libération est une catastrophe. En plus, c'est un non sens pour le système judiciaire » (Psychiatre 2) car cela produit un phénomène de « *revolving door*^{xlvi} » qui exaspère les soignants, les surveillants ainsi que les assistants sociaux. Un surveillant, qui travaille en milieu pénitentiaire, nous a expliqué les difficultés que les personnes atteintes par des troubles psychiatriques rencontrent en prison et il nous a parlé des difficultés qu'il rencontre dans son travail : « l'administration pénitentiaire est en difficulté avec les personnes qui ont des troubles psychiatriques et surtout quand ils ont des gros troubles du comportement, c'est-à-dire lorsqu'il existe un risque hétéro-agressif important sur une pathologie non stabilisée ». « Le dialogue est difficile. On va leur dire : 'attention il faut respecter le règlement !' ... mais ils ne comprennent pas ... un surveillant manque de moyens et d'arguments pour se faire comprendre ... il finit pour se fatiguer et baisser les bras ... tout surveillant est un être humain ... parfois (les personnes qui présentent des troubles psychiatriques sévères), cassent tout en cellule ... on ne sait pas comment gérer ça ... la personne passe devant la commission de discipline ... et la commission, en voyant se

^{xlvi} Les « missiles » sont des paquets, contenant plusieurs types de bien, et en particulier des substances psycho-actives, qui sont lancés dans les cours internes des prisons par des personnes qui connaissent les détenus.

^{xlvi} Avec ce terme, on indique le mouvement d'entrées, de sorties et de retours en prison qui est particulier à une partie de la population carcérale qui rentre dans une spirale d'où il est difficile de trouver une issue.

multiplier les faits, choisie une mesure disciplinaire, le détenu finit en quartier disciplinaire^{xlix} alors que l'on sait qu'il est délirant et qu'il ne comprend pas ce qui se passe, mais il fait trouver une solution ... quand la personne sort (du quartier disciplinaire), elle en vaut encore plus à l'administration pénitentiaire, bref, c'est une histoire sans fin ... » et il continue en nous expliquant « il y a 3-4 psychiatres pour 900 détenus », il est difficile de faire intervenir un psychiatre dans des situations où tout le monde réalise que le détenu souffre d'un trouble mental sévère. (...) Il y a parfois un découragement (de l'équipe de l'administration pénitentiaire) car (...) on ne sait pas comment traiter ces personnes ... l'équipe se sent démunie ... je pense que la détection (des troubles psychiatriques sévères) devrait se faire dès l'origine, c'est-à-dire avant l'entrée en prison^l.

Un psychiatre qui travaille dans le milieu de la psychiatrie et de la précarité s'est senti interpellé par cette question : « malheureusement, vous ciblez un gros problème. En effet, les personnes qui finissent en garde à vue, puis ensuite en prison pour des délits mineurs, sont les catégories les plus vulnérables : celles des personnes avec des troubles sévères et persistants de type psychotique. Cette population vulnérable pourrait être soignée. Ils leur arrivent de commettre des délits car il n'y a pas assez de prévention et de suivi pour les éviter. Ils se retrouvent alors en prison mélangés à un public différent : les petits délinquants (...). Malgré le fait que quand ils « dealent », ils sont conscients des actions délictueuses, un patient souffrant d'une psychose sévère, s'il est soigné (par suivi médicamenteux, mais aussi éducative etc...) pourrait bénéficier d'un parcours qui évite cette dérive judiciaire.» (Psychiatre 6). Il a continué, en précisant « qu'il s'agit d'un sujet qui gêne. Si on a une vision

^{xlix} Lors de notre enquête, plusieurs psychiatres nous ont expliqués que le quartier disciplinaire est un lieu qui produit de la souffrance mentale et qu'aucun médecin ne pourrait accepter de voir une personne enfermée, toute la journée, dans une cellule celée de huit m2 sans aucun contact avec l'extérieur. Nous avons visité le quartier disciplinaire d'une maison d'arrêt de la région et nous pouvons confirmer les propos de ces médecins.

^l En opposition à la loi Taubira, qui devait favoriser les alternatives à la prison ferme, la population carcérale augmente, le surveillant considère que ce système ne favorise pas la réinsertion « malheureusement c'est un cercle qui s'auto-alimente et qui crée lui-même la récidive ».

stérilisée de la psychiatrie, tout ce qui est sale n'est pas bien vu. Souvent, les psychiatres préfèrent avoir un cas classique qui va demander de l'aide, respecter le rendez-vous, les horaires, qui va prendre le médicament et qui frappe à la porte avant de rentrer. Ces cas sont une minorité en psychiatrie.» (Psychiatre 6). Or, d'après ce psychiatre, pour éviter que la population qui présente des troubles psychiatriques se retrouve à nouveau en prison : « Il faut rassurer la magistrature avec un parcours clair et simple de suivi sinon le jury préférera les mettre en prison.» (Psychiatre 6). Ce psychiatre a pointé un autre aspect intéressant soulevé par les programmes d'altérative à l'incarcération. Il considère qu'à la place de mettre à point de projets innovateurs, il faudrait que les secteurs de psychiatrie généraux développent leur capacité d'intervention et prise en charge réelle et sérieuse des populations les plus difficiles que nous pouvons rencontrer en santé mentale. « Un service de santé mentale doit s'occuper de la santé mentale d'une population. Dans la population, il y a des patients faciles, difficiles, très difficiles, des personnes qui ne sont pas des patients ... La responsabilité, c'est par rapport à la population desservie. C'est comme si, dans une unité de chirurgie, les médecins refusaient de faire des chirurgies complexes et ne se consacraient qu'à des appendicites par exemple» (Psychiatre 6). Or, « Toute expérimentation est la bienvenue. Mais si on envisage des services spéciaux avec des équipes spéciales qui feront ceux que les autres ne veulent pas faire, cela légitimera les autres de ne pas faire ce qu'ils devraient faire. Nous avons pleins de ressources en France. On pourrait les utiliser pour s'occuper de cette population. Le risque de créer ce genre d'unité est que les autres services ne feront plus rien.» (Psychiatre 6)

Un psychiatre, qui travaille dans un service de psychiatrie communautaire, a répondu à cette question, en faisant un pas en arrière : « est-ce que la prison est utile ? C'est un débat qui ne concerne pas que les psychiatres, mais tous les citoyens. (...) On devrait développer plus d'alternatives à la prison. La prison n'est pas obligatoirement une zone d'épanouissement. Elle est conçue comme une peine. La plupart de la population considère que c'est un bien et que les gens doivent y rester et souffrir. (...) L'idéal est de ne jamais aller

en prison. Je crois plus aux peines alternatives. (...). Les juges se rendent compte que c'est toujours la même population qui revient. (...) Il faut faire tout ce qui peut éviter la prison aux citoyens. Il devrait y avoir des peines alternatives qui intègrent la notion de l'insertion.» (Psychiatre 7). Ce point de vue est soutenu par un autre psychiatre communautaire : « C'est la question à quoi ça serve l'enfermement ? ... à quoi ça serve d'enfermer les gens ? C'est une punition c'est une mise à l'écart ... » (Psychiatre 8). Ces psychiatres se montrent intéressés à des programmes d'alternatives aux incarcérations, néanmoins, ils insistent sur le fait que ; « l'on pourrait le faire pour tout le monde et pas uniquement pour les personnes souffrant de troubles mentaux. » (Psychiatre 7). Cibler un type spécifique de population signifie la stigmatiser. Le deuxième précise : « les personnes qui ont des troubles psychiatriques doivent aller en prison comme les autres s'ils sont responsables » jusqu'à quand cette institution existera car il s'agit du choix politique de la collectivité.

c) Les magistrats

« On manque d'experts » et, ainsi, « on juge comme sain quelqu'un qui ne l'est pas (...) on est obligé de le déclarer coupable; on peut juste minorer la peine » (Juge I). Pour pallier à ce manque de psychiatres qui acceptent d'intervenir en GAV, le juge dit faire tous les efforts possibles afin de comprendre si la personne qui se trouve face à lui en CI présente des troubles psychiatriques sévères. « J'insiste pour savoir s'ils ont été hospitalisés en psychiatrie, s'ils font usage de drogues, s'ils prennent des traitements » (Juge I). « Une personne qui présente des troubles psychiatriques sévères et qui se présente face au juge après une GAV ne peut pas se défendre. Parfois, c'est moi qui propose et insiste pour que la personne se présente face à moi après quelques jours, afin qu'elle puisse se laver, se reposer, prendre son traitement de substitution » (Juge III). Pour ce juge, le système actuel est défaillant: les psychiatres n'accepteraient pas d'intervenir en GAV car « ça les répugne » et aussi à cause d'une série de dysfonctionnements au niveau des paiements, qui sont tardifs et pas très généreux, alors qu'il

s'agit d'un travail chronophage et qui engage la responsabilité du psychiatre dans un milieu, celui de la justice, qui est souvent peu connu. Le point de vue de ce juge ne fait pas l'unanimité.

Un deuxième juge, qui siège aussi en CI, était plus optimiste et a déclaré : « les troubles psychiatriques sévères en GAV, sont, à mon avis, quasiment systématiquement repérés. Mais il serait utile qu'un prévenu, ayant déjà bénéficié d'une altération de sa responsabilité, soit signalé comme tel afin que, dès son placement en garde à vue, cette question soit prise en compte. De même pour les personnes protégées qui ont pu avoir affaire à la justice: on découvre souvent à l'audience qu'il y a une tutelle ou une curatelle » (Juge II). « La centralisation des expertises psychiatriques réalisées judiciairement dans un fichier unique est en cours (REDEX). Elle était indispensable » (Juge II).

Un troisième juge a répondu avec un long soupir à notre question sur l'efficacité du *screening* des troubles psychiatriques en GAV à Lille et il rajoute : « après, avant de juger on peut toujours demander une expertise psychiatrique avec un rapport complet » (Juge III), mais cela est souvent très difficile à obtenir dans les temps de la CI. Quant à la possibilité qu'un seul psychiatre puisse être suffisamment présent lorsqu'un avis spécialisé est demandé sur les GAV de Lille, sa réponse est : « Non, non, non » (Juge III).

Nous avons posé les mêmes questions aux membres du Parquet. « J'imagine que, si vous êtes là, c'est parce que c'est sûr que les personnes qui sont atteintes par des troubles psychiatriques peuvent être malmenées par l'institution judiciaire, par une prise en compte insuffisante de leurs troubles (...) Très sincèrement, c'est vrai ... il y a des troubles, les troubles plus marquants et visibles [que les policiers qui n'ont pas une formation en santé mentale peuvent repérer] et puis il y a tout le reste (...). » Cela signifie-t-il qu'une personne qui présente des troubles psychiatriques ne peut se défendre comme tout citoyen? « Oui, c'est ça. » (Un membre du Parquet). « Le grand problème c'est d'avoir des expertises en temps et

en heure et, donc, parfois, par désespoir, on va se passer d'une expertise car on n'arrive pas à l'obtenir». Ce membre du Parquet pointe le manque de communication et d'échange, entre la justice et la psychiatrie, comme l'une des causes de ce « problème de santé publique ». D'après ce membre du Parquet, les psychiatres acceptent peu de collaborer avec la justice : « il faut de la disponibilité, il faut accepter de se prêter à l'expertise, je pense qu'il y a des problèmes de responsabilité, de méconnaissance de la justice; je crois que c'est aussi une question de secrétariat, car il faut taper un rapport; il y a la question des paiements ». « Nous, on serait en demande [*de psychiatres et d'experts*]. Le Procureur de la République mène un projet pour essayer de résoudre ce problème. » (Un membre du Parquet).

Un substitut du Procureur nous a tenu un discours très différent et il a nié, très ouvertement, l'existence d'un problème : « il est marginal qu'on ne puisse pas repérer une pathologie psychiatrique dans le contexte de la GAV. Je ne dis pas que ça ne peut pas arriver, mais à mon avis, c'est assez rare (...) On ne va pas présenter au tribunal un dossier sans expertise psychiatrique, sans examen par un médecin dès lors que l'on pense qu'il y a une dimension psychiatrique qui a joué dans la commission des faits. Pour nous, ce n'est pas acceptable et ça serait un dysfonctionnement ». Cela signifie qu'il serait inacceptable de savoir que des gardés à vue, qui souffrent d'un problème de santé mentale, passent devant le juge sans avoir bénéficié des soins opportuns : « des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques vont avoir besoin de soins, que ça soit au moment de la garde à vue, dans les geôles du palais de justice ou après, s'ils sont incarcérés. Notre intérêt c'est qu'ils soient diagnostiqués et expertisés. On souhaite que ces personnes puissent se défendre dignement et puissent répondre utilement ». Le membre du Parquet trouve que le dispositif lillois de *screening* de troubles psychiatriques sévères en GAV et dans la filière GAV-CI fonctionne bien. « Il est rare d'avoir des tribunaux où on a un psychiatre avec autant de disponibilités que le Dr X pour se déplacer en garde à vue et examiner des personnes rapidement (comme par

exemple à Valenciennes, Dunkerque : il n'y a pas de psychiatres qui se déplacent en geôles de garde à vue). ».

Pour finir, un juge des libertés et de la détention a exposé ainsi son point de vue : «globalement, à ce jour, je n'ai pas eu connaissance de dysfonctionnement. Il y a un grand nombre de personnes qui souffrent de troubles psychiatriques dans les maisons d'arrêt qui ne sont pas détectées. Si la personne ne voit pas de psychiatres ou ne fait pas cette démarche positive d'aller voir un psychiatre, la pathologie ne sera pas détectée alors que vous les côtoyez au quotidien ».

Concernant la question de la nécessité d'intensifier les échanges et le dialogue entre la police, les psychiatres et les magistrats, l'ensemble des magistrats que nous avons interviewés ont exprimé, très ouvertement, leur souhait et même leur besoin d'une plus grande communication entre les catégories d'intervenants en GAV et en CI.

A la lumière de ces déclarations, nous voulions déterminer si les magistrats choisiraient des alternatives à la détention provisoire et à la prison ferme, s'il y avait des alternatives à la détention, rapidement mobilisables, pour les personnes qui sont atteintes par des troubles psychiatriques sévères, en grande précarité, et qui ont commis des délits. « Montrez-moi des alternatives, et je dirai oui ! » (Juge I). Un deuxième juge considère que ce type de programmes représente « une prise de risque importante, qui nécessiterait une prise en charge médicale immédiatement après l'audience, si nécessaire en milieu fermé, et la présence d'un accompagnement continu, au moins, pendant les premières semaines, ce qui signifierait faire « des psychiatres des auxiliaires de justice, ce qui serait dangereux. » (Juge I). Un troisième juge nous dit : « c'est vrai que l'alternative à l'incarcération, ce n'est pas évident pour ce type de population » (Juge III) et il met en avant la question des garanties de représentation. « Pour la justice, cela n'est pas simple de proposer des alternatives ... Il faut voir aussi la question de la dangerosité ... Ca l'expert le note ... » (Juge III).

Les membres du Parquets sont, quant à eux, divisés : « à travers de la comparution immédiate, il y a des garanties suffisantes. Je suis assez satisfait.» (Un substitut du Procureur). Pour ce membre du Parquet, un projet de ce type existe déjà à Lille et il ne semble pas intéressé à en développer d'autres : « Ça existe déjà à Lille, mais sous une autre forme et pas pour la même population. On a un dispositif qui s'appelle TREVH. Ça vise des personnes qui sont déjà connues et qui doivent bénéficier d'un éloignement et d'une prise en charge sanitaire. Ça peut convenir à des personnes qui ont des troubles psychiatriques non sévères (plutôt légers). On l'utilise notamment pour des auteurs de violences conjugales qui ont des troubles comme la dépression, l'alcoolisme chronique etc. (...) A l'issue de la garde à vue, les personnes sont déférées ici et présentées au tribunal, mais pas au magistrat. Elles voient une association de contrôle judiciaire. Ça vise à éloigner ces personnes c'est à dire les prendre en charge dans un foyer de la Croix Rouge et elles doivent suivre tout un programme de soins en fonction de leur pathologie. Alors bien souvent c'est pour de l'alcoolisme mais ça peut être une prise en charge psychologique ou psychiatrique.» (Un substitut du Procureur).

Un deuxième membre du Parquet défend une position différente: « pourquoi pas ? On pourrait faire des essais et voir ce que cela donne. Cela serait envisageable, à voir, mais cela suppose d'avoir des relais à l'extérieur (...), mais ça dépend bien sûr de la gravités des faits : il y a la personnalité mais il y a aussi la gravité des faits » (Un membre du Parquet).

A la suite de ses entretiens, nous pouvons comprendre que les points de vue sur le système GAV-CI sont contrastés. L'ensemble des intervenants qu'ils soient policiers, médecins ou magistrats, soulignent l'importance de la communication entre acteurs et la complexité de la problématique du parcours judiciaire de notre population d'étude. En revanche, sur la question du repérage des troubles psychiatriques en GAV, les opinions divergent certains psychiatres considèrent que la prison est considérée par la justice comme un lieu de soins inadapté garantissant le plus de sécurité pour le reste de la population, tandis

que les juges et les membres du Parquet soulignent l'absence des psychiatres volontaires pour intervenir en GAV. Seul le substitut du procureur semble être satisfait du système actuel, du fait de la grande disponibilité du Dr X. Quant à la possibilité de développer des alternatives à l'incarcération, deux visions pourraient s'opposer : celle de justice, de sécurité défendue par la police et la justice et celles des psychiatres moins opposés à des structures alternatives.

6) Discussion

Cette étude partait d'un constat, bien établi dans la littérature internationale sur le sujet, et relayé par les quelques études existantes dans le cas français: l'existence d'une surreprésentation des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères en prison et l'existence d'un croisement, en particulier, entre grande précarité, troubles psychiatriques sévères et incarcération, ainsi qu'un phénomène dit de «revolving door». L'hypothèse d'une difficulté de repérage des troubles psychiatriques sévère en GAV et en CI, étant peu étudiée à l'échelon national, cela justifiait d'esquisser une cartographie empirique afin de tracer le fonctionnement de ce système et de réaliser un diagnostic local, focalisé donc sur la réalité lilloise^{li}, qui est celle dans laquelle nous avons réalisé notre internat, et dont nous connaissons les intervenants.

Les objectifs principaux étaient d'étudier, sur le cas spécifique de Lille, de manière séquentielle et qualitative, comment l'organisation de la filière GAV-CI fonctionne ; d'essayer de comprendre si elle peut constituer une porte d'entrée majeure en prison pour le public qui nous intéresse : un public précarisé, sans chez-soi, et avec des troubles psychiatriques sévères et évaluer le degré de satisfaction ou d'insatisfaction des différentes catégories d'intervenants par rapport au dispositif actuel ainsi que leur souhait de changement et en particulier leur volonté de réduire le nombre d'incarcérations pour ce type de public

^{li} La conférence de consensus sur l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue, souligne que la réalité des gardes à vue en France, et de ses pratiques, est extrêmement hétérogène

a) L'intervention en garde à vue: enjeux et discussion

i. La collégialité

A Lille, l'intervention psychiatrique en garde à vue s'effectue dans un cadre assez spécifique puisqu'elle dépend, avant tout, du faible nombre d'intervenants qui acceptent d'intervenir dans ce lieu de privation de liberté, ce qui fragilise le dispositif médical, et peut faire se sentir démunis les intervenants qui se trouvent dans l'incapacité de travailler en réseau. Cela pointe vers une fragilité institutionnelle majeure. La Conférence de Consensus sur l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue (104) insiste, en effet, sur l'importance d'intégrer les intervenants médicaux en GAV dans un réseau comportant des médecins hospitaliers ou libéraux ayant cette pratique, et en lien avec une UMJ (une unité médico-judiciaire) de référence (104). Cette collégialité est vouée à :

1) Permettre de mieux coordonner les différents acteurs médicaux intervenants en GAV. A Lille, il n'y a pas d'échanges, et par conséquent, peu de coordination entre les soignants qui interviennent en garde à vue. Il semble qu'un système plus collégial, où les rôles de chacun sont identifiés et connus, faciliterait les échanges d'informations et la coordination des actions.

2) Une approche collégiale permet de garantir la liberté d'appréciation du praticien, car le système s'appuie sur un réseau qui devient un interlocuteur institutionnel vis-à-vis de la police et de la justice.

Les médecins et les forces de l'ordre occupent des rôles sociaux différents et leur position vis-à-vis d'une personne gardée à vue n'est pas la même. Le policier représente l'ordre social et il est chargé de mener une enquête judiciaire sur les personnes qui se trouvent en garde à vue. On aura noté, en outre, comment l'officier de police interviewé se positionne

explicitement «du côté des victimes» plutôt que des auteurs d'infraction, un point qui mérite d'être souligné d'autant plus qu'il n'est pas évidentⁱⁱⁱ - il pourrait se positionner comme du côté de l'ordre public et l'on pourrait, dans ce cas, argumenter sur le fait qu'au point de vue de l'ordre public, une meilleure prise en charge des auteurs d'infraction est nécessaire. Le rôle premier du médecin est celui de soigner la personne, qu'elle soit victime ou auteur. On peut d'ailleurs penser que l'intervention médicale est d'autant plus acceptable au point de vue de la police qu'elle concerne aussi les victimes, comme c'est en particulier le cas dans les Unités de médecine légale. La police peut avoir la sensation qu'une « psychiatrisation » du processus judiciaire qui commencerait en GAV conduirait à une forme d'impunité, non justifiée, de ceux qui ne respectent pas l'ordre social (99)ⁱⁱⁱⁱ. Le médecin a donc besoin d'être soutenu par un réseau médical de référence, qui lui permette d'éviter ainsi d'être l'interlocuteur premier, direct et isolé de la police.

En plus de lui apporter un appui et un point de référence, le système collégial facilite le débat et la mise en discussion des places que le personnel médical est amené à occuper auprès du système judiciaire, permettant d'éviter tant la confusion des rôles que le rejet systématique de toute collaboration.

3) Elle rend la pratique médicale, et la pratique psychiatrique en particulier, plus transparente et définie à travers l'établissement d'un consensus entre praticiens. En ce qui concerne tout particulièrement la psychiatrie, cela permet de soumettre le contenu du certificat médical, que le psychiatre doit fournir aux autorités, à des critères de rédaction précis. Ce problème est particulièrement important, en France, tant par rapport à la question de la réalisation, non

ⁱⁱⁱ Il confirme ainsi la centralité prise par la figure de la victime dans nos sociétés, et plus particulièrement dans les politiques pénales, depuis les années 1970, qui a bien été identifiée par divers travaux de sciences sociales. Cf en particulier Fassin, D. et Rechtman, R., *L'empire du traumatisme*;

ⁱⁱⁱⁱ Patrick Chariot se demande ainsi quel est le regard que la police peut avoir sur les médecins qui interviennent en GAV. « Comme une aide pour que la garde à vue se passe dans le respect des droits fondamentaux ? Comme un auxiliaire de justice ? Comme un médecin à la botte ? Comme un alibi ? Comme un empêchement de tourner en rond ? Comme une garantie contre les dérapages ? Comme un obstacle à contourner ? Comme un mal nécessaire ? Ou plus simplement, comme celui qui doit signer, dans les délais, une feuille de papier nécessaire à la validité de la procédure judiciaire ? », « Pratiques médicales en gare à vue en France » in *L'intervention du médecin en garde à vue*, sous la direction de Patrick Chariot, Paris, 2006, p 11-16.

consensuelle, d'*expertise* en garde à vue, et par rapport à la question du *contenu* de l'examen de compatibilité avec la garde à vue, qui reste peu défini.

ii. Le problème des expertises en GAV

La Conférence de consensus précise que « dans certains cas très précis, la loi rend possible une expertise psychiatrique, dès le stade de la garde à vue. Cet examen est obligatoire avant tout jugement d'une personne suspectée d'agression sexuelle. Elle est, en conséquence, ordonnée en garde à vue lorsque cette personne est jugée selon la procédure de comparution immédiate» (104). Réaliser une expertise en GAV devrait donc être une exception et non pas une règle. On a vu, à travers le cas lillois, combien la possibilité même de faire des expertises en garde à vue faisait débat et suscitait des résistances, en particulier du côté des experts attitrés, qui revendiquent parfois une «expertise», précisément, propre à leur activité. A ce propos, un des experts les plus renommés en France, qui est expert auprès de la cour d'appel à Paris, le Dr Zagury, écrit : «on ne comprendrait rien à la dégradation de l'expertise pénale si l'on ne prenait la mesure de tout le mal provoqué par les 'expertises en garde à vue'. La profession s'est prononcé, sans ambiguïté, lors de la conférence de consensus sur l'expertise : il ne peut y avoir d'expertise en garde à vue mais seulement des certificats détaillés concernant l'état clinique du sujet, la compatibilité avec la garde à vue et l'éventuelle nécessité d'une hospitalisation (...) Pourtant, en contradiction avec la position déontologique de la profession, obéissant servilement aux injonctions de certains parquets, au point d'avoir été affublés du sobriquet de 'cireurs de parquets', ces praticiens (...) répondent en quelques minutes à des questions concernant la responsabilité pénale ou le pronostic lointain»(106).

Le point de vue, particulièrement fort, du Dr Zagury n'est pourtant pas partagé par toute la communauté d'experts en France^{liv}. A Toulouse, par exemple, une astreinte de

^{liv} Pour une intervention qui va dans le même sens que celle du Dr Zagury, cf. G. Dubret, «Missions spécifiques: expertise en garde à vue», dans la conférence de consensus sur le sujet, qui conteste toute valeur d'expertise à

psychiatres, experts auprès de la cours d'Appel, a été mise en place afin de répondre, dans les 24 heures, aux demandes de réaliser des expertises psychiatriques en GAV. Malgré les difficultés que la réalisation d'une expertise psychiatrique en GAV comporte, comme cela est bien mis en avant par les experts qui ont travaillé à ce projet, ce mode d'intervention offrirait un double avantage : « pour la justice, celui de la compétence médico-légale du praticien (...) » qui serait mise rapidement à disposition des magistrats et « pour le justiciable » qui aurait « l'opportunité de bénéficier, dès la garde à vue, et au plus près des faits à l'origine de la procédure, d'une évaluation spécialisée » (96).

Nous voyons que le débat sur la possibilité ou l'impossibilité de réaliser des expertises en GAV divise la communauté des experts. Il y a ainsi des médecins qui ne partagent pas les positions défendues par la Conférence de Consensus, ainsi que par le Guide de bonnes pratiques de l'intervention du médecin en GAV.

A Lille, les magistrats, qui siègent en CI reçoivent des « conclusions d'expertises » qu'ils considèrent, pour la plupart entre eux, comme des « mini-expertises », des « brouillons » qui permettent d'avoir un éclairage très partiel de l'état de santé mentale du mis en cause. Ils doivent ainsi demander, lorsqu'une expertise plus détaillée est nécessaire, une deuxième expertise. Dans la majorité des cas, c'est le même expert qui rédige cette deuxième expertise. Ce type de pratiques multiplie les expertises qui sont réalisées et les coûts du système judiciaire dont il rallonge le temps. A ce propos, le Dr Zagury critique : « le système [*français*] est devenu fou : il multiplie inconsidérément les demandes d'expertise de pure forme pour obéir aux exigences procédurales, mais il est incapable d'honorer celles qui répondent à un enjeu crucial » (106).

Lorsque le principal psychiatre qui accepte d'intervenir en GAV n'est pas disponible, des psychiatres sont requis aux urgences psychiatriques de Lille. D'autres psychiatres de la

l'examen en GAV, pointant que l'examen est réalisé en urgence, dans des conditions qui ne permettent aucunement de pratiquer une expertise approfondie.

région réalisent alors des examens psychiatriques. En l'absence d'un cadre collégial clair et défini, les pratiques médicales sont dictées par les connaissances et la déontologie de chaque psychiatre et peuvent, par conséquent, diverger radicalement, donnant lieu à des pratiques disparates. Nous pouvons alors avoir des psychiatres qui ne réalisent pas des « mini-expertises » mais des examens de comptabilité avec la garde à vue au sens strict, en suivant les indications de la Conférence de Consensus, du moins en partie car l'évaluation des capacités du gardé à vue à répondre aux interrogatoires de la police ne semble pas être prise en considération comme un des objectifs de l'examen clinique.

iii. La question du contenu de l'examen de compatibilité et l'interprétation de l'article 63.3 du CPP

Ces pratiques hétérogènes sont le fruit du manque de clarté de l'art 63.3 du Code de procédure pénale qui peut donner lieu à des interprétations 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, notamment sur ses capacités de répondre aux interrogatoires de la police. Cette capacité peut être altérée par un état d'intoxication ou de manque ; par la prescription des sédatifs chez les personnes agitées, par un état de sidération dû au contexte de la GAV et pas seulement par un trouble psychiatrique qui nécessite une hospitalisation en urgence (104). Nos entretiens ont confirmé le fait que cette situation se présentait et retentissait à l'audience en CI. 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 nous semble de première importance.

Une étude anglaise (107) 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 GAV. 67.3 % ont répondu aux questions ; 66.4% ont déclaré que c'est le rôle de la police d'établir si le gardé 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 GAV comme une difficulté concrète qui les interpelle et face à laquelle ils se sentent démunis concernant leur position, leur rôle et leurs capacités d'évaluation. Il faut d'ailleurs noter que les quelques études quantitatives dont on dispose en France sur le *screening* des troubles psychiatriques en GAV montrent bien la tension qui existe sur ce point. Lors d'une étude portant sur 137 patients (95), 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 GAV, tandis que 56% étaient envoyés en hospitalisation d'office. Une étude menée à Marseille (23) dans le cadre de la mission exploratoire *Médecins du monde*, auprès des médecins légistes chargés du premier travail de *screening* des personnes atteintes de troubles psychiatriques en GAV, conduisait à un constat similaire. Sur les 12 à 14 000 cas examinés par les médecins légistes en GAV par an, seuls 70-80 sont signalés à la cellule spécialisée

pour les troubles psychiatriques, dont la moitié aboutissait à une hospitalisation sous-contrainte (108). 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 HO (23).

Plusieurs études épidémiologiques^{lv}, réalisées à l'étranger, ont pointé l'insuffisance du dépistage des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères en GAV. Une étude rétrospective (108) 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, des troubles de la personnalité schizotypique ...); une deuxième étude rétrospective, menée à Londres, montrait que 1,4% des personnes gardées à vue présentaient un trouble psychiatrique en phase aiguë (109). Dans une étude (110) concernant 21 cas de mort subite, dues à une contention faite afin de maîtriser un état d'agitation aiguë en GAV, 12 personnes présentaient un trouble psychiatrique sévère et 8 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 GAV et insiste sur la nécessité d'une évaluation psychiatriques dans des phases précoces du parcours judiciaire.

En soi, insistons sur ce point, ces résultats ne sont pas surprenants, dans la mesure où la présence d'un trouble psychiatrique, même sévère, n'implique pas automatiquement une hospitalisation et la levée de la GAV. Par contre, il est intéressant de comprendre 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,

^{lv} Ces études sont citées par Clément R., « Les missions spécifiques : expertise psychiatrique en garde à vue », in *L'intervention du médecin en garde à vue*, sous la direction de Patrick Chariot, Paris, 2006, p 695-699.

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 à l'instant T, 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: autrement dit, leur choix était avant tout guidé par l'issue institutionnelle possible, et ce d'autant plus qu'ils étaient convaincus qu'un examen psychiatrique avait lieu avant la comparution immédiate, du fait des enquêtes sociales - ce qui n'était pas le cas. On voit ici comment, selon 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 GAV(23).

Dans la continuité de ces questions, les indications de la Conférence de consensus touchent au problème de la nécessité de demander une expertise après la GAV, ce qui montre, encore une fois, l'exigence d'aller au-delà d'une simple évaluation de la présence ou pas d'un danger imminent pour le gardé à vue, au moment de la garde à vue. Le guide de bonne pratique pour l'intervention du médecin en GAV (105), qui a été publié en 2009, souligne l'importance de distinguer une expertise psychiatrique d'un examen de compatibilité avec la GAV, 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 GAV et, en tenant compte du fait que les spécialistes, comme, par exemple les experts, ne partagent pas les mêmes points de vue.

L'intégration des pratiques des intervenants en GAV dans un réseau en lien avec une 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 nationale, elles devraient être transparentes.

iv. Les difficultés matérielles de la GAV: sale boulot et variété des organisations

Il semble que la question de l'intervention médicale en GAV 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 GAV à Lille serait fortement fragilisé.

Le caractère de «sale boulot^{lvi}» que l'intervention en GAV peut représenter, et qui ressort de nos entretiens, évoque les travaux qui ont été réalisés en sociologie des professions par E. Hughes (111). Avec le terme de «dirty work», E. Hughes (111) 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

^{lvi} Un des participants à notre enquête utilise cette expression.

peuvent, au contraire, être méprisés à cause de leur travail^{vii}. 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 GAV, le caractère « sale » du travail que l'intervenant réalise ne peut qu'être intensifié. Selon Jean Peneff (112) « le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de statut »^{lviii} entre les personnes qui travaillent dans un même domaine, dans notre cas celui de la santé mentale. Cela fait partie d'un processus identitaire d'accomplissement de soi^{lix} et d'une dynamique de relations de classe avec les autres. Dans notre cas précis, le travail en GAV 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 par la justice, un rôle que plusieurs psychiatres refusent^{lx}.

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 éthiques et professionnelles liées à ces interventions. Il nous semble que les adosser à un réseau structuré, appuyé dans l'idéal sur une unité de médecine légale, pourrait cependant faciliter cette mobilisation.

^{lvii} En France, la sociologue AM Arborio a repris le concept de « dirty work », pour parler du travail des aides-soignants. AM ARBORIO « Les aides soignantes à l'hôpital : un travail invisible » Ed Syrios, 2001

^{lviii} Dans les pratiques les tâches considérées dégradantes sont confiées aux IDE et aux aides – soignants.

^{lix} Dans un article intitulé « Le travail et le soi » (1951), Hughes écrit que le « métier est l'un des éléments pris en compte pour porter un jugement sur quelqu'un et, certainement, l'un des éléments qui influence le plus la manière dont on se juge soi-même. [...] Le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi, et même de son destin dans son unique existence ». La question du prestige social divise les tâches du travail selon une logique qui n'est pas seulement technique mais morale et de réussite sociale.

^{lx} Nous pourrions penser aussi qu'il s'oppose à cette collaboration avec les forces de l'ordre qui, tout en pouvant avoir des aspects intéressants pour les questions que nous avons évoquées, peut aussi être dangereuse car elle peut renforcer pour le rôle normatif qui est propre de la psychiatrie.

Si nous mettons en regard la situation lilloise avec le système de repérage des troubles psychiatriques dans d'autres métropoles françaises, comme à Marseille ou à Paris, la différence est notable.

A Paris, *intra muros*, 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'UMJ privée d'Argenteuil intervient aussi dans certains commissariats du Nord de Paris. Les médecins légistes interviennent en premier ligne en GAV, lorsque l'officier de police judiciaire demande un examen de compatibilité avec la GAV, 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'infirmierie de la Préfecture de Police assurent un service continu 24 heures sur 24. Il y a aussi les psychiatres de l'UMPL (l'unité mobile de psychiatrie légale), qui ont organisé une astreinte, et qui se déplacent en garde à vue à la demande des autorités.

A Marseille pour une population de 862.000 habitants, lorsqu'un examen de compatibilité avec la GAV est demandé, l'OPJ s'adresse à l'Unité de médecine légale (UML) qui est chargée d'organiser des examens médicaux de *screening*. Les médecins légistes peuvent décréter eux-mêmes une hospitalisation psychiatrique avec levée de la GAV (ce qui, dans la pratique, n'arrive presque 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 SMPR des Baumettes, qui ne dépend *pas* de l'UML. Notons que les membres de l'UML sont rémunérés à titre statutaire ; la permanence psychiatrie/justice est rémunérée à l'acte sur une enveloppe du ministère de la Justice. Cette permanence est composée de 15-20 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 8h30-20h30. Le reste du temps, l'avis psychiatrique est adressé directement aux urgences psychiatriques.

Lille est certes une ville plus petite que Marseille et Paris: elle compte 232.8000 habitants - auxquels il faut néanmoins 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. Nous pouvons en conclure que 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 plus part des intervenants sont réquisitionnés, à la dernière minute, aux urgences ou travaillant pour SOS médecins et changent, par conséquence, tout le temps.

Notre enquête nous a néanmoins 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. Ces constatations nous permettent de pointer le fait que la GAV 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 GAV : 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, A Lille, tout comme à Marseille et à Paris, le premier *screening* des troubles psychiatriques est réalisé par des officiers de police, qui à Lille, ne sont pas formés en santé mentale, nous ignorons si cela est le cas à Marseille et à Paris. Ce repérage se fait sur la base de l'analyse du comportement ou de la présence de symptômes psychiatriques florides. Il est important de souligner que, d'après notre étude, les forces de

l'ordre, à Lille, semblent bien disposées à échanger avec des psychiatres, mais ne considèrent pas avoir besoin d'une formation spécifique en psychiatrie.

b) La filière GAV-CI

- i. La CI: une procédure qui touche les populations en grande précarité et qui privilégie l'incarcération

Concernant la filière GAV-CI, notre étude a permis de mettre en évidence que l'ensemble du dispositif GAV-CI amène à présenter le mis en cause, face au tribunal, dans un contexte généralisé de manque de temps et de charge de travail élevée. Il est important de souligner que la clarté judiciaire d'un fait (par exemple, la preuve de son existence attestée par un état de flagrance) ne recouvre pas nécessairement la simplicité du cas en termes de situation socio-économique ou psychologique de la personne visée

L'audience en CI 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 (113–115).

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 (116) 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 CI. 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 (117). 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 (118), 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.

Enfin, les études menées par Douilliet (119) et al. et par Léonard (120) 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 (119).

ii. Les facteurs institutionnels de cette situation et leurs effets

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 » (121). Le nombre de CI est passé de 29 000 affaires en 1985 à 31 693 en 2001 et à 46 601 en 2005^{lxi}, 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 CI (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 (103). Notons que l'augmentation des entrées en prison à partir de 2002 jusqu'à 2008 au moins^{lxii} est directement liée à cet usage massif de la CI. Selon une étude (122) 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% (123). Les comparutions immédiates représentaient 25,8% des

^{lxi} Cette augmentation des CI s'est faite en même temps qu'une augmentation des affaires traitées par le tribunal correctionnel (de 58% en 1975 à 79 % en 2006) et d'une diminution tout aussi significative des affaires traitées par le juge d'instruction (de 9,7% en 1975 à 4,3 aujourd'hui. Nous renvoyons à la lecture de C-O Doron, Prison, maladie mentale et grande précarité comment réduire les incarcérations ? Rapport de la mission exploratoire MDM-PACA : « Evitement des incarcérations », novembre 2011-juin 2012, menée à Marseille, p. 30.

^{lxii} Alors qu'elles avaient connu une baisse entre 1996 et 2001. Ces données sont citées par C-O Doron, Prison, maladie mentale et grande précarité comment réduire les incarcérations ? Rapport de la mission exploratoire MDM-PACA : « Evitement des incarcérations », novembre 2011-juin 2012, menée à Marseille, p. 30.

est devenue une procédure d'abattage, pourvoyeuse d'incarcération de personnes précarisées » qui « ne permet pas d'avoir une connaissance suffisante des pathologies mentales du prévenu ».

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 GAV et de la CI 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.

iii. L'absence de consensus sur les solutions proposées

Les pratiques peuvent être améliorées par une volonté de changement ainsi que par le développement des alternatives à l'incarcération pour la population précaire et qui présente des troubles psychiatriques

Pour réaliser cela, il faudrait tout d'abord que « l'on soit sorti de la fausse équation : prison=répression versus absence de prison=laxisme » (23), ce qui est une position politique de la société. Malgré le nombre très élevé de peines d'incarcération qui, comme nous l'avons vu, sont imparties en France : « la mise en accusation du corps des magistrats (...) constitue l'une des rhétoriques favorites des représentants du lobby sécuritaire, qu'il s'agisse d'élus,

d'organisations ou de personnalités diverses» (126,127) . Les magistrats sont soumis à une grande pression de la part de l'opinion publique.

Les médecins ne sont pas tous convaincus que les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques sévères, et qui vivent dans la grande précarité, ne doivent pas se retrouver en prison. Magistrats, ainsi que les autorités politiques, à l'échelle locale et nationale, ne convergent pas tous sur la nécessité de réduire la population carcérale. La conviction que la prison ne peut pas être un lieu de soin et que la population précaire et, qui souffre d'un problème de santé mentale, n'a pas sa place dans un milieu fermé n'est pas unanimement partagée. Le phénomène de « revolving door » qui coûte cher à la société, engorge le système judiciaire sans avoir un impact sur la récidive ni sur l'amélioration de la prise en charge médicale, et qui exaspère les soignants et les surveillants de prison n'est pas pris en compte. Les forces de police doivent pouvoir voir une utilité aux alternatives à la prison ferme et ne pas interpréter ces alternatives comme un système qui garantit une forme d'impunité pour cette population. Ce consensus est loin d'avoir été atteint en France. Lille ne nous a pas paru une exception.

Malgré tout, les magistrats, les forces de l'ordre et les psychiatres ont insisté sur la nécessité d'intensifier les échanges avec les psychiatres. Ils se sont montrés particulièrement disponibles pour répondre à nos questions, cette disponibilité nous a paru faire preuve d'une volonté de créer un dialogue entre les différents partenaires et en particulier avec les psychiatres.

c) Un exemple d'alternative à l'incarcération

En 2011, à l'initiative du Dr V. Girard, psychiatre qui dirigeait à Marseille une équipe mobile psychiatrie-précarité et était à l'origine d'une expérimentation du programme Un chez-soi d'abord pour les personnes en grande précarité présentant des troubles psychiatriques sévères, Médecins du Monde a proposé la mise en place d'un dispositif pour réduire les incarcérations de personnes en grande précarité et présentant des troubles psychotiques graves. Selon le concepteur du projet le constat, étayé par les diverses études nationales et internationales sur le sujet, était que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères et en situation de grande précarité subissent de fait une double discrimination: en tant que personnes sans domicile, elles ne bénéficient pas des garanties de représentation qui leur permettraient de faire jouer leur délai de droit en CI sans se retrouver automatiquement en prison; et la présence de troubles psychiatriques, sans solution de recours facile en milieu ouvert, conduit en outre les juges à les envoyer en prison. Le souhait du concepteur du projet consistait à trouver une solution qui les place en situation équivalente avec les autres justiciables, qui bénéficieraient de garantie de représentation et ne seraient pas pénalisés par leur état de santé mentale. A partir de ce constat, un projet pilote a été conçu. Il devrait voir le jour en janvier 2020 alors qu'il a été conçu en 2012 puis réélaboré en 2017, ce qui démontre, d'après un psychiatre investi dans ce programme, que s'investir dans un changement et changer les pratiques est difficile. Ce dispositif est né avec l'objectif précis de ne pas se présenter comme une alternative aux poursuites, qui annulerait la possibilité d'un procès et contournant les garanties importantes que représente le filtre judiciaire, mais bien comme une alternative à la détention provisoire et à la détention tout court, avec maintien du procès (sauf dans les cas d'irresponsabilité pénale établie). Les concepteurs du projet ne souhaitaient pas sortir du droit commun. Il s'agissait de corriger une situation de discrimination de fait déjà existante et non pas de créer une filière parallèle. Il s'agissait de placer ces sujets dans le droit commun, en leur donnant la possibilité de bénéficier, comme tous les autres justiciables, du délai de droit qui existe en CI, et de pouvoir le faire sans se retrouver en prison. L'idée était aussi que, de cette manière, pendant le temps de prise en charge en milieu ouvert avant le

procès, les équipes puissent amorcer un début de prise en charge et de réinsertion, qui rassure le juge sur la possibilité, en cas de condamnation, de recourir à une alternative à la détention comme la contrainte pénale, qui était alors en discussion, mais qui ne bénéficierait jamais à ce type de sujets si aucun dispositif n'était pensé. Si, au moment du jugement, le juge souhaite malgré tout placer la personne en détention, elle le fera en connaissance de cause, et non faute d'autres possibilités. Le filtre juridique devait être maintenu en tant que garantie d'un traitement équitable, par rapport au reste de la population ainsi qu'en tant que garantie du respect des droits de chacun, y compris du prévenu. Le système juridique « est surtout un filtre qui fait que, théoriquement, seules les infractions caractérisées, et non pas des comportements déviants, sont pris en compte et condamnés. Tandis que déplacer le curseur en amont du procès, vers les alternatives aux poursuites, la GAV ou l'interpellation, c'est courir le risque d'ôter ces filtres et d'ouvrir la voie à tout un ensemble de dispositifs qui, au nom du « soin », de la bienveillante attention aux fragilités des uns et des autres, sanctionnent sans juger et intègrent des personnes dans des dispositifs plus ou moins indéterminés» (23).

Les concepteurs du projet ont répertorié les différents modes d'alternatives à la prison, les prebooking et les postbooking programmes qui existent à l'étranger^{lxv} et notamment au Canada et aux États-Unis, mais le dispositif qui veut être mis en place à Marseille ne s'inspire pas d'un de ces projets en particulier, car il s'inscrit dans la spécificité du droit français, et en particulier, de la possibilité de demander un délai de droit de quatre mois pour préparer sa défense en CI, ainsi que du risque de détention préventive, en cas d'absence de garanties de représentation. Il vise aussi à jouer sur les aménagements de peine. Le cœur du projet est de faire jouer le délai de droit de quatre mois (renouvelable une fois), selon l'art. 132-70-1 de la

^{lxv} Les dispositifs de «prebooking» concernent la période antérieure à la garde-à-vue: il s'agit d'éviter que les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères et vivant à la rue se retrouvent en garde-à-vue inutilement, soit en facilitant les contacts entre psychiatres et policiers, soit en développant des lieux à bas seuil où les policiers peuvent apporter les personnes qui présentent ce type de profil, plus facilement qu'aux urgences psychiatriques. Les dispositifs de «postbooking» concernent la période postérieure à l'interpellation et décrivent les différentes alternatives visant à réduire les incarcérations des personnes présentant ce type de profil, soit à travers des alternatives aux poursuites, des cours spécialisées, ou des dispositifs en milieu ouvert, articulant suivi individualisé, logement individuel (ou collectif) et appui médical et social.

loi du 15 août 2014, pour expérimenter un dispositif pluridisciplinaire en milieu ouvert qui puisse jouer comme une alternative à la détention provisoire pour ce type de public et qui puisse permettre aux magistrats d'opter pour une alternative à la prison ferme. A l'issue de la GAV, les mis en cause, qui doivent passer en CI, sont transférés au dépôt, le matin, en attendant le jugement, les audiences commençant vers 14h00. Les travailleurs sociaux d'une association locale, qui auront bénéficié d'une formation en psychiatrie, mèneront une petite enquête qui porte sur trois questions : le mis en cause a-t-il un logement, bénéficie-t-il d'un emploi et présente-t-il un problème de santé mentale ? Leurs réponses seront adjointes au dossier pénal du Procureur avec l'objectif que cela puisse peser dans la décision des magistrats. On proposera à ceux qui présentent un profil d'une personne qui vit dans la grande précarité et qui souffre de troubles psychiatriques l'option de rentrer dans ce nouveau dispositif, qui prévoit la possibilité d'avoir accès à un logement et à un suivi social et psychiatrique. Ceux qui donneront leur consentement éclairé devront s'engager à y rester pendant 2 ans, sauf s'ils ont été acquittés de toute charge ou si leur peine se termine plus tôt. Si leur peine est plus longue de deux ans, ils basculeront vers leur secteur psychiatrique, après avoir bénéficié de ce suivi spécialisé pendant deux ans. « Ce dispositif vise à réduire les facteurs qui jouent comme autant de discriminations au moment de l'audience, de montrer qu'une exécution des peines en milieu ouvert est possible dans le cas où la personne serait condamnée, et d'éviter ainsi le recours à la prison par défaut » (23). Si la personne sort libre de toute obligation, elle aura évité la détention provisoire et elle aura commencé un projet de réinsertion sociale et un suivi médical.

Le risque majeur que ce projet pilote comporte est que les membres du Parquet et les juges voient dans ce dispositif un moyen de contrôler une population précarisée, mais l'expérimentation proposée est, de fait, très attentive à ce risque. Les concepteurs insistent sur le fait que le programme doit s'appliquer d'abord à une population bien définie (les personnes avec des troubles psychotiques sévères et en grande précarité) et être évaluée qualitativement (en particulier par les personnes concernées). Comme le souligne en outre un des concepteurs

du projet, une telle expérimentation n'a de sens que s'il y effectivement une volonté des autorités publiques, le Parquet au premier chef, de réduire le taux d'incarcération, sans quoi ces « alternatives » aux incarcérations contribuent en fait à la croissance de la population sous-main de justice, sans réduire les incarcérations (23).

d) Points positifs de l'étude :

Nous avons proposé un examen de l'ensemble de la chaîne garde à vue - comparution immédiate telle qu'elle est organisée à Lille, en étudiant le versant psychiatrique, policier, judiciaire. Il s'agit, à notre connaissance, de la seule étude menée à Lille sur cette question, ce qui apporte un nouvel éclairage sur une filière qui pose énormément de difficultés et qui est pourtant méconnue.

Nous avons utilisé une approche qualitative qui permet d'obtenir une richesse de contenu et de points de vue, à laquelle une étude quantitative n'aurait pas permis d'avoir accès.

Les différents intervenants dans la filière garde à vue-comparution immédiate à Lille ont montré leur disponibilité en nous dédiant de temps pour répondre à nos questions, et cela malgré leur charge de travail, ce qui montre un véritable intérêt pour le sujet.

e) Les limites de l'étude

Le seul psychiatre qui intervient régulièrement à Lille n'a pas jamais donné suite à notre demande de participer à notre étude. Nous avons demandé au Dr X d'accepter de répondre aux demandes de notre enquête car il nous a paru indispensable de discuter avec lui autour des modalités dans lesquelles son travail se déroule en GAV, sur le contenu de l'examen de

comptabilité qu'il rédige à la demande des autorités judiciaires et policières, sur la difficulté ou la facilité d'intervenir en tant que seul (ou presque seul) psychiatre sur une population qui est très nombreuse et sans l'appui d'un dispositif de référence. Nous avons contacté, à plusieurs reprises sa secrétaire, sans qu'il donne suite à nos appels. Nous l'avons contacté par mail, par lettre et nous nous sommes personnellement présentée dans son service où il exerce en tant que chef de pôle. Il nous avait alors promis de nous accorder un entretien, ce qu'il n'a malheureusement pas pu faire. Il n'avait peut-être pas le temps; ce qui est tout à fait compréhensible, même si nous le regrettons pour notre recherche.

L'étude a été conduite par une seule personne. Nous avons personnellement réalisé tous les entretiens.

Il aurait fallu élargir le périmètre des interviewés : nous avons interviewé un commissaire de police, mais il aurait été utile d'interviewer plusieurs officiers de police. Il aurait été utile de discuter avec des avocats et avec les enquêteurs qui mènent les enquêtes sociales pour le Tribunal de Grande Instance.

Il serait également nécessaire d'élargir ce type d'étude empirique et séquentielle sur la phase post-sentencielle afin d'avoir une vision complète du système qui, dès l'interpellation de la part de la police amène une personne en prison et puis, dans un deuxième temps, qui de la sortie de prison la conduit à nouveau vers la société.

Une étude quantitative à Lille pour objectiver le profil de la population qui passe dans la filière GAV-CI pourrait également être un complément à notre enquête, notamment sur les motifs et les antécédents d'incarcération ainsi que leur devenir à la sortie de prison. .

7) Conclusion

Ce travail a permis de connaître et de comprendre le fonctionnement du système de garde à vue et de comparution immédiate à Lille. Les entretiens menés ont été source de beaucoup de renseignements et les différents intervenants n'ont pas hésité à nous faire part de leurs difficultés et des limites de leur rôle. Une réflexion pluridisciplinaire, associant officiers de police, médecins, magistrats, associations, ministères pourrait permettre de mettre en place des alternatives à la prison aux personnes marginalisées présentant des troubles psychiatriques.

A Lille ce débat s'est déjà amorcé avec des réunions entre des psychiatres travaillant dans le milieu pénitentiaire, des psychiatres communautaires et un responsable du programme « un chez soi d'abord » de Lille qui propose à des personnes précaires et souffrant de troubles psychiques sévères un logement.

8) Bibliographie

1. Statistiques de la population détenue et écrouée [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-et-ecrouee-32111.html>
2. SPACE - Statistiques Pénales Annuelles du Conseil de l'Europe [Internet]. Prisons et sanctions et mesures appliquées dans la communauté. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/prison/space>
3. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 21 août 2006;6:33.
4. Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. *Encéphale - Vol 30 - N° 6 - P 525-31* [Internet]. 17 févr 2008 [cité 28 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/83294>
5. Lukaszewicz M, Blecha L, Falissard B, Neveu X, Benyamina A, Reynaud M, et al. Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcohol Clin Exp Res*. janv 2009;33(1):160-8.
6. Nacher M, Ayhan G, Arnal R, Basurko C, Huber F, Pastre A, et al. High prevalence rates for multiple psychiatric conditions among inmates at French Guiana's correctional facility: diagnostic and demographic factors associated with violent offending and previous incarceration. *BMC Psychiatry*. 29 2018;18(1):159.
7. Duhamel A, Renard JM, Nuttens MC, Devos P, Beuscart R, Archer E. Social and health status of arrivals in a French prison: a consecutive case study from 1989 to 1995. *Rev Epidemiol Sante Publique*. juin 2001;49(3):229-38.
8. Baranyi G, Cassidy M, Fazel S, Priebe S, Mundt AP. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. *Epidemiol Rev*. 2018;40(1):134-45.
9. Binswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Booth RE, Elmore JG. Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *Am J Public Health*. mars 2010;100(3):476-82.
10. BUTLER T, INDIG D, ALLNUTT S, MAMOON H. Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug Alcohol Rev*. mars 2011;30(2):188-94.
11. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):871-81.
12. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):871-81.
13. Fazel S, Xenitidis K, Powell J. The prevalence of intellectual disabilities among 12000 prisoners — A systematic review. *Int J Law Psychiatry*. août 2008;31(4):369-73.
14. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. mai 2012;200(5):364-73.
15. Fovet T, Plancke L, Thomas P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Ment*. 27 avr 2018;227.

16. Caria A, Roelandt J-L, Bellamy V, Vandeborre A. « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) » : Présentation de La méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*. janv 2010;36(3):1-6.
17. DRASS PACA. Santé Mentale en Population Générale : Images et réalités dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Infostat_9.pdf
18. Roelandt J-L, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden B, Defromont L. La santé mentale en population générale : Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. *Inf Psychiatr*. 1 déc 2003;79(10):867-78.
19. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-449.html>
20. Avenue HRW | 350 F, York 34th Floor | New, t 1.212.290.4700 N 10118-3299 U|. Double peine | Conditions de détention inappropriées pour les personnes présentant des troubles psychiatriques dans les prisons en France [Internet]. Human Rights Watch. 2016 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriées-pour-les-personnes-presentant>
21. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? - Sénat [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html>
22. The Lancet. Mental health care in French prisons. *The Lancet*. avr 2016;387(10028):1592.
23. Doron C-O. Prisons, maladie mentale et grande précarité: comment réduire les incarcérations? Rapport de la mission exploratoire MDM-PACA « Evitement des incarcération ». 2011 2012.
24. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi - Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen [Internet]. Ministère de la santé et des sports; [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000014/index.shtml>
25. Belcher JR. Are jails replacing the mental health system for the homeless mentally ill? *Community Ment Health J*. 1988;24(3):185-95.
26. Greenberg G. Jail Incarceration, Homelessness, and Mental Health: A National Study. *Psychiatr Serv*. 1 févr 2008;59(2):170.
27. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS Med*. 2 déc 2008;5(12):e225.
28. Hall S, Burt M, Roman CG, Fontaine J. Reducing the Revolving Door of Incarceration and Homelessness in the District of Columbia: Population Overlaps [Internet]. Test accounts; 2009. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1037/e726102011-001>
29. Kushel MB, Hahn JA, Evans JL, Bangsberg DR, Moss AR. Revolving Doors: Imprisonment Among the Homeless and Marginally Housed Population. *Am J Public Health*. oct 2005;95(10):1747-52.
30. Metraux S, Culhane DP. Recent Incarceration History Among a Sheltered Homeless Population. *Crime Delinquency*. juill 2006;52(3):504-17.
31. Snow DA, Baker SG, Anderson L. Criminality and Homeless Men: An Empirical Assessment. *Soc Probl*. déc 1989;36(5):532-49.

32. Gelberg L, Linn LS, Leake BD. Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *Am J Psychiatry*. févr 1988;145(2):191-6.
33. Justice : prévention de la récidive et individualisation des peines - Sénat [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201406/justice_prevention_de_la_recidive_et_individualisation_des_peines.html
34. Cazenave N, Munoz G. Organiser la sortie de détention de la prison vers le logement- Rapport d'étude du Cerema [Internet]. 2017 mai [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/06/etude_sortant_de_detention_vf_060617-1.pdf
35. Beaurepaire C de. À propos de la prévention de la dangerosité psychiatrique chez les sortants de prison : intérêt d'une consultation extra-pénitentiaire. *Perspect Psy*. 2005;Vol. 44(3):219-25.
36. Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France [Internet]. 2004 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>
37. Laporte A, Vandentorren S, Détrez M-A, Douay C, Le Strat Y, Le Méner E, et al. Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. févr 2018 [cité 29 août 2019];15(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858310/>
38. Pierre S. Santé mentale et déterminants sociaux. *L'Encéphale*. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):27-32.
39. Bujon T, Doulens C, Le Naour G. Aux frontières de la médecine [Internet]. *Archives Contemporaines*; [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/16675>
40. Nakatani Y, Hasuzawa S. [Changing Forensic Mental Health in France: A Review]. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2015;117(7):505-18.
41. Protais C, Moreau D. 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. *Champ Pénal* [Internet]. 3 mars 2009;(Vol. VI). Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.4000/champpenal.7557>
42. Bérard J, Chantraine G. la carcéralisation du soin psychiatrique. *Vacarme*. 2008;n° 42(1):91-4.
43. Brahmy B. Psychiatrie et prison. *Etudes*. 2005;Tome 402(6):751-60.
44. Macheret-Christe, Gravier. Schizophrénie et prison. :19.
45. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Medico-Psychol - ANN MEDICO-PSYCHOL*. 1 déc 2006;164:818-27.
46. Salas D. La responsabilisation des fous criminels à l'ère néolibérale. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;Volume 88(6):423-9.
47. Jean T. Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels ? [Internet]. Toulouse: ERES; 2009. 178 p. (Les dossiers du JFP). Disponible sur: <https://www.cairn.info/faut-il-juger-et-punir-les-malades-mentaux-crimine--978274921094.htm>
48. Protais C. Sous l'emprise de la folie ? [Internet]. Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales; 2016. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.4000/books.editionsehess.8946>

49. Protais C. Psychiatric care or social defense? *Int J Law Psychiatry*. janv 2014;37(1):17-24.
50. Gautron V. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines* [Internet]. 10 mars 2016 [cité 28 août 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3195>
51. Dubret G. La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? *Inf Psychiatr*. 2006;82(8):663-8.
52. Oshinsky D, Maupas C. Aux États-Unis, déraison rime avec prison. *Books*. 8 août 2019;N° 98(6):54-9.
53. Thomas P, Fovet T, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire, entre nécessité et ambiguïté. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2015;173(4):348-51.
54. Mundt AP, Chow WS, Arduino M, Barrionuevo H, Fritsch R, Giralá N, et al. Psychiatric Hospital Beds and Prison Populations in South America Since 1990. *JAMA Psychiatry*. 1 févr 2015;72(2):112.
55. Ailam L, Rchidi M, Tortelli A, Skurnik N. Le processus de désinstitutionnalisation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2009;167(6):455-8.
56. Wacquant L. L'ABERRATION CARCERALE [Internet]. *Liber*; 1999 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <http://libertaire.free.fr/Wacquant03.html>
57. Kalapos MP. Penrose's law: reality or fiction? Mental health system and the size of prison population – international overview. *Orv Hetil*. juill 2009;150(28):1321-30.
58. Wacquant L. Punishing the Poor [Internet]. *Duke University Press*; [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.dukeupress.edu/punishing-the-poor>
59. Toutlemonde F. Les établissements de santé - Édition 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>
60. Allison S, Bastiampillai T, Licinio J, Fuller DA, Bidargaddi N, Sharfstein SS. When should governments increase the supply of psychiatric beds? *Mol Psychiatry*. 11 juill 2017;23(4):796-800.
61. Lamb HR, Weinberger LE. Rediscovering the Concept of Asylum for Persons with Serious Mental Illness. *J Am Acad Psychiatry Law*. mars 2016;44(1):106-10.
62. Sisti DA, Segal AG, Emanuel EJ. Improving Long-term Psychiatric Care. *JAMA*. 20 janv 2015;313(3):243.
63. PENROSE LS. MENTAL DISEASE AND CRIME: OUTLINE OF A COMPARATIVE STUDY OF EUROPEAN STATISTICS. *Br J Med Psychol*. mars 1939;18(1):1-15.
64. Lamb HR. Does Deinstitutionalization Cause Criminalization? *JAMA Psychiatry*. 1 févr 2015;72(2):105.
65. Moreau-Christophe LM (1799-1881) A du texte. Défense du projet de loi sur les prisons contre les attaques de ses adversaires, par M. Moreau-Christophe,... - Appendice. [N° 1. Voies et moyens. N° 2. Travail cellulaire, par M. Guillot père. N° 3. Folie pénitentiaire, par M. Lélut. N° 4. Effets comparés du régime de la vie en commun et du régime de la vie cellulaire. N° 5. Note du Dr Baillarger sur les cas de folie dans les prisons. N° 6. Lettre de M. Moreau-Christophe au directeur

- de la « Revue de législation » sur les faussetés contenues dans le n° de mars 1844.] [Internet]. 1844 [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k64613769>
66. Colin (Henri dr), Colin (Henri dr). Colin (Henri, dr.). Les aliénés dans les prisons (Aliénés méconnus et condamnés),. Paris; 1902.
 67. Harcourt BE. Repenser le carcéral à travers le prisme de l'institutionnalisation : Sur les liens entre asiles et prisons aux États-Unis. *Champ Pénal* [Internet]. 11 juin 2008;(Vol. V). Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.4000/champpenal.7560>
 68. Author N. Séminaire du GERN « Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité » (2008-2009) [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/4583>
 69. Ben Amor L. Loïc Wacquant. Les prisons de la misère. *Rev Trace*. 5 sept 2018;(40):65.
 70. Raoult S, E. Harcourt B. The Mirror Image of Asylums and Prisons: An International Study. *SSRN Electron J*. 1 janv 2014;
 71. Chantraine G, Christie N. L'industrie de la punition: prison et politique penale en Occident. *Rev Fr Sociol*. avr 2004;45(2):396.
 72. Barbui C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 31 juill 2018;12(1). Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-018-0223-1>
 73. Amaddeo F, Barbui C, Tansella M. State of psychiatry in Italy 35 years after psychiatric reform. A critical appraisal of national and local data. *Int Rev Psychiatry*. août 2012;24(4):314-20.
 74. Barbui C, Tansella M. Thirtieth birthday of the Italian psychiatric reform: research for identifying its active ingredients is urgently needed. *J Epidemiol Community Health*. 1 déc 2008;62(12):1021-1021.
 75. D'Avanzo B, Barbato A, Barbui C, Battino RN, Civalenti G, Frattura L. Discharges of Patients from Public Psychiatric Hospitals in Italy between 1994 and 2000. *Int J Soc Psychiatry*. mars 2003;49(1):27-34.
 76. D'Avanzo B, Frattura L, Barbui C, Civalenti G, Saraceno B. The Qualyop Project 1: Monitoring the Dismantlement of Italian Public Psychiatric Hospitals Characteristics of Patients Scheduled for Discharge. *Int J Soc Psychiatry*. juin 1999;45(2):79-92.
 77. de Girolamo G, Cozza M. The Italian Psychiatric Reform. *Int J Law Psychiatry*. mai 2000;23(3-4):197-214.
 78. de Girolamo G, Bassi M, Neri G, Ruggeri M, Santone G, Picardi A. The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2 janv 2007;257(2):83-91.
 79. Ferrannini L, Ghio L, Gibertoni D, Lora A, Tibaldi G, Neri G, et al. Thirty-Five Years of Community Psychiatry In Italy. *J Nerv Ment Dis*. juin 2014;202(6):432-9.
 80. Tansella M, Salvia D, Williams P. The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence. *Soc Psychiatry*. 1987;22(1):37-48.
 81. Tansella M, Williams P. The Italian experience and its implications. *Psychol Med*. mai 1987;17(2):283-9.

82. Corleone F. . Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari [Internet]. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.penalecontemporaneo.it/upload/Relazione%20Semestrale.pdf>
83. Carrà G, Giacobone C, Pozzi F, Alecci P, Barale F. Prevalence of mental disorder and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study. *Epidemiol Psichiatr Soc.* mars 2004;13(1):47-54.
84. Blüml V, Waldhör T, Kapusta ND, Vyssoki B. Psychiatric Hospital Bed Numbers and Prison Population Sizes in 26 European Countries: A Critical Reconsideration of the Penrose Hypothesis. *PLOS ONE.* 3 nov 2015;10(11):e0142163.
85. Ceccherini-Nelli A, Priebe S. Economic factors and psychiatric hospital beds – an analysis of historical trends. *Int J Soc Econ.* 2 oct 2007;34(11):788-810.
86. Steadman HJ, Monahan J, Duffee B, Hartstone E, Robbins PC. The Impact of State Mental Hospital Deinstitutionalization on United States Prison Populations, 1968-1978. *J Crim Law Criminol* 1973-. 1984;75(2):474.
87. Large MM, Nielssen Olav. The Penrose hypothesis in 2004: Patient and prisoner numbers are positively correlated in low-and-middle income countries but are unrelated in high-income countries. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* mars 2009;82(1):113-9.
88. Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, Martínez-Leal R, et al. Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv.* mai 2008;59(5):570-3.
89. Mundt AP, Frančišković T, Gurovich I, Heinz A, Ignatyev Y, Ismayilov F, et al. Changes in the Provision of Institutionalized Mental Health Care in Post-Communist Countries. *PLoS ONE.* 8 juin 2012;7(6):e38490.
90. Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Curr Opin Psychiatry.* mars 2002;15(2):187-92.
91. Lamb HR, Bachrach LL. Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatr Serv.* août 2001;52(8):1039-45.
92. Hartvig P, Kjelsberg E. Penrose's Law revisited: The relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. *Nord J Psychiatry.* janv 2009;63(1):51-6.
93. Diniz D, Kinoshita R. Penrose hypothesis and ethical implications. *Dev World Bioeth.* 1 déc 2015;15:iii-iii.
94. Vidal C, Lepresle A, Chariot P. Self-reported Mental Health Issues Among Arrestees in the Paris, France Area. *J Forensic Sci.* juill 2017;62(4):947-52.
95. Lepresle A, Vidal C, Mairesse E, Chariot P. Unfitness for Detention Among Arrestees with Suspected Mental Disorders in Paris, France. *J Forensic Sci.* mai 2017;62(3):715-21.
96. Delpla PA. Importance et pièges des réquisitions en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 déc 2006;164(10):864-7.
97. Gautron V. L'impact des préoccupations managériales sur l'administration locale de la justice pénale française. *Champ Pénal* [Internet]. 21 janv 2014 [cité 29 août 2019];(Vol. XI). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/champpenal/8715>
98. Weber F, Beaud S. Guide de l'enquête de terrain. *La Découverte.*

99. Chariot P. L'intervention du médecin en garde à vue [Internet]. 2006 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.editions-dalloz.fr/l-intervention-du-medecin-en-garde-a-vue.html>
100. Gilard-Pioc S, Dang-Hauter C, Denis C, Boraud C, Chariot P. Personnes placées en garde à vue en Seine-Saint-Denis : données médicales et situations à risque, étude descriptive. *Presse Médicale*. 1 sept 2013;42(9, Part 1):e293-9.
101. Merey J. Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue : intérêt d'une formation pratique via la simulation en santé. 2017 [cité 5 sept 2019]; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931901>
102. Vidal C. Psychiatrie en garde à vue: examen du comportement et place d'une démarche de soins [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
103. Justice / Portail / Chiffres clés de la Justice [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/chiffres-cles-de-la-justice-10303/>
104. Conférence de consensus. Intervention du Médecin auprès des Personnes en Garde à Vue [Internet]. 2004 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Garde_vue_long.pdf
105. Guide de bonnes pratiques, relatif à l'intervention du médecin en garde à vue [Internet]. Ministère de la santé et des sports; [cité 4 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_juillet_2009_Intervention_du_medecin_en_GAV_-_09-07-29-Guide_IMGAV.pdf
106. Zagury D. L'expertise psychiatrique pénale : une honte française [Internet]. *Gazette du Palais*. [cité 19 août 2019]. Disponible sur: <https://www.gazette-du-palais.fr/actualites-professionnelles/11836/>
107. Norfolk GA. 'Fitness to be interviewed'--a proposed definition and scheme of examination. *Med Sci Law*. juill 1997;37(3):228-34.
108. Chan J, Hudson C, Sigafos J. A preliminary study of offenders with intellectual disability and psychiatric disorder. *Ment Health Asp Dev Disabil*. 1 oct 2003;6:147-52.
109. Bucke T, Brown D. In police custody: police powers and suspects' rights under the revised PACE codes of practice. London: Home Off; 1997. 91 p. (Home Office research study).
110. Fiander M, Bartlett AE. Missed « psychiatric » cases? The effectiveness of a Court Diversion Scheme. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. déc 1997;32(6):715-23.
111. Hughes EC. Good People and Dirty Work. *Soc Probl*. 1 juill 1962;10(1):3-11.
112. Peneff J. L'Hôpital en urgence [Internet]. Paris: Editions Métailié; 1992. 262 p. (Leçons De Choses). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-hopital-en-urgence--9782864241157.htm>
113. Herpin N. L'application de la loi : deux poids, deux mesures, Paris, Éditions du Seuil, 1977, 179 p. [Internet]. Editions du seuil. 1977 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/outils/bibliographie/consultation/ouvrages/70867/>
114. Jobard F, Névanen S. La couleur du jugement. Discriminations dans les décisions judiciaires en matière d'infractions à agents de la force publique (1965-2005). *Rev Fr Sociol*. 2007;48(2):243-72.
115. Aubusson de Cavarlay bruno. Hommes, peines et infractions : la légalité de l'inégalité, [Internet]. 1985 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://criminocorpus.org/fr/outils/bibliographie/consultation/ouvrages/90981/>

116. Comparutions immédiates à Lyon, Rapport n°2, Audiences suivies du 1er Janvier au 31 Décembre 2008. Conseil Lyonnais pour le respect des droits;
117. Castex P, Welzer-Lang D. Comparutions immédiates : quelle justice ? [Internet]. Paris: ERES; 2012 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.editions-eres.com/ouvrage/2862/comparutions-immmediates-quelle-justice>
118. Gautron V, Retière J-N. Des destinées judiciaires pénalement et socialement marquées. 2013 [cité 5 sept 2019]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01076712>
119. Douillet A-C, Soubiran T, Léonard T, Yazdanpanah H. Logiques, contraintes et effets du recours aux comparutions immédiates. Etude de cinq juridictions de la Cour d'appel de Douai. [Internet]. 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; 2015 mars [cité 4 sept 2019]. Report No.: 11.45. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01150982>
120. Léonard T. De la « Politique publique » à la pratique des comparutions immédiates : une sociologie de l'action publique au prisme des configurations locales et nationale. 13 mai 2014 [cité 5 sept 2019]; Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01159280>
121. Barbier G, Demontès C, Lecerc J-R, Michel JP. Rapport d'information du Sénat, n°434, sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.pdf>
122. Gautron V, Rétière J-N. La justice pénale est-elle discriminatoire ? Une étude empirique des pratiques décisionnelles dans cinq tribunaux correctionnels. 13 déc 2013 [cité 2 sept 2019]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01075666>
123. MUCCHIELLI L. Les comparutions immédiates au TGI de Nice : la prison comme unique réponse à une délinquance de misère ? Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé. janv 2014;1:207-26.
124. Rapport 2018 de la commission de suivi de la détention provisoire [Internet]. Ministère de la justice; [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <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>
125. CGLPL-rapport annuel d'activité 2018 [Internet]. Contrôleur général des lieux de privation de liberté; 2019 mars [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.cglpl.fr/2019/publication-du-rapport-dactivite-2018/>
126. Mucchielli L. Criminologie et lobby sécuritaire. Une controverse française. Lectures [Internet]. 24 mars 2014 [cité 2 sept 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/14069>
127. Saadaoui L. Laurent Mucchielli, dir., La frénésie sécuritaire. Retour à l'ordre et nouveau contrôle social. Paris, Éd. La Découverte, 2008. Quest Commun. 2009;15(1):477-80.

AUTEUR : Nom : D'Andrea

Prénom : Sara

Date de soutenance : 11 Octobre 2019

Titre de la thèse : Le système de repérage des troubles psychiatriques en garde à vue et dans la filière garde à vue comparution immédiate, à Lille. Une étude qualitative

Thèse - Médecine - Lille « 2019 »

Cadre de classement : *psychiatrie*

DES + spécialité : *psychiatrie*

Mots-clés : garde à vue, comparution immédiate, troubles psychiatriques, précarité.

Titre de la thèse : Le système de repérage des troubles psychiatriques en garde à vue et dans la filière garde à vue comparution immédiate, à Lille. Une étude qualitative

Contexte : En prison, la prévalence des troubles psychiatriques est à 4 à 10 fois supérieure à la population générale. La population y est aussi davantage marginalisée. La filière garde à vue comparution immédiate pourrait contribuer à ce phénomène.

Méthode : Une série d'entretiens semi dirigés a été réalisée avec les différents intervenants à Lille : policiers, médecins, juges, procureur afin de décrire leur rôle et leurs points de vue. 26 intervenants ont participé

Résultats : Les examens psychiatriques en garde à vue sont majoritairement réalisés par un seul médecin, qui le plus souvent mène des mini-expertises, dans des conditions difficiles, sur l'abolition du discernement, sans se prononcer sur la capacité du prévenu à se défendre en comparution immédiate. Les autres psychiatres concluent au simple maintien possible en garde à vue, sans rechercher une pathologie sous-jacente pouvant empêcher le prévenu de se défendre. La comparution immédiate amène à juger en urgence, sans enquête sociale approfondie et en se basant sur les conclusions d'examen de garde à vue, des personnes marginalisées sans garanties de représentations et sans soins, ce qui les conduit directement en prison, qui apparaît pour les juges comme une garantie d'accès aux soins et de sécurité. La nécessité d'une meilleure collaboration entre les intervenants ainsi qu'un renforcement des équipes médicales ont été soulignés. Des alternatives à la prison seraient davantage mieux acceptées par les médecins que la justice, soucieuse de prévenir le risque de récidive

Conclusion : Cette étude qualitative a mis en évidence des pratiques hétérogènes quant à la pratique des examens psychiatriques en garde à vue, nécessitant un nouveau consensus national. Ce type de parcours judiciaire s'inscrit dans un contexte d'augmentation du nombre de comparutions immédiates et cette filière est dénoncée dans plusieurs rapports comme source majeure d'emprisonnements, faute d'alternatives pour ce type de population.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs : Monsieur le Professeur Patrick Chariot

Monsieur le Professeur Renaud Jardri

Monsieur le Docteur Laurent Defromont

Directeurs de thèse : Monsieur le Professeur Patrick Chariot et

Monsieur le Maître de Conférences Claude-Olivier Doron