

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examen psychiatrique des personnes placées en garde à vue sur
réquisition judiciaire – État des lieux national des connaissances
des psychiatres**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2021 à 16h
au Pôle Recherche
par Joséphine SIMONET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur :

Monsieur le Docteur Thomas FOVET

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marion ECK

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. La garde à vue.....	7
a Définition.....	7
b Cadre légal.....	7
c Devenir pénal des personnes placées en garde à vue.....	8
d Droits des personnes gardées à vues.....	11
2. Intervention du médecin en garde à vue.....	12
a Réquisition judiciaire.....	13
b Recommandations nationales et rédaction du certificat médical.....	15
c Devenir du patient.....	20
d Intervention du psychiatre en garde à vue.....	22
e Recours au psychiatre en GAV à l'étranger.....	24
3. Santé mentale des personnes placées en garde à vue.....	26
a En France.....	26
b Santé mentale des personnes placées en GAV à l'étranger.....	28
4. Objectifs de l'étude.....	30
METHODES.....	32
1. Schéma d'étude.....	32
2. Population interrogée et recrutement.....	32
3. Questionnaire.....	33
4. Analyses.....	34
RESULTATS.....	36
1. Description de l'échantillon.....	36
a Données socio-démographiques.....	36
b Mode d'exercice.....	36
c Activité principale.....	37
d Expérience et formation en psychiatrie légale.....	37
2. Evaluation des connaissances des psychiatres : analyses descriptives.....	41
a Cadre légal de la réquisition (Questions 15 à 17).....	41
b Objectifs de la réquisition judiciaire (Questions 18 et 19).....	41
c Soins à prodiguer en garde à vue (Questions 20 et 23).....	42
d Destinataires du certificat médical et du compte-rendu de consultation établi sur réquisition (Questions 24 et 25).....	43
e Secret professionnel (Questions 21 et 22).....	44
f Score de performance de l'échantillon.....	46
3. Évaluation des connaissances des psychiatres : analyses comparatives.....	48
DISCUSSION.....	52
CONCLUSION.....	72
ANNEXE.....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	81

RESUME

INTRODUCTION. La santé mentale précaire des personnes placées en garde à vue (GAV) justifie la réalisation d'un examen psychiatrique de qualité, ainsi qu'une bonne connaissance de ses limites. L'objectif principal de ce travail consiste en une évaluation des connaissances des psychiatres sur les conditions de cet examen, ses objectifs et ses limites, ainsi que sur les règles de rédaction du certificat médical à délivrer à l'autorité judiciaire. L'objectif secondaire est de dégager les variables qui sont associées à la bonne connaissance de cet examen.

METHODES Nous avons établi un auto-questionnaire à destination de tous les psychiatres de France, diffusé par mail de février à mai 2021. Après description de l'échantillon, un score de performance, sur 12, a été calculé pour chacun des répondants. Les participants ayant un « haut score de performance » ont été comparés à ceux ayant un « bas score de performance » sur plusieurs critères : âge, expérience générale, formation en psychiatrie légale, expérience dans l'évaluation psychiatriques des personnes en GAV et estimation du niveau de compétence. Une analyse bivariée, puis une régression logistique ont été réalisées.

RESULTATS. Nous avons obtenu 183 réponses. Le cadre légal de la réquisition était globalement bien connu des psychiatres (> 70% de bonnes réponses), de même que l'application du secret professionnel (> 80% de bonnes réponses). Ce n'était pas le cas des objectifs de la réquisition : pour 59% des participants seulement la compatibilité de l'état de santé mentale de la personne examinée avec la GAV était l'objectif principal de la réquisition. Si pour la grande majorité des psychiatres interrogés (93%), il était possible d'instaurer une hospitalisation sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, les autres modalités d'hospitalisation n'étaient possibles que pour une proportion moindre de répondants (< 58%). Les psychiatres interrogés connaissaient bien le destinataire du 1^{er} volet du certificat médical (92%), mais pas du 2^{ème} (seuls 26% savaient qu'il pouvait être transmis au patient et à son médecin traitant, mais pas aux autorités judiciaires). La médiane du score de performance était de 9,3 (min. : 3,8 ; max. : 12). Le fait d'avoir une formation en psychiatrie légale était le seul facteur significativement associé à un haut score de performance (OR = 3,56 ; IC 95% : 1,76-7,48 ; p < 0,001).

DISCUSSION. Les modalités de réponse à une réquisition de l'autorité judiciaire pour examiner une personne placée en GAV sont encore imparfaitement connues. A la lumière de nos résultats, il paraît important de pouvoir inciter les psychiatres à se former en psychiatrie légale et ce, dès les premières années de l'internat.

INTRODUCTION

1. La garde à vue

a Définition

D'après l'encyclopédie française du Larousse, la garde à vue (GAV) est une « mesure qui permet à un officier de police judiciaire de garder, pendant un délai fixé par la loi, toute personne pour les besoins d'une enquête, sans avoir à justifier de charges particulières contre elle » (1). Le sujet reste à la disposition des enquêteurs qui sont libres d'interroger le suspect et étudier la véracité de ses propos durant toute la durée de la mesure. L'isolement du suspect a également pour but d'empêcher la destruction des indices et/ou des preuves, d'empêcher la personne d'entrer en contact avec des complices et/ou la famille des victimes, ou de faire cesser le crime ou le délit.

En 2009, en France, le nombre de GAV a concerné 700 000 personnes. L'incidence de cette mesure aurait quasiment triplé en l'espace de dix ans (2).

b Cadre légal

Selon l'Article 62-2 du Code de Procédure Pénale (CPP) (3), « la garde à vue est une mesure de contrainte décidée par un Officier de Police Judiciaire (OPJ), sous

le contrôle de l'autorité judiciaire » lorsqu'il existe « une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement ». La durée de la GAV est encadrée par l'Article 63 ; elle est prononcée pour une durée maximum de 24 heures. Néanmoins, elle peut être prolongée pour un nouveau délai de 24 heures au plus « si l'infraction que la personne est soupçonnée d'avoir commise ou tenté de commettre est un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement supérieure ou égale à un an » (Art. 63 du CPP). Cette prolongation doit être motivée par une demande écrite du Procureur de la République. Celui-ci veille également au bon déroulement de la mesure et à la nécessité de son maintien ou de sa prolongation.

Dans certaines situations d'une particulière gravité (délinquance organisée, proxénétisme aggravé, trafic de stupéfiants et terrorisme), la loi Perben II du 9 mars 2004 prévoit une prolongation de la GAV jusqu'à 96 heures. Elle peut même atteindre six jours depuis la loi du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme (4).

c Devenir pénal des personnes placées en garde à vue

A la suite de la GAV, il existe deux possibilités concernant le devenir du sujet : soit le sujet est remis en liberté, soit il reste entre les mains de la Justice.

i La remise en liberté

L'affaire peut être classée sans suite, ce qui signifie que le sujet ne fait pas l'objet de poursuite judiciaire. Cette décision est motivée notamment par l'absence de

preuve en faveur de la culpabilité du sujet. Dans d'autres cas, lorsque le Procureur de la République considère qu'il existe un nombre de preuves suffisant à l'encontre du gardé à vue, celui-ci peut être convoqué ultérieurement afin d'être jugé. L'OPJ lui remet une convocation stipulant le lieu, la date et l'heure de l'audience, ainsi que les faits reprochés (Art 390-1 du CPP). Trois autres procédures sont également réalisables pour les infractions les moins graves : la Convocation à une médiation pénale, une composition pénale, ou à une audience dite de Comparution sur Reconnaissance Préalable de Culpabilité (CRPC) (Art 41-1 et 41-2 du CPP).

ii La comparution immédiate

Il s'agit d'une mesure au cours de laquelle le sujet est jugé tout de suite après sa GAV. L'objectif consiste à apporter une réponse immédiate à des actes considérés comme graves (minimum 2 ans d'emprisonnement ou 6 mois en cas de flagrant délit). Le Procureur de la République ne peut engager cette mesure que si les charges sont suffisantes et que l'auteur présumé l'accepte.

iii La mise en examen

À tout moment de la GAV, le Procureur de la République peut ouvrir une information judiciaire. Celle-ci est obligatoire lors des crimes, facultative lors des délits et exceptionnelle lorsqu'il s'agit de contraventions. L'affaire est alors mise entre les mains du Juge d'Instruction. Il procède à un interrogatoire de première comparution à la suite duquel le sujet peut être mis en examen s'il existe des « indices graves ou concordants rendant vraisemblable » la participation aux faits, soit en qualité d'auteur, soit en qualité de complice (Art. 80-1 du CPP). Au cours de l'instruction et aux besoins du Juge d'Instruction, la personne peut être amenée à

faire l'objet de mesures provisoires de restriction de liberté : placement sous contrôle judiciaire, assignation à résidence sous surveillance électronique, détention provisoire (Voir **Encadré 1 pour la définition des termes juridiques**).

A la suite de l'instruction, le magistrat peut : soit rendre une Ordonnance de non-lieu (absence de poursuite pénale), soit rendre une Ordonnance de renvoi (devant le Tribunal de Police ou le Tribunal correctionnel), soit une Ordonnance de mise en accusation concernant les crimes.

Encadré 1 – Définitions des termes juridiques

Information judiciaire : enquête dirigée par un juge d'instruction permettant de déterminer l'existence d'une infraction, les auteurs de l'infraction et s'il y a des indices contre la ou les personnes mises en cause.

Infractions :

Contravention : infraction relevant des tribunaux de police, sanctionnée par une amende inférieure à 3000€.

Délit : infraction relevant du tribunal correctionnel. Sa gravité se situe entre la contravention et le crime. La peine d'amende est supérieure à 3.750€ et la peine de prison ne peut excéder 10 ans.

Crime : Infraction la plus grave du Code Pénal, relevant de la Cour d'Assise. Elle se caractérise par des peines allant de 10 ans de prison à la perpétuité.

Mesures provisoires de restriction de liberté :

Placement sous contrôle judiciaire : mesure qui soumet une personne mise en cause dans une affaire pénale à une ou plusieurs obligations (limitation des déplacements, surveillance...) Cette mesure est prise pendant la durée de l'enquête ou dans l'attente du procès.

Assignation à résidence sous surveillance électronique : mesure de privation de liberté obligeant une personne mise en examen dans le cadre d'une information judiciaire ou un prévenu en attente de jugement à porter un bracelet électronique permettant de le surveiller.

Détention provisoire : Emprisonnement d'une personne pendant l'information judiciaire. Cette mesure concerne les infractions punies d'une peine d'emprisonnement de trois ans ou plus.

d Droits des personnes gardées à vues

La loi du 4 janvier (5) et la circulaire du 24 août 1993 (6) mettent en avant un certain nombre de droits dont la personne placée en GAV bénéficie afin que sa santé, sa dignité et son intégrité restent intactes, conformément à la Convention

européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (5). L'OPJ doit lui en faire part dès son placement, de même que la nature du ou des faits reproché(s). Un document reprenant l'ensemble de ces droits est remis au sujet au début de la GAV.

L'individu bénéficie de ce fait des droits énumérés à l'Art. 63-1 du CPP, qui sont :

- Le droit d'être assisté par un avocat
- Le droit de prévenir ses proches et son employeur
- Le droit de ne pas répondre aux questions posées
- Le droit de refuser d'émarger le Procès-Verbal, auquel cas le refus doit être mentionné
- Le droit de faire appel à un interprète s'il est atteint de surdité ou ne comprend pas la langue française.

Parmi ces droits, figure également le droit d'être examiné par un médecin

2. Intervention du médecin en garde à vue

L'intervention d'un médecin en GAV peut être sollicitée par la personne placée en GAV elle-même, par sa famille, par un membre du Parquet ou par l'OPJ.

La notification du droit d'être examiné par un médecin doit intervenir dès le placement en GAV et doit être mentionnée dans le procès-verbal avec émargement

de l'intéressé. Lorsque la GAV se prolonge au-delà de 24h, un autre examen médical peut être pratiqué selon les mêmes conditions que le premier. L'évaluation médicale devient obligatoire dans les 24h lorsque le sujet est un mineur de moins de 16 ans. Il est également indispensable à partir du 2^{ème} renouvellement de la mesure, et par tranche de 24h, lorsqu'il s'agit de faits concernant un acte de délinquance, un crime, un trafic de stupéfiant ou en matière de terrorisme.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de données nationales concernant le nombre précis d'interventions médicales en GAV. On estime qu'environ la moitié des personnes en bénéficieraient, ce chiffre ayant atteint 75% en Seine-Saint-Denis en 2010 (8).

a Réquisition judiciaire

i Définition

Lorsqu'un examen médical est demandé, le Procureur de la République ou son substitut, un OPJ ou l'autorité administrative doit faire appel à un médecin par le biais d'une réquisition judiciaire. La demande d'un examen psychiatrique peut être motivée par l'observation de troubles du comportement, de propos suicidaires, d'idées délirantes... Elle se présente sous la forme d'un document écrit, mentionnant l'identité de la personne requise, l'identité et la fonction du requérant. Doivent également figurer sur le document l'énoncé précis de la mission ainsi que la signature du requérant, la date et le sceau.

ii Les obligations du médecin

Tout médecin inscrit au Conseil de l'Ordre, quelle que soit sa spécialité, inscrit ou pas sur listes des experts prévues à l'article 157 du CPP, peut être sollicité pour effectuer cet examen. Lors de cette réquisition, le psychiatre se détache de sa mission de soignant afin de pouvoir répondre à une mission judiciaire. L'article 63.3 du CPP précise qu'il doit procéder à « toute constatation utile » permettant de déterminer la compatibilité de l'individu avec la garde à vue. L'examen psychiatrique vise à déceler tout élément pouvant mettre en jeu de façon imminente l'intégrité de la personne gardée à vue (conduites auto-agressives suicide) ou celle des tiers (hétéro-agressivité). Il doit également s'enquérir des conditions matérielles de la GAV afin de mieux apprécier si elles sont compatibles ou non avec l'état psychique du sujet. Le médecin rédige alors un certificat médical circonstancié qu'il remet ensuite à l'autorité requérante. La durée de cet examen n'est pas limitée par la loi.

Bien qu'il agisse dans un cadre particulier, le médecin doit garder à l'esprit qu'il s'agit d'un acte médical et, de ce fait, reste soumis au Code de Déontologie médicale et au Code de Santé publique. Ainsi, en aucun cas ne doit-il se soustraire au secret professionnel auquel il est tenu. Il ne peut, de ce fait, remettre le dossier médical à l'autorité requérante qui le demanderait. L'accès aux informations médicales peut être réalisé lors d'une perquisition, en présence d'un magistrat et d'un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins (art. 56-3 CPP). Il doit également s'assurer du consentement éclairé du patient. Une exception s'applique néanmoins dans les cas d'agressions sexuelle où le refus de prélèvement est passible de sanctions pénales.

iii Les sanctions

Le médecin sollicité a l'obligation de répondre à la réquisition. Le refus de déférer est passible de sanctions pénales contraventionnelles : une amende de 3750€ (art. R 642-1 du CPP) voire délictuelles (article L 4163-7 du CSP). Il existe cependant des exceptions où le médecin peut refuser de déférer :

- S'il est le médecin traitant du gardé à vue, car « Nul ne peut à la fois être médecin expert et médecin traitant d'un même malade » (Code de déontologie médicale art. 105)
- En cas de force majeure (maladie ou incapacité physique)
- En cas d'incompétence technique avérée dans le domaine concerné par la réquisition.

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise également que le médecin peut refuser d'évaluer le patient si les conditions d'examen et de détention ne lui semblent pas acceptables (insalubrité du lieu etc.), auquel cas il devra rédiger un certificat expliquant les motivations de son refus (9).

b Recommandations nationales et rédaction du certificat médical

Une Conférence nationale de consensus encadrant l'intervention du médecin en GAV a eu lieu en 2 et 3 décembre 2004 (9). En s'appuyant sur les textes de loi, elle souligne la mission principale du médecin : la « détermination de l'aptitude au maintien de la personne en garde à vue ». L'objet principal de cet examen est la

prévention des principaux risques de la GAV. La Conférence de consensus en énonce quatre :

- Le risque suicidaire
- Les conduites addictives
- Les pathologies mentales
- Les risques infectieux

Elle indique également que le suicide est la principale cause de mortalité (environ la moitié des décès) en GAV. L'évaluation psychiatrique joue, de ce fait, un rôle primordial dans la prévention de l'état de santé des individus.

Le contenu de la réponse médicale n'est pas précisé dans le CPP, celui-ci informe uniquement que le médecin « procède à toutes constatations utiles ». Ce défaut de précision dans le contenu du certificat médical a entraîné pendant longtemps une hétérogénéité des pratiques. Certains praticiens se limitaient à la simple mention d'une compatibilité ou incompatibilité à la GAV tandis que d'autres révélaient des informations médicales pourtant couvertes par le secret professionnel (10).

Afin de pallier cette hétérogénéité des pratiques, la conférence recommande que la réponse médicale prenne la forme d'un document médical uniformisé composé de deux feuillets. Le premier constitue un certificat médical remis à la Justice. Le deuxième, non transmis à l'autorité requérante représente le dossier médical confidentiel du patient. Au-delà de permettre une uniformité du support rédactionnel, ce format en double feuillet permet de différencier la réponse à la réquisition

judiciaire de la mention de données médicales confidentielles, soumises au secret professionnel.

Le jury évoque également une mission secondaire du médecin, celle de préciser la capacité du sujet à répondre aux questions des policiers. Celle-ci pourrait être perturbée par la consommation de toxiques (stupéfiants, médicaments ...), la prescription d'une sédation lors d'une agitation, un état de sidération liée au contexte ou un état pathologique antérieur.

Cette conférence de Consensus est primordiale car elle pose les bases de l'intervention du médecin en GAV. Néanmoins, elle évoque peu les spécificités de l'intervention du psychiatre. Ce domaine nécessiterait d'être davantage étayé car les questions posées aux psychiatres peuvent parfois aller au-delà de l'objectif principal de la réquisition.

En Juillet 2009, le ministère de la Justice publie un guide de bonnes pratiques dans la continuité de la Conférence de consensus de 2004. Il reprend les éléments relatifs à l'intervention du médecin et propose un modèle de certificat, inspiré du modèle de 2004 (11). Il présente la même organisation que le précédent, en deux volets. Contrairement à la Conférence de 2004, le rapport de 2009 ne mentionne plus la nécessité d'évaluer la capacité de la personne placée en GAV à être interrogé par l'officier de police. « Certains enquêteurs craignaient en effet que l'expression de réserves sur la capacité de la personne à être interrogée n'induisse des contestations sur la force probante des renseignements obtenus lors des auditions. » (9)

i Premier volet : certificat établi sous réquisition

Recommandations de 2004

Ce document constitue le certificat médical remis à l'autorité requérante. Il a pour particularité de constituer à la fois un document à contenu médical et un document à valeur judiciaire. Il est établi en trois exemplaires : un premier pour l'autorité judiciaire, un second pour le médecin rédacteur et un troisième pour la personne gardée à vue (ou transmis avec son accord aux médecins chargés du suivi). Il comporte plusieurs éléments dont :

- Des données administratives : l'identité du médecin requis, du service requérant et de la personne examinée, la date, l'heure et le lieu de l'examen, la date et l'heure du début de la GAV
- La mention de consentement de la personne à l'examen réalisé
- Les doléances de la personne examinée
- L'examen clinique : préciser s'il a été pratiqué ou non, certificat descriptif de blessures s'il y a lieu
- La délivrance éventuelle d'un traitement sur place, sans en préciser la nature
- La conclusion : la compatibilité ou non avec la GAV, la nécessité d'aménagements éventuels, le refus de se prononcer
- La signature du médecin

Dans le cas où une évaluation psychiatrique est demandée, le praticien se limite à une description clinique de l'état psychiatrique du sujet au moment de l'examen. En aucun cas il ne doit énoncer de diagnostic précis ; le but étant de relever uniquement les éléments allant dans le sens d'une compatibilité ou d'une incompatibilité à la GAV.

*ii Deuxième volet : Dossier médical confidentiel -
Recommandations de 2004*

Ce second feuillet constitue le dossier médical confidentiel du patient. Il regroupe des renseignements médicaux dont :

- Les antécédents médicaux/chirurgicaux : asthme, diabète, épilepsie, cardiopathie, hypertension artérielle, antécédent suicidaire, pathologies mentales, maladies infectieuses, addictions (consommation d'alcool, de drogues illicites, de médicaments psychoactifs), grossesse évolutive, contraception. En présence d'une des situations citées, espace rédactionnel permettant d'apporter des précisions
- L'examen clinique, rédigé de manière libre
- Les observations éventuelles sur les conditions de la garde à vue
- Les résultats des examens complémentaires éventuellement pratiqués (bilan sanguin, radiographie ...)
- Les traitements actuels et l'heure de la dernière prise
- La décision thérapeutique concernant les mesures de surveillance ou la nécessité d'une hospitalisation.

En 2009, le ministère de la Justice propose une modification de la structure du document médical confidentiel. Il introduit un paragraphe sur les violences alléguées et la constatation de lésions traumatiques.

Les modèles successifs de certificats proposés témoignent d'une volonté commune : celle d'homogénéiser les pratiques en fournissant au médecin un

document standardisé, permettant de la guider dans son examen clinique. L'existence de ce support rédactionnel est d'autant plus indispensable qu'un grand nombre de médecins n'intervient en GAV que de manière exceptionnelle. Ils sont, pour la plupart, peu familier des modalités et limites de cet examen potentiellement « piégeux ».

c Devenir du patient

A la suite de l'évaluation, la réponse médicale comporte trois issues différentes :

- Le maintien du sujet dans les locaux de détention sans condition particulière
- Le maintien dans les locaux de détention sous certaines conditions
- L'incompatibilité clinique du maintien en garde à vue

La HAS rappelle que le médecin n'a pas de compétence pour demander la levée de la GAV. Cette décision revient au Procureur de la République.

i Poursuite de la GAV avec ou sans condition

En l'absence de symptômes cliniques allant à l'encontre d'un maintien en GAV dans les locaux de police, la mesure se poursuit. Le médecin se prononce sur une compatibilité d'une durée de 24 heures. Si la mesure devait être renouvelée, un autre examen médical peut alors être demandé. L'aptitude à la GAV peut être conditionnée à des aménagements, par exemple le respect d'une heure limite de détention, la nécessité d'un nouvel examen médical dans un délais précis, la réalisation de soins sur place ou à l'hôpital (poursuite de traitement, injection d'insuline ...).

Parmi les sujets examinés par le psychiatre et estimés cliniquement compatibles à la GAV, 80% indiquent avoir un trouble mental (12). Dans ce cas, si l'indication est posée par le psychiatre, il leur est possible d'avoir accès à une hospitalisation en soin libre dans un service de psychiatrie.

ii Transfert à l'hôpital

Le médecin peut conclure à une incompatibilité avec le maintien de la personne en garde à vue lorsque celle-ci nécessite des soins ou des examens complémentaires ne pouvant être réalisés dans les locaux de la gendarmerie.

En cas de pathologie mentale, la HAS propose quatre contre-indications formelles au maintien en GAV dans les locaux de police ou de la gendarmerie :

- Le risque suicidaire imminent
- La psychose aiguë ou recrudescence délirante d'une psychose chronique
- L'agitation délirante
- L'état confusionnel

En effet, en cas de symptomatologie délirante, la personne est souvent ininterrogeable ou bien les propos qu'elle pourrait tenir sont susceptibles d'être trop éloignés de la réalité pour pouvoir être exploités dans le cadre de l'enquête. Les idées suicidaires et l'état confusionnel constituent également une urgence vitale imposant la prise en charge en milieu hospitalier.

Dans le cas où une hospitalisation en psychiatrie s'avère nécessaire, plusieurs modes d'hospitalisation sont possibles. Lorsque le patient consent à son

hospitalisation, une admission dans un service de psychiatrie en soins libres est envisageable. Si le patient refuse l'hospitalisation et que son état de santé nécessite une prise en charge urgente, des soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un représentant de l'État (SPDRE) lui sont imposés. Cette mesure est encadrée par le CSP et concerne « l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » (Art. L3213-1).

Le taux de personnes certifiées incompatibles à la GAV est significativement plus élevée chez ceux déclarant souffrir de pathologie mentale (3% versus 1%) (13). On estime qu'après examen psychiatrique en GAV, dans 56% des cas, le sujet est hospitalisé en soins sans consentement (12) .

85% des personnes placées en GAV ont un état clinique compatible avec la poursuite de la mesure (13) . Cette proportion est deux fois moins élevée (44%) dans la population de patients ayant nécessité un évaluation psychiatrique (12). Elle est de 61% chez les patients déclarant souffrir de troubles mentaux (13).

d Intervention du psychiatre en garde à vue

La réquisition judiciaire s'effectue selon les mêmes modalités quelle que soit la spécialité du médecin. Ainsi, le psychiatre peut être sollicité par les membres de l'autorité judiciaire, le patient lui-même ou sa famille mais également à la demande du médecin ayant examiné le patient en premier lieu et qui demanderait un avis

complémentaire. Il s'expose aux mêmes obligations et aux mêmes sanctions en cas de refus de déférer. L'objectif de la réquisition reste théoriquement le même quel que soit la spécialité du psychiatre : définir la compatibilité du sujet avec la GAV. Cependant, bien souvent on constate que les questions posées aux psychiatres vont au-delà de cette problématique. Il est régulièrement demandé aux psychiatres de se prononcer sur la responsabilité pénale du sujet, sa dangerosité ou une éventuelle abolition du discernement. La réponse à ces questions relève de l'expertise psychiatrique qui ne peut s'effectuer au stade de la GAV. La Conférence de consensus précise bien que l'on ne puisse pas se prononcer sur la responsabilité pénale : manque de temps, manque de recul sur l'enquête et les faits. Parfois le sujet est sous l'emprise de substances, ou alors dans un état de stress et de fatigue important ; comme tout examen psychiatrique dans ces cas-là, l'évaluation ne serait pas contributive. Cet examen regroupe donc les plus mauvaises conditions pour apprécier correctement la capacité de discernement du sujet, notamment en ce qui concerne une potentielle responsabilité pénale. Cela sera le travail de l'expertise ultérieure, si elle est demandée.

Pour résumer, l'examen psychiatrique sur réquisition judiciaire doit se limiter à trois questions :

- La personne examinée présente-t-elle des troubles mentaux ? Lesquels ?
- Ces troubles mentaux nécessitent-ils des soins ?
- Si oui, selon quelles modalités ?

Une étude parisienne estime que 2% des réquisitions médicales en GAV sollicitent un avis psychiatrique (13). Les motifs de recours au psychiatre les plus

fréquemment retrouvés sont : les bizarreries de comportement (plus d'un quart des cas), les propos délirants (10%) et les conduites d'auto-mutilation (10%). Dans près de la moitié des cas, le motif de la réquisition n'est pas précisé (13).

L'étude indique qu'un quart des examens psychiatrique n'est pas motivé par l'évaluation de la compatibilité à la GAV. Cette rencontre avec le psychiatre peut effectivement représenter une porte d'entrée dans le système de soins pour des personnes nécessitant une prise en charge psychiatrique et qui n'y auraient jamais eu recours. En effet, parmi les personnes placées en garde à vue déclarant avoir un problème de santé mentale, plus de la moitié ne sont suivies ni par un psychiatre ni par un psychologue.

Le médecin somaticien peut également faire appel au psychiatre dans le cadre d'une adaptation thérapeutique (prescription d'anxiolytique, neuroleptiques ...) bien que le patient eu été certifié apte à la poursuite de la GAV. (13)

e Recours au psychiatre en GAV à l'étranger

Au Royaume-Unis, le recours à un examen médical n'apparaît pas dans les droits de la personne gardée à vue (14). Néanmoins, toute personne placée en GAV est évaluée en premier lieu sur le plan physique et psychologique par un *custody sergeant* (15). A Londres, ceux-ci reçoivent une formation spécialisée afin de pouvoir repérer certaines pathologies. Cette évaluation est effectuée en suivant une procédure standardisée comportant 16 questions à poser au gardé-à-voir et 12 observations faites par le *custody sergeant*. Il décide par la suite s'il est nécessaire d'en référer à un médecin. Une étude montre que ce filtre manque d'efficacité car près de la moitié des affections psychiatriques ne seraient pas détectées (16). De

plus, lorsqu'un trouble psychiatrique est repéré par le sergent de police, il ne l'adresse pas systématiquement à un psychiatre : les troubles psychotiques sont repérés dans 95% des cas mais 21% sont adressés à un médecin pour un motif non-psychiatrique.

En Allemagne, l'examen médical n'est pas un droit du gardé à vue. Il n'est pratiqué que sur demande de l'OPJ. Ainsi, le pourcentage de personne bénéficiant d'examen médical varie considérablement selon les régions (de 5,5% en Basse Saxe à 48,3% en Schleswig-Holstein) (17). L'étude précise néanmoins que les données ne sont disponibles que pour six états allemands.

Aux Pays-Bas, le médecin de permanence (par exemple, de la municipalité) peut être appelé dans un commissariat, soit à l'initiative du fonctionnaire de police responsable (si un détenu semble requérir des soins médicaux), soit à la demande de la personne détenue. Le gardé à vue a le droit d'être examiné par le médecin de son choix, si celui-ci est disponible (18). Une étude menée à Amsterdam recense une intervention médicale ou infirmière dans 28% des cas (19).

3. Santé mentale des personnes placées en garde à vue

a En France

i Généralités

D'après une étude menée en 2014 en région parisienne, au sein de la population de personnes placées en GAV ayant recours à un médecin, 9% déclare souffrir de troubles psychiatriques (13). Parmi eux, les pathologies les plus souvent rapportées sont : la dépression (26%), le trouble psychotique (7%), le trouble anxieux (5%) et le trouble bipolaire (4%). Près de la moitié (46%) voit régulièrement un psychiatre et 10% consulte en addictologie. Quarante et un pourcent reçoit un traitement psychotrope.

ii Caractéristiques médicales et addictologiques des personnes placées en garde à vue

Nous n'avons trouvé que deux d'études traitant de l'état de santé des personnes placées en garde à vue et celles-ci ne regroupent que des données régionales. Bien qu'il semble difficile de pouvoir extrapoler ces données à l'ensemble du territoire français, les résultats sont en faveur d'une surreprésentation des troubles psychiatriques et addictologiques chez les personnes placées en GAV.

Ces études ont été menées en région parisienne (Seine-Saint-Denis), en 2010 et 2011 pour la première (8) et en 2012 pour la seconde (2). Elles se sont déroulées chacune sur une période d'un an, et ont étudié les caractéristiques médicales de la population de personnes placées en GAV en Seine-Saint-Denis. Seuls les patients

ayant eu accès à examen médical (non psychiatrique) ont été inclus. Le recueil de données a porté, entre autres, sur l'âge et le sexe des personnes examinées, les antécédents médicaux, les traitements éventuels et les pratiques addictives au cours du dernier mois selon les critères du DSM-IV. Le **Tableau 1** résume les principaux résultats de ces deux études.

Tableau 1 – Comparaison des résultats des deux études de Seine-St-Denis

	Seine-St-Denis 2010/2011	Seine-St-Denis 2012
Nombre d'examens médicaux	22 379	19 098
Caractéristiques socio-démographiques		
Age médian	23 ans	24 ans
<i>Dont mineurs</i>	21%	18%
Sexe masculin	94%	94%
Données psychiatriques		
Antécédents psychiatriques	5%	6%
<i>Dont antécédents suicidaires</i>	23%	23%
<i>Dont antécédents d'hospitalisation</i>	40%	35%
<i>Suivi actuel</i>	53%	45%
Données addictologiques		
Tabac	77%	62%
Alcool	11%	19%
Stupéfiants	40%	32%
<i>Cannabis</i>	38%	30%
<i>Cocaïne/crack</i>	4%	2%
<i>Héroïne</i>	1%	1%

En outre, une étude rétrospective menée en 2015-2016 sur un échantillon de personnes gardées à vue à l'Hôtel-Dieu-Paris relève un trouble de l'usage de substance ou un détournement de médicament chez 5,9% des personnes examinées (20).

En population générale française, des antécédents de tentative de suicide sont retrouvés chez 7,2% des 18-75 ans en 2017 (21).

Concernant la prévalence des conduites addictives en population générale, et d'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 32% des français consommeraient du tabac, 4,3% seraient dépendant à l'alcool, et 3% consommeraient du cannabis (22).

Une autre étude française menée à Paris en 2013-2014 s'est intéressée principalement aux caractéristiques des personnes examinées par un psychiatre en GAV (12). Les résultats indiquent que plus de 90% de cette population souffre de troubles mentaux. La pathologie la plus fréquemment retrouvée est les troubles non spécifiés du spectre de la schizophrénie (41%), vient ensuite la schizophrénie (32%), les troubles de la personnalité (20%) et le trouble bipolaire (5%). Les antécédents de tentative de suicide sont retrouvés dans 14% des cas. A la suite de l'examen psychiatrique, une hospitalisation sous contrainte est indiquée dans plus de la moitié des cas (56%).

b Santé mentale des personnes placées en GAV à l'étranger

En 2007, une étude anglaise évalue l'état de santé mentale des personnes placées en GAV à l'aide de questionnaires individuels pour chacun d'eux. Les résultats sont les suivants : 24,4% des individus interrogés avaient des antécédents psychiatriques dont 7,4% ayant déjà été hospitalisés en psychiatrie dans le cadre du Mental Health Act 1983 (équivalent au Royaume-Uni des soins sans consentement) et 1,8% ayant déjà été hospitalisés dans un service de psychiatrie. 16,7% avaient

déjà eu des comportements suicidaires (23). En 2014, une revue de la littérature met en évidence des résultats similaires. Sur un échantillon de 12.000 personnes gardées à vue examinées en Angleterre et au Pays de Galles, 20% souffraient de troubles psychiatriques et 50% déclaraient avoir un usage excessif d'alcool et de drogues (24).

En Allemagne, dans une étude menée à Bremen et à Halle-sur-Saale entre 2004 et 2008, une demande d'examen psychiatrique est rapportée dans 5,2% des cas. La non-compatibilité à la GAV est déclarée dans 6,7% des cas, la cause la plus fréquente étant le transfert à l'hôpital psychiatrique (25%) (17).

Aux Pays-Bas, un essai contrôlé randomisé évalue la nécessité de soins psychiatriques dans la population gardée à vue à Amsterdam (25). Cette étude s'appuie sur l'utilisation du Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS) (26). Il s'agit d'un questionnaire de 8 items permettant d'objectiver l'intérêt d'un examen psychiatrique plus poussé. Les résultats du test sont positifs dans 40% des cas.

Les comparaisons précises concernant les caractéristiques psychiatriques des personnes placées en GAV sont difficiles à établir car les législations concernant l'intervention du médecin varient d'un pays à l'autre.

4. Objectifs de l'étude

La santé mentale précaire des personnes placées en GAV justifie la réalisation d'un examen psychiatrique de qualité, ainsi qu'une bonne connaissance de ses limites. L'enjeu de cet examen est important : il permet le repérage de personnes souffrant de troubles psychiatriques et leur orientation vers des structures de soins adaptées si nécessaire. Quant à la rédaction du certificat médical qui en découle, elle constitue un acte susceptible d'engager la responsabilité civile, ordinale ou pénale de son auteur, et doit par conséquent obéir à certaines règles de prudence. Il n'y a, à notre connaissance, que peu d'études françaises traitant de ce sujet, pourtant il nous semble que la réponse à cette réquisition est un exercice difficile pour les psychiatres car les règles de bonne pratique de cet examen sont peu connues. En effet, certains médecins n'interviennent que de façon exceptionnelle en GAV.

Ainsi, il paraît indispensable qu'ils soient sensibilisés à cet examen durant leur cursus universitaire. Cependant, il semblerait que la formation soit trop peu investie sur ce point-là. Au cours de l'internat de psychiatrie, des cours de psychiatrie légale sont dispensés dans le cadre du Diplôme d'Enseignement Supérieur (D.E.S). Ces cours sont peu nombreux dans la plupart des universités (qu'un cours par an à Lille). Il est également possible d'accéder à des formations plus spécifiques via les Diplômes d'Université (D.U ou D.I.U). Néanmoins, ces formations sont onéreuses (environ 1000 euros) et ne sont pas dispensées dans toutes les Académies.

L'objectif principal de ce travail consiste en une évaluation des connaissances des psychiatres sur les conditions de cet examen, ses objectifs et ses limites, ainsi

que sur les règles de rédaction du certificat médical à délivrer à l'autorité judiciaire, via un auto-questionnaire (présent en annexe).

L'objectif secondaire est une comparaison du niveau de connaissances des psychiatres en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques, leur lieu et mode d'exercice, leur formation dans le domaine de la psychiatrie légale et leur expérience professionnelle.

METHODES

1. Schéma d'étude

Afin de répondre à notre objectif, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale permettant de dresser un état des lieux des connaissances des psychiatres concernant l'évaluation psychiatrique d'un individu en garde à vue (GAV). Pour cela, nous avons établi un auto-questionnaire avec l'aide de « Google Forms », outil de questionnaire et logiciel d'enquête en ligne gratuit. Ce questionnaire a été diffusé à la population cible durant une période d'inclusion de trois mois : de février 2021 à mai 2021.

2. Population interrogée et recrutement

Notre étude avait pour population cible tous les psychiatres de France susceptibles de statuer sur la compatibilité d'une personne avec son maintien en GAV, c'est-à-dire tous les médecins psychiatres titulaires d'une thèse d'exercice et inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Nous avons diffusé notre questionnaire par mail aux psychiatres inscrits sur les listes de diffusion de l'Association du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (CPNLF), de l'Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues (AJPJA) et du Syndicat des Psychiatres de Hôpitaux (SPH). Un mail a

également été adressé aux psychiatres exerçant au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille, et une annonce a été publiée sur les réseaux sociaux.

3. Questionnaire

Le questionnaire comportait 27 questions divisées en trois parties :

- La première partie du questionnaire (questions 1 et 2) recueillait les caractéristiques socio-démographiques de la population interrogée (âge et sexe),
- La deuxième partie (questions 3 à 12) concernait la formation, le mode d'exercice et la sensibilisation des participants à la psychiatrie légale,
- La troisième partie (questions 13 à 27) comprenait une série de questions portant spécifiquement sur l'évaluation psychiatrique des personnes gardées à vue sur réquisition judiciaire. Dans cette partie, les psychiatres étaient interrogés sur leur expérience, puis leurs connaissances concernant :
 - Le cadre légal de la réquisition
 - Les objectifs et limites de l'évaluation psychiatrique en GAV
 - Le respect du secret médical
 - L'orientation des personnes évaluées à l'issue de l'examen
 - La rédaction du certificat médical et son destinataire

Une dernière question visait à recueillir l'avis des psychiatres sur l'avantage, ou non, à avoir accès à un questionnaire pré-rempli pour les guider dans leur entretien et la rédaction du certificat médical.

Le questionnaire comportait essentiellement des questions à choix multiple, à réponse unique ou non, auxquelles était parfois ajoutée une option de réponse « Autre » permettant aux participants d'ajouter un commentaire libre.

Le questionnaire est présenté en Annexe (**Annexe 1**).

La durée de passation est d'environ 3 minutes.

4. Analyses

Afin de répondre de répondre à notre premier objectif, nous avons calculé un score de performance pour chacun des répondants selon le nombre de bonnes réponses aux questions 15 à 26. Les points ont été comptés de la façon suivante :

- Une bonne réponse : 1 point
- Une mauvaise réponse : 0 point
- Réponse « Je ne sais pas » : 0 point
- Non-réponse : 0 point

Chaque participant a ainsi obtenu un score sur 12, et la médiane du score de performance de l'effectif total a été calculée.

Par ailleurs, nous avons procédé à la réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives, au moyen des moyennes et écart

types, et l'ensemble des variables qualitatives, au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Pour répondre à notre objectif secondaire, nous avons divisé les participants en deux groupes : groupe « haut score de performance » (participants ayant un score de performance supérieur à la médiane) et groupe « bas score de performance » (participants ayant un score de performance inférieur à la médiane). Nous avons alors réalisé plusieurs analyses bivariées afin de comparer les professionnels selon plusieurs critères : l'âge, l'expérience (nombre d'années d'exercice depuis la fin de l'internat), le mode et le lieu d'exercice (salarial ou activité libérale, type d'activité principale, activité en milieu pénitentiaire, activité consacrée à la réalisation d'expertise), la formation en psychiatrie légale, l'expérience dans l'évaluation psychiatrique des personnes en GAV et l'estimation du niveau de compétence dans ce type d'évaluation. Les proportions ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques étaient < 5). Les moyennes ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (lorsque les groupes étaient composés de 30 individus ou plus, que leur distribution suivait une loi Normale et que les variances étaient égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon. Les résultats étaient significatifs lorsque « p » était < 0.05 .

Nous avons effectué ensuite une régression logistique afin d'estimer la force de l'association entre le haut score de performance et les variables pertinentes, tout en contrôlant les biais de confusion.

RESULTATS

1. Description de l'échantillon

Nous avons pu obtenir 183 réponses à notre questionnaire.

Le **Tableau 2** résume les caractéristiques de l'échantillon.

a Données socio-démographiques

La moyenne d'âge des psychiatres ayant répondu au questionnaire était de 47 ans et 7 mois ($\sigma = 13$ ans et 7 mois). La population était composée de 88 hommes (48,1%) et 93 femmes (50,8%) (voir **Tableau 2**).

b Mode d'exercice

La grande majorité des psychiatres ayant répondu au questionnaire travaillait comme salarié (158 ; 86,3%). Quinze personnes (8,2%) exerçaient en libéral, 9 (4,9%) avaient un exercice mixte, 6 (3,3%) étaient en arrêt d'activité, 2 (1,1%) effectuaient des remplacements, un des répondant (0,5%) était salarié dans une structure médico-sociale, un autre (0,5%) réalisait des expertises judiciaires et un autre (0,5%) travaillait en CSAPA ou dans une association (voir **Tableau 2**)

c Activité principale

La plupart des psychiatres ayant répondu au questionnaire ne travaillaient pas en milieu pénitentiaire (156 ; 85,2%) et ne réalisaient pas d'expertises (130 ; 71%). Parmi les psychiatres réalisant des expertises, 19 (37,3%) faisaient des expertises civiles, 18 (35,3%) faisaient des expertises pénales et 14 (27,4%) faisaient les deux (voir **Tableau 2**).

d Expérience et formation en psychiatrie légale

Les psychiatres interrogés avaient en moyenne 18 années d'expériences depuis la fin de leur internat ($\sigma = 14$).

Quatre-vingt-sept personnes (47,5%) déclaraient avoir déjà eu une formation en psychiatrie légale : 65 (74,7%) étaient titulaires d'un Diplôme Universitaire (DU) ou équivalent, et 34 (39,1%) avaient bénéficié de cours durant leur internat. Parmi les 87 psychiatres ayant reçu une formation en psychiatrie légale, 24 personnes (27,6%) avaient eu bénéficié d'une formation spécifique sur l'évaluation psychiatrique en GAV sur réquisition judiciaire.

Soixante-deux répondants (33,9%) déclaraient ne jamais avoir été réquisitionné pour une évaluation psychiatrique d'une personne placée en GAV. Soixante-et-onze personnes (38,8%) déclaraient avoir été réquisitionnées entre 1 et 10 fois, 23 (12,6%) entre 10 et 30 fois et 27 (14,8%) plus de 30 fois.

Cent quarante et un (77%) psychiatres seraient favorables à la création d'un questionnaire pré-rempli, permettant de guider leur entretien et les aider à rédiger le certificat médical (voir **Tableau 2**).

Sur une échelle de 0 à 10, les psychiatres interrogés estimaient leur niveau de compétence en cas de réquisition pour l'évaluation psychiatrique d'une personne en GAV à 5,5 en moyenne ($\sigma = 2,5$) avec une médiane de 6 (voir **Figure 1**).

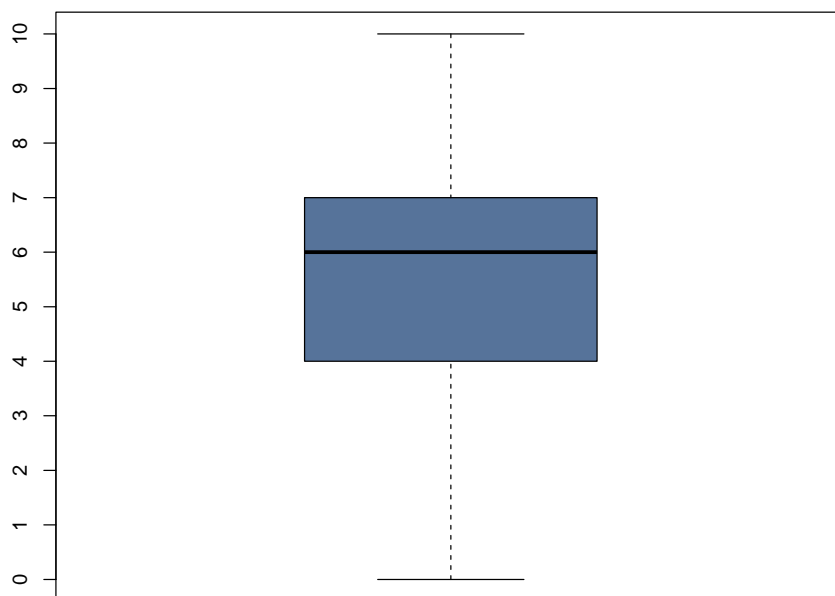
Tableau 2 – Caractéristiques de l'échantillon de psychiatres interrogés

N	183
Données socio-démographiques	
Age, m (sd)	47,6 (13,6)
Sexe, n (%)	
Femme	93 (50,8)
Homme	88 (48,1)
NA	2 (1,1)
Activité et mode d'exercice	
Mode(s) d'exercice(s), n (%)	
Plusieurs réponses possibles	
Salariat	158 (86,3)
Libéral	15 (8,2)
Mixte	9 (4,9)
En arrêt d'activité	6 (3,3)
Remplacements	2 (1,1)
Salariat dans le médico-social	1 (0,5)
Expertises judiciaires	1 (0,5)
CSAPA et associations	1 (0,5)
Activité principale, n (%)	
Plusieurs réponses possibles	
USL	83 (45,4)
USSC	51 (27,9)
SAU	28 (15,3)
CMP	95 (51,9)
Libéral	15 (8,2)
Médico-social	13 (7,1)
Soins séquentiels	18 (9,8)
Liaison	29 (15,8)
Activité en milieu pénitentiaire, n (%)	
Non	156 (85,2)
Oui	25 (13,7)
NA	2 (1,1)
Activité consacrée en partie à la réalisation d'expertises, n (%)	
Non	130 (71,0)
Oui	51 (27,9)

NA	2 (1,1)
Type d'expertise(s) réalisée(s) Parmi les 51 répondants réalisant des expertises	
Civiles	19 (37,3)
Pénales	18 (35,3)
Les 2	14 (27,4)
Expériences et formations	
Expérience (en années), n (%)	
≤ 10	71 (38,8)
[11 - 20]	31 (16,9)
[21 - 30]	45 (24,6)
[31 - 40]	21 (11,5)
[41 - 50]	8 (4,4)
[51 - 60]	2 (1,1)
> 60	1 (0,5)
NA	4 (2,2)
Remarque : expérience, m (sd) = 18,1 (14,0)	
DESC, n (%)	
Oui	45 (24,6)
Non	138 (75,4)
Type de DESC, n (%) Parmi les 45 répondants ayant fait un DESC	
Addictologie	7 (15,6)
Gérontopsychiatrie	1 (2,2)
Médecine légale	1 (2,2)
Pharmacologie	1 (2,2)
Psychiatrie	1 (2,2)
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	25 (55,6)
Non renseigné	9 (20,0)
Formation en psychiatrie légale, n (%)	
Oui	87 (47,5)
Non	96 (52,5)
Type de formation, n (%) Parmi les 87 répondants ayant une formation en psychiatrie légale (plusieurs réponses possibles)	
Type DU	65 (74,7)
Type internat	34 (39,1)
Formation spécifique en réquisition GAV, n (%) Parmi les 87 répondants ayant une formation en psychiatrie légale	
Oui	24 (27,6)
Non	51 (58,6)
Je ne sais plus	12 (13,8)
Expérience en réquisition pour évaluation psychiatrique, n (%)	
Oui, entre 1 et 10 fois	71 (38,8)
Oui, entre 10 et 30 fois	23 (12,6)
Oui, plus de 30 fois	27 (14,8)
Non	62 (33,9)
Estimation du niveau de compétence en cas de réquisition, n(%)	
0	9 (4,9)
1	4 (2,2)

2	15 (8,2)
3	13 (7,1)
4	16 (8,7)
5	25 (13,,7)
6	24 (13,1)
7	36 (19,7)
8	23 (12,6)
9	13 (7,1)
10	4 (2,2)
NA	1 (0,5)
Remarque : min=0 ; médiane=6 ; moyenne (sd)=5,5 (2,5)	
Intérêt pour la création d'un questionnaire pré-rempli et un guide d'entretien	
Oui	141 (77,0)
Non	26 (14,2)
Je ne sais pas	16 (8,7)

Figure 1 – Diagramme en boîte représentant l'estimation par les professionnels de leur niveau de compétence en cas de réquisition



2. Évaluation des connaissances des psychiatres : analyses descriptives

a Cadre légal de la réquisition (Questions 15 à 17)

Pour rappel, les questions 15 à 17 sont les suivantes :

- **Question 15** : Selon vous, un(e) psychiatre thésé(e) mais non inscrit(e) sur une liste d'experts agréés peut-il être réquisitionné pour cet examen ?
- **Question 16** : Le/la psychiatre réquisitionné(e) a-t-il/elle l'obligation de répondre à la réquisition ?
- **Question 17** : Le/la psychiatre réquisitionné(e) a-t-il/elle l'obligation de répondre à toutes les questions posées par l'Officier de police judiciaire ?

Cent cinquante-six (85,2%) psychiatres interrogés savent qu'ils peuvent être réquisitionnés même s'ils ne sont pas inscrits sur une liste d'experts agréés.

La réponse à la réquisition est obligatoire pour 153 (83,6%) psychiatres.

Pour 128 (69,9%) des psychiatres il n'est pas obligatoire de répondre à toutes les questions des autorités judiciaires.

b Objectifs de la réquisition judiciaire (Questions 18 et 19)

Pour rappel, les questions 18 et 19 sont les suivantes :

- **Question 18** : Selon vous, quel est l'objectif principal de cette réquisition ?
- **Question 19** : A l'issue de cet examen, et à la demande de l'Officier de police judiciaire, est-il recommandé que le/la psychiatre se prononce sur :

- La responsabilité pénale du sujet ?
- L'existence d'une pathologie mentale ou d'une addiction ?
- La dangerosité du sujet ?
- L'accessibilité du sujet à une sanction pénale ?
- La compatibilité du sujet avec le maintien en garde à vue ?

Il a été demandé aux psychiatres de définir l'objectif principal de la réquisition en texte libre (Question 18). Les différentes réponses ont été analysées et classées en plusieurs catégories selon les thématiques qui revenaient le plus souvent ou qui nous semblaient intéressantes. Les points ont été comptabilisés uniquement si les psychiatres mentionnaient la compatibilité à la GAV ou terme équivalent.

Ainsi, 108 (59%) psychiatres ont énoncé l'évaluation de la compatibilité à la GAV comme principal objectif de la réquisition.

Dans la question suivante (Question 19), il était demandé explicitement si le psychiatre réquisitionné pouvait se prononcer sur la compatibilité du sujet avec le maintien en GAV. 95,1% des psychiatres ont répondu « oui » à cet item. Un tiers des psychiatres (61) ont répondu qu'ils peuvent se prononcer sur la dangerosité du sujet et 22 (12%) pensent pouvoir conclure à la responsabilité pénale suite à l'examen.

c Soins à prodiguer en garde à vue (Questions 20 et 23)

Pour rappel, les questions 20 et 23 sont les suivantes :

- **Question 20** : A l'issue de son examen médical, le/la psychiatre réquisitionné(e) peut-il/elle demander des examens complémentaires (bilan sanguin, imagerie, etc.) ?

- **Question 23** : Si l'état clinique du/de la patient(e) vous semble incompatible avec son maintien en garde à vue, sous quelle(s) modalité(s) pouvez-vous l'hospitaliser en psychiatrie ?

Cent quarante (76,5%) psychiatres interrogés ont répondu qu'il est possible de demander des examens complémentaires (bilan sanguins, imageries etc) en GAV.

La grande majorité admettent qu'une SPDRE peut être envisagée en réponse à la réquisition (171 ; 93,3%). Deux psychiatres (1,1%) pensent que l'hospitalisation est impossible suite à l'examen en GAV.

d Destinataires du certificat médical et du compte-rendu de consultation établi sur réquisition (Questions 24 et 25)

Pour rappel, les questions 24 et 25 sont les suivantes :

- **Question 24** : A qui le/la psychiatre réquisitionné(e) doit-il/elle transmettre le certificat médical établi sur réquisition ?
- **Question 25** : A qui le/la psychiatre réquisitionné(e) peut-il/elle transmettre le compte-rendu de sa consultation ?

La question concernant le destinataire du certificat médical établi sous réquisition a été la plus réussie : 169 (92,3%) participants ont répondu que ce certificat doit être transmis uniquement aux autorités judiciaires.

A l'opposé, la question concernant les destinataires du compte-rendu médical établis sous réquisition est la moins bien réussie. Seul 48 (26,2%) participants savent qu'il peut être transmis au patient et à son médecin traitant mais pas aux autorités judiciaires.

e Secret professionnel (Questions 21 et 22)

Pour rappel, les questions 21 et 22 sont les suivantes :

- **Question 21** : Selon vous, la réquisition d'un(e) psychiatre pour examiner un sujet gardé à vue le/la délie-t-elle complètement de son obligation au secret professionnel ?
- **Question 22** : Selon vous, l'examen psychiatrique d'un sujet gardé à vue doit-il être réalisé en présence des forces de l'ordre (présentes dans le bureau) ?

La réquisition ne délie pas le médecin du secret professionnel selon 145 psychiatres (79,2%).

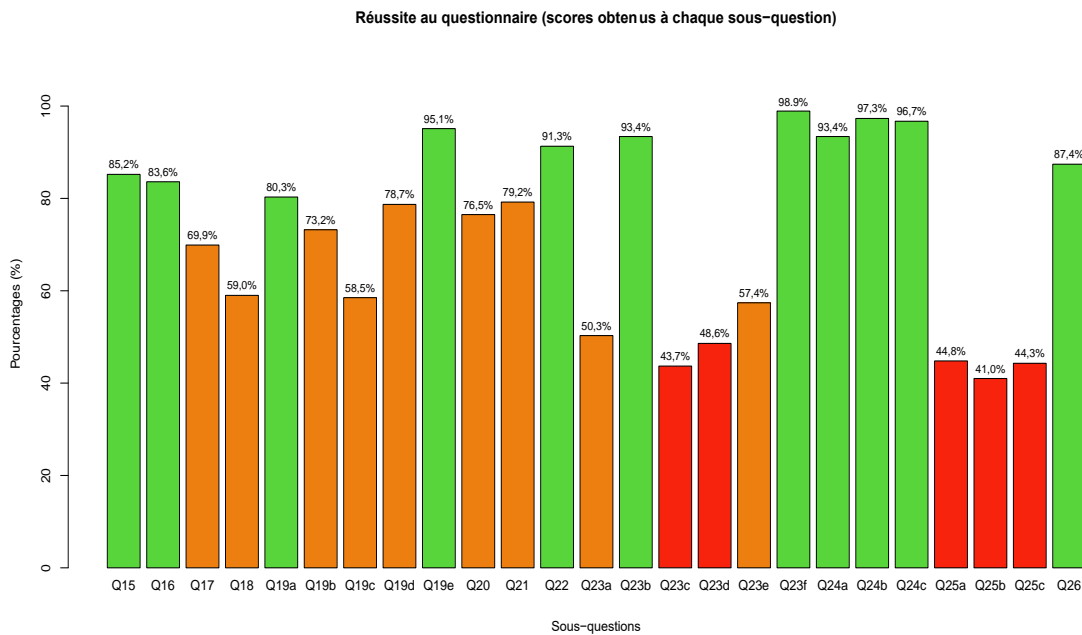
L'examen psychiatrique ne s'effectue pas en présence des forces de l'ordre pour 167 (91,3%) psychiatres.

La synthèse des réponses au questionnaire est présenté dans le **Tableau 3** et la **Figure 2**.

Tableau 3 – Effectifs et pourcentages de bonnes réponses au questionnaire

Sous-questions	Nombre de bonnes réponses (effectif)	Pourcentage de bonnes réponses (%)
Q15	156	85.2
Q16	153	83.6
Q17	128	69.9
Q18	108	59.0
Q19a	147	80.3
Q19b	134	73.2
Q19c	107	58.5
Q19e	144	78.7
Q19d	174	95.1
Q20	140	76.5
Q21	145	79.2
Q22	167	91.3
Q23a	92	50.3
Q23b	171	93.4
Q23c	80	43.7
Q23d	89	48.6
Q23e	105	57.4
Q23f	181	98.9
Q24a	171	93.4
Q24b	178	97.3
Q24c	177	96.7
Q25a	82	44.8
Q25b	75	41.0
Q25c	81	44.3
Q26	160	87.4

Figure 2 – Diagramme en barre représentant les réponses au questionnaire

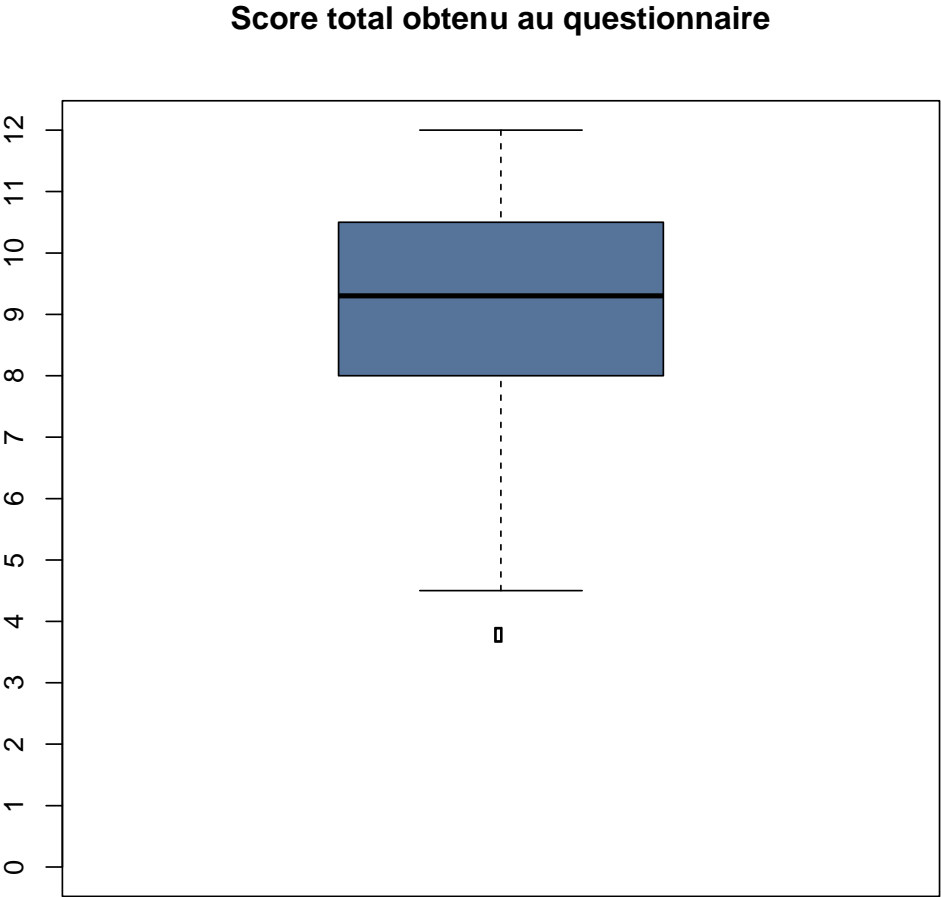


Les questions auxquelles moins de 50% ont répondu correctement sont en rouge, celles pour lesquelles entre 50 et 80% ont répondu correctement sont en orange, celles pour lesquelles plus de 80% ont répondu correctement sont en vert.

f Score de performance de l'échantillon

Un score de performance sur 12 a été calculé pour chacun des participants, en fonction de leurs réponses aux questions 15 à 26. La médiane retrouvée était de 9,3 et la moyenne de 9,1 ($\sigma = 1,7$). La note minimale était de 3,8 et la note maximale de 12 (voir **Figure 3**).

Figure 3 – Diagramme en boîte représentant le score total obtenu au questionnaire



3. Évaluation des connaissances des psychiatres : analyses comparatives

Les groupes « Haut Score de Performance » et « Bas Score de Performance » étaient constitués de respectivement 91 et 92 psychiatres. Pour rappel, la médiane était de 9,3.

Le nombre d'année d'expérience était en moyenne de 14 ans ($\sigma = 12,5$) dans le groupe « Haut score de Performance » et de 22 ans ($\sigma = 14,4$) dans le groupe « Bas score de Performance ». Le mode d'exercice « salariat » est présent dans 92,3% des cas dans le groupe « Haut Score de Performance » et dans 80,4% des cas dans le groupe « Bas Score de Performance »

Les résultats de l'analyse bivariée sont revenus significatifs pour l'âge, l'expérience, l'activité salariale, l'activité libérale ainsi que pour la présence ou non d'une formation en psychiatrie légale (voir **Tableau 4**).

Tableau 4 – Analyse bivariée des réponses aux questionnaires pour le groupe haut score de performance et le groupe bas score de performance

	Professionnels ayant un score > 9,3 (médiane)	Professionnels ayant un score ≤ 9,3 (médiane)	p-value
Age, m (sd)	43,4 (12,5)	51,7 (13,5)	<0,001*
Expérience, m (sd)	14,0 (12,5)	22,0 (14,4)	<0,001*
Mode d'exercice, n (%)		74 (80,4)	
Salariat	84 (92,3)	11 (12,0)	0,03*
Libéral	4 (4,4)		0,103
Activité principal, n (%)		39 (42,4)	
USL	44 (48,4)	24 (26,1)	0,508
USSC	27 (29,7)	9 (9,8)	0,707
SAU	19 (20,9)	52 (56,5)	0,060
CMP	43 (47,3)	17 (18,5)	0,268
Liaison	12 (13,2)	8 (8,8)	0,437
Activité en milieu pénitentiaire	17 (18,9)	30 (32,6)	0,079
Activité consacrée à la réalisation d'expertises	21 (23,6)	33 (35,9)	0,237
Formation en psychiatrie légale	54 (59,3)		0,002*
Nombre de réquisition pour évaluation psychiatrique, n (%)			0,985
Entre 1 et 10 fois	35 (38,5)	36 (39,1)	
Entre 10 et 30 fois	12 (13,2)	11 (12,0)	
Plus de 30 fois	14 (15,4)	13 (14,1)	
Aucune	30 (33,0)	32 (34,8)	
Estimation du niveau de compétence pour exam GAV	5,8 (2,1)	5,2 (2,8)	0,119

* Résultats significatifs

Afin de limiter les biais de confusion, nous avons ensuite procédé à une analyse multivariée principalement sur ces cinq variables. Seul le fait d'avoir une formation en psychiatrie légale est associé de manière significative à un haut score

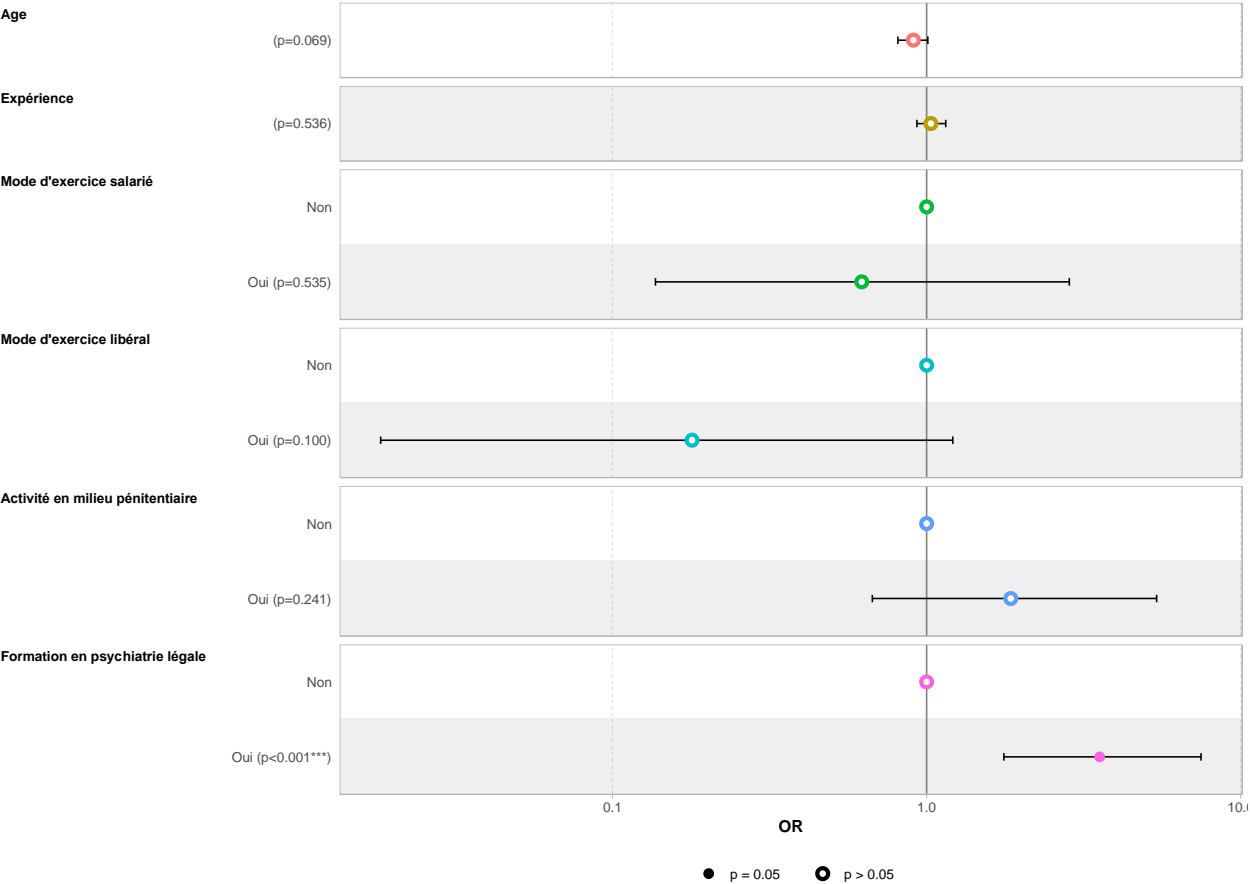
de performance. L'odds ratio retrouvé est de 3,56 avec un intervalle de confiance compris entre 1,76 et 7,48.

Les résultats de la régression logistique sont illustrés dans le **Tableau 5** ainsi sur la **Figure 4**.

Tableau 5 – Résultats de la régression logistique

Caractéristiques	OR	95% CI	<i>p</i>
Age	0,91	0,81 ; 1,01	0,069
Expérience	1,03	0,93 ; 1,15	0,5
Mode d'exercice salarié			
Non	-	-	
Oui	0,62	1,14 ; 2,85	0,5
Mode d'exercice libéral			
Non	-	-	
Oui	0,18	0,02 ; 1,21	0,10
Activité en milieu pénitentiaire			
Non	-	-	
Oui	1,85	0,67 ; 5,40	0,2
Formation en psychiatrie légale			
Non	-	-	
Oui	3,56	1,76 ; 7,48	<0,001

Figure 4 - Diagramme de Forrest représentant les résultats de la régression logistique



DISCUSSION

Une formation insuffisante et des recommandations peu adaptées

Nos résultats montrent que les psychiatres semblent peu à l'aise avec la pratique de l'examen psychiatrique en garde à vue (GAV) puisque près de la moitié estiment leur niveau de compétence inférieur à 6/10. Le score de performance des participants, calculé selon le nombre de bonnes réponses à notre questionnaire (aux questions 15 à 26, plus précisément), s'étale de 3,5 à 12/12. Les résultats de l'analyse multivariée nous montrent que le seul facteur pouvant impacter le score de performance est la formation en psychiatrie légale. L'odds ratio indique que lorsque les psychiatres ont reçu une formation en psychiatrie légale, la probabilité d'avoir un « haut score de performance » est 3,6 fois plus importante que lorsqu'ils n'en ont pas eu ($p < 0,001$). Ces résultats témoignent d'un réel impact de la formation sur les connaissances relatives à l'examen psychiatrique en garde à vue (GAV).

Ainsi, il serait souhaitable de pouvoir augmenter la fréquence des cours de psychiatrie légale lors de l'internat, mais aussi dans le cadre de la formation continue des psychiatres afin que chacun d'entre eux puissent s'en remémorer les grands principes et se mettre à jour d'éventuelles nouvelles recommandations. Aujourd'hui, la formation des internes de psychiatrie est organisée par régions. Le programme est élaboré par chaque coordinateur régional du diplôme d'étude supérieur (D.E.S). Bien que les différentes thématiques d'enseignement apparaissent sur le Bulletin Officiel N°39 (27) leurs descriptions restent très succinctes, entraînant donc une hétérogénéité de l'enseignement selon les régions (il figure uniquement la mention « psychiatrie légale » sans plus de précision sur le Bulletin Officiel). A ce sujet, les

membres du bureau de l'Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie (A.F.F.E.P) encouragent l'organisation inter-régionale du D.E.S de psychiatrie en proposant l'intervention d'enseignants « issus de l'inter-région et spécialisé dans un domaine particulier du champ psychiatrique » (28). D'autres perspectives ont été envisagées afin d'améliorer l'enseignement de la psychiatrie légale.

En 2007, la Fédération française de psychiatrie publie un rapport sur l'expertise pénale dans laquelle elle souligne l'importance d'une formation « initiale et continue » en psychiatrie légale. Elle propose un premier niveau de connaissance, obligatoire pour tous, afin d'éveiller l'intérêt des jeunes psychiatres pour cette discipline et de prendre précocement conscience de leur devoir vis-à-vis des patients et de la société (29). Le rapport envisageait la création d'un diplôme d'enseignement spécialisé complémentaire (D.E.S.C) de psychiatrie-médico-légale avec la mise en place de stages pratiques en collaboration avec le ministère de la Justice. Ce D.E.S.C, initialement prévu pour les villes de Paris, Nancy et Poitiers, n'a jamais vu le jour. Pourtant, une enquête menée en 2012 sur 125 PU-PH montrée que la majorité d'entre eux étaient favorables à la création d'un D.E.S.C de psychiatrie médico-légale (30)

Cette demande de formation complémentaire est renouvelée en mars 2021 par deux sénateurs, Jean Sol et Jean-Yves Roux, dans un autre rapport parlementaire (31) : bien que la formation type D.E.S.C ne soit plus d'actualité, leur proposition reste similaire à celle de 2007. Ils suggèrent l'instauration au niveau national d'une formation en psychiatrie légale intégrée à la maquette de troisième cycle d'études médicales. Cette fois encore, cette demande n'a pas été honorée par

le ministère de l'enseignement supérieur, celui-ci estimant que les formations via les diplômes universitaires (D.U) demeurent suffisantes.

Dans sa thèse de Docteur en médecine, Justine Merey propose un modèle de formation en psychiatrie légale composé d'un cours théorique suivi d'une simulation pratique (32). Les résultats rapportent une meilleure sensibilité des étudiants à l'examen psychiatrique en GAV suite à cette formation.

En post-internat, il existe une demande de collégialité croissante de la part des experts psychiatres. Les praticiens expérimentés sont incités à favoriser le compagnonnage avec des experts récemment diplômés (33) (31)

Bien que la formation des psychiatres et futurs psychiatres dans le domaine de la psychiatrie légale soit à parfaire, des recommandations sont néanmoins à disposition des cliniciens, en libre accès. Ces dernières ont été rédigées par les membres d'une Conférence de consensus, en 2004 (9). Alors que ces notions figurent dans le texte des recommandations, notre étude montre qu'il persiste une méconnaissance, chez les psychiatres, des destinataires du certificat médical (premier volet) et du compte-rendu de consultation (deuxième volet) à l'issue de l'évaluation. Si plus de 90% des psychiatres interrogés savent à qui remettre le premier volet (à l'autorité judiciaire), ils sont moins d'un tiers à connaître les personnes susceptibles d'avoir accès au deuxième. Selon 43% des psychiatres, il peut être adressé aux autorités judiciaires. Il s'agit pourtant d'un document confidentiel, ne pouvant être transmis qu'au personnel médical impliqué dans la prise en charge du patient, et après accord de ce dernier. Paradoxalement, le devoir de confidentialité lors de cet examen semble maîtrisé de tous : ils sont près de 80% à

avoir répondu que la réquisition ne déroge pas le médecin de son secret professionnel et plus de 90% à savoir que les autorités ne peuvent pas être présentes lors de l'examen.

Les recommandations de la Conférence de consensus sont non seulement connues de manière approximative, mais abordent par ailleurs peu les spécificités de l'examen psychiatrique en GAV. En particulier, il n'est fait aucune mention des modalités d'hospitalisation possibles après l'examen.

La possibilité d'une hospitalisation sans consentement de type soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) est connue de la grande majorité des psychiatres (93,4%). En revanche, ils semblent peu au fait des autres modalités de prise en charge hospitalière à la suite de l'évaluation psychiatrique. Bien qu'en pratique, les SPDRE soient les plus fréquents (12), il est envisageable d'hospitaliser le patient selon toutes les modalités de soins : soins libre, soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI), ou à la demande d'un tiers (SPDT), dès lors qu'il ait mis fin à la GAV sur décision du procureur de la République ou du Juge.

Un certificat type (premier volet) et un modèle de dossier médical confidentiel (deuxième volet) se trouvent dans le texte des recommandations de 2004. Cinq ans plus tard, le Ministère de la Justice publie un guide de bonnes pratiques ainsi qu'un autre modèle de certificat, inspiré du précédent (11). Un groupe de travail dirigé par P. Chariot élabore en 2010 un nouveau modèle de certificat dont l'objectif est d'apporter des précisions notamment en ce qui concerne les antécédents psychiatriques et addictologiques (10). Au sein de la partie médicale confidentielle, le médecin est invité à détailler les antécédents psychiatriques du patient notamment en ce qui concerne le suivi (dates des prochaines consultations, présence d'un

psychiatre référent) et les éventuelles hospitalisations en psychiatrie. Lorsque le patient rapporte un trouble lié à l'usage de substance, le médecin doit rechercher quel est le mode de consommation, la fréquence, l'heure de la dernière prise. Il qualifie ensuite l'usage de chaque substance : normal, nocif, à risque ou l'existence d'une dépendance. Le modèle est utilisé en Seine-Saint-Denis depuis juin 2010. Ces certificats type sont essentiels pour homogénéiser la réponse médicale à une réquisition, mais ne sont pas adaptés à l'examen psychiatrique. Ainsi, dans la continuité de ces travaux, il serait avantageux d'envisager la création d'un certificat type et d'un modèle de dossier médical confidentiel exclusivement à destination des psychiatres. Celui-ci aborderait les problématiques propres à l'examen psychiatrique des personnes en GAV. Il préciserait les modalités d'hospitalisations possibles (notre étude témoignant d'une méconnaissance des psychiatres sur les possibilités d'hospitalisation en SL, SPI et SDT) et pourrait être associé à un guide de l'entretien psychiatrique en GAV qui indiquerait l'objectif de la réquisition et inciterait les praticiens à rester prudent vis-à-vis de questions parfois inadaptées, relevant du cadre de l'expertise.

Une confusion avec l'expertise psychiatrique pénale de responsabilité

D'après les recommandations de 2004, la mission d'expertise psychiatrique pénale « doit être clairement distinguée de l'examen psychiatrique d'urgence qui doit pouvoir être demandé en cas de doute sur l'état de santé mentale du sujet, soit dans le cadre de la mission de type expertal qui consiste à déterminer la compatibilité de l'état de santé avec la garde à vue, soit simplement dans une optique de soin » (9).

Le Conseil Départemental l'Ordre des Médecins (Val de Marne) rappelle bien que « l'examen médical de la personne gardée à vue n'est pas assimilable à une expertise [...] Il ne comprend par ailleurs ni le dépôt d'un rapport d'expertise, ni l'interprétation de résultats » (34). Si pour la plupart des psychiatres interrogés (95%), cet examen vise bien à évaluer la compatibilité du sujet avec la GAV, 12% estiment pouvoir se prononcer sur la responsabilité pénale du sujet et 7% pensent qu'il s'agit de l'objectif principal de la réquisition.

La confusion fréquente entre expertise pré-sentencielle et examen psychiatrique en GAV n'est pas sans lien avec l'évolution actuelle de la Justice.

On assiste actuellement à une demande croissante d'expertises psychiatriques de responsabilité par l'autorité judiciaire, et ce, dès le stade de la GAV. Dans le cadre d'une procédure délictuelle, les autorités judiciaires disposent parfois d'un laps de temps très restreint entre la commission de l'infraction et le procès pour réunir tous les éléments nécessaires à l'instruction. C'est pourquoi, elles peuvent être amenées, dans un souci de rapidité, à demander à un psychiatre non habilité de réaliser une véritable expertise pénale dès le stade de la GAV, en particulier dans le cadre des procédures de comparution immédiate (voir **Encadré 2**). Demander à un psychiatre non expert de réaliser une véritable expertise psychiatrique de responsabilité pose problème pour plusieurs raisons. On ne peut pas demander à un expert de réaliser si rapidement une évaluation de responsabilité : le temps alloué à l'examen est très court (30 à 60 min), le sujet est parfois sous l'emprise de substance, les conditions d'entretiens sont peu optimales (sujet épuisé par des heures de GAV, en état de stress...). Le certificat est rendu immédiatement après l'examen, ce qui ne permet pas d'effectuer une relecture ou

une réflexion poussée. Ce sont donc les plus mauvaises conditions pour un examen qui se voudrait contributif sur la question de la responsabilité pénale. Cet examen doit être considéré comme un examen psychiatrique de premier contact, relevant uniquement la symptomatologie présente. Elle servira de support ultérieurement, lors l'expertise psychiatrique, si celle-ci est demandée. La mission expertale est tout autre, elle s'effectue au cours de l'instruction et exige une évaluation plus longue et plus approfondie (plusieurs heures). Elle ne s'effectue pas sur réquisition mais sur une ordonnance de commission et s'adresse uniquement aux psychiatres inscrits sur la liste des experts.

Le Dr. Zagury souligne le manque de sérieux des quelques psychiatres qui cèdent aux questions déplacées des autorités judiciaires. Il déclare : « obéissant servilement aux injonctions de certains parquets, au point d'avoir été affublés du sobriquet de « cireurs de parquets », ces praticiens qui n'ont souvent aucune expérience médico-légale, répondent en quelques minutes à des questions concernant la responsabilité pénale ou le pronostic lointain » (33) .

L'expertise psychiatrique, quasi-systématique en matière criminelle, fait ainsi souvent défaut dans le cadre des procédures correctionnelles (35). Pourtant, la santé mentale des prévenus concernés est préoccupante. D'après une enquête de Médecin du Monde 16,5% de cette population déclare vivre avec un trouble psychiatrique et un tiers consomme une substance psychoactive (cannabis, alcool, cocaïne) (36), d'où l'intérêt de porter une attention particulière à leur état psychique. Dans un rapport du Sénat (35), plusieurs intervenants déclarent que la procédure de comparution immédiate serait « une des voies privilégiées de responsabilisation des personnes atteintes de troubles mentaux ». Ils dénoncent une expertise insuffisante

ou de mauvaise qualité (parfois seulement un quart d'heure d'entretien avec le prévenu, un manque de données concernant les antécédents psychiatriques...).

Encadré 2 - La comparution immédiate

La comparution immédiate, créée en 1863, a pour vocation initiale d'accélérer le jugement de délits simples et établis, où une enquête plus poussée n'est pas estimée nécessaire pour le procureur.

Après une série de réformes, les lois Perben I (2002) et Perben II (2004) en élargissent le périmètre d'application (37)(38). Aujourd'hui, quasiment la totalité des délits, même non flagrants, passibles de six mois à dix ans de prison peuvent y être jugés. De ce fait, le recours à la comparution immédiate a considérablement augmenté, passant de 8 à 12% des jugements au tribunal correctionnel entre 2000 et 2012 (37).

Si elle permet aux procédures judiciaires, souvent très lentes, d'apporter une réponse rapide aux affaires les plus simples, elle est sujette à de nombreuses critiques. Les avocats Laure Heinich et Dominique Tricaud la qualifient de véritable « machine à enfermer » car « des personnes peuvent être condamnées jusqu'à 20 ans de prison par des jugements bâclés en 20 minutes à la nuit tombée » (39) . Ces derniers dénoncent un jugement hâtif, parfois expéditif, laissant peu de temps aux avocats pour préparer leur défense et exposer leur plaidoyer (ils ne disposent en moyenne que de six minutes pour exposer leur plaidoyer pour une audience d'une demi-heure (40). Depuis 1995, la peine d'emprisonnement ferme est effective dans 70% des cas de déferrement en comparution immédiate (38) ce qui est plus de huit fois supérieur à la moyenne des audiences classiques de jugement. Ces chiffres se confirment sur les enquêtes de terrain : 80% des prévenus condamnés à la prison ferme en 2012-2013 à Nice (41) et 60% à Marseille en 2015 (40).

Un manque de moyens humains

Les modifications législatives successives (notamment les lois Perben I et II) ont conduit à une majoration importante des motifs de recours au psychiatre lors de la

procédure judiciaire (de la mise en GAV à la phase post-sentencielle) (42). Ces demandes pressantes de la Justice ne sont pas forcément accompagnées d'une augmentation des psychiatres disponibles pour cet examen, ceux-ci restant minoritaires et difficilement accessibles.

Dans la région du Nord, un seul psychiatre assure 90% des interventions en GAV à Lille, Roubaix, Tourcoing (43). Quand il n'est pas disponible, les psychiatres des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Lille peuvent être réquisitionnés. Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants fait état de nombreuses plaintes des membres des forces de l'ordre concernant les difficultés d'accès au médecin en garde à vue dans cette région : « Dans certains cas, les médecins contactés refusent tout simplement de se déplacer, en particulier la nuit (en Corse, par exemple), ce qui oblige le personnel à se rendre, sous escorte, avec le gardé à vue dans un établissement hospitalier. » (44). C'est également le cas à Valenciennes et Dunkerque où aucun psychiatre ne se déplace dans les locaux de police (43).

Afin de pallier ce problème, l'Unité Médico-Judiciaire (U.M.J) du Centre Hospitalier Régional de Toulouse a mis en place un réseau « ville-hôpital » (45). Il est composé d'un groupe de médecins disponible, permettant de répondre chaque jour de la semaine, 24 heures sur 24, aux réquisitions du parquet et des officiers de police judiciaire (OPJ). Or, lors d'un contrôle de l'U.M.J en 2011, il a été constaté que la permanence de psychiatres sur le site n'était pas respectée et qu'il n'existait plus de ligne d'astreinte dédiée à l'examen psychiatrique des personnes gardées à vue (45).

Nous pourrions envisager la création d'un regroupement de psychiatres entièrement dédiés aux missions juridiques. Si ce projet peut initialement sembler

être une solution, il ne correspond pas à l'avis des psychiatres auditionnés lors du rapport de la Commission Santé-Justice de 2005 (42).Ceux-ci soulignent l'importance pour les autorités judiciaires de recourir à des professionnels, certes compétents sur le plan expertal mais qui maintiennent leur activité clinique à côté. En effet, la sur-professionnalisation avec un recours à des « experts en série » risquerait d'entraîner à long terme « une diminution de la compétence de ces derniers et un manque de recul par rapport à leur mission ».

Un moyen pour empêcher ou retarder l'incarcération des personnes souffrant de troubles psychiatriques

Le manque de recommandations adaptées, la manque de formation des psychiatres combiné à leur faible disponibilité pour répondre aux demandes de plus en plus nombreuses de la Justice sont préjudiciables car cet examen est d'une importance fondamentale. Ce premier examen médical est d'autant plus précieux qu'il intervient avant les soins. Il permet d'obtenir une « photographie » de l'état mental du sujet au plus proche des faits, avant que les symptômes ne soient abrasés par l'instauration d'un traitement médicamenteux. Par ailleurs, il est important de garder en mémoire que les troubles psychiatriques demeurent un des principaux motifs d'incompatibilité à la GAV, d'autant plus si le patient évoque lui-même une souffrance mentale (13). Ainsi, la rencontre avec le psychiatre en GAV constitue parfois la seule opportunité d'alerter d'une part les autorités judiciaires sur la nécessité de prendre en compte la santé mentale du prévenu lors de l'enquête ; et d'autre part d'apporter des soins au patient. Il constitue un « filtre » à l'incarcération

de personnes souffrant de troubles psychiatriques, qui sont déjà largement surreprésentés en milieu pénitentiaire.

La dernière enquête épidémiologique de référence, publiée en 2004, rapporte que 8 hommes sur 10 et trois quarts des femmes présentent au moins un trouble psychiatrique en détention. Elle relève également que près d'un quart des hommes et des femmes souffre de troubles psychotiques (46). Une étude régionale menée dans le Nord Pas de Calais entre 2014 et 2017 corrobore ces résultats (47)

En avril 2020, est parue une étude s'intéressant à la santé mentale des arrivants en détention dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais (48). Le **Tableau 6** présente les résultats de l'étude et les comparaisons avec la population générale.

Tableau 6 – Comparaison des prévalences des troubles psychiatriques chez les arrivants en détention versus la population générale dans les départements du Nord et du Pas de Calais¹

	En prison n=622	En population générale n=1866
Troubles dépressif majeur	27,2 %	11,3 %
Trouble anxieux généralisé	25,2	12,9
Risque suicidaire	31,5 %	12,5
Dépendance à une substance (hormis la nicotine)	26,7 %	6,7 %
État de stress post -traumatique	5 %	0,9 %
Trouble psychotique	6,9 %	2,3 %

¹ Les chiffres en population générale sont issus de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (49). Étaient exclus de l'enquête : les personnes vivant en institutions ou maisons de retraite, les personnes hospitalisées, incarcérées ou sans domicile fixe. Ce groupe contrôle a été appareillé sur l'âge et le sexe. Les critères diagnostiques des deux études s'appuient sur le même support : le Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Les conditions de détention et les difficultés de prise en charge de ces patients semble sous-tendre une augmentation des passages à l'acte suicidaire en prison. L'OMS relève que le suicide est la première cause de mortalité en prison (près de la moitié) avec un risque 7 fois plus élevé qu'en population générale (50). L'enquête nationale de 2004 rapporte un risque suicidaire chez 40% des hommes et 62% des femmes et un risque élevé pour près de la moitié (46).

La mauvaise santé mentale des personnes détenues est une problématique ne se limitant pas qu'à la France. Une revue de la littérature menée par le Pr. Fazel (Université de Oxford) entérine ces résultats au niveau international (51). Ils retrouvent notamment un risque suicidaire trois à six fois plus élevé qu'en population générale et un détenu sur sept serait atteint de trouble psychotique ou dépressif.

Les autres moyens de lutte contre l'incarcération des personnes souffrant de troubles psychiatriques

Renforcer le filtre constitué par l'examen psychiatrique des personnes en GAV est une des pistes avancées pour lutter contre l'incarcération des personnes souffrant de troubles psychiatriques, mais ce n'est pas la seule. Il faudrait optimiser leur repérage et leur prise en charge à tous les niveaux de leur parcours judiciaire : en pré-sentenciel, pendant l'incarcération et en post-sentenciel.

Avant la comparution immédiate

Si la santé mentale des prévenus en GAV et en comparution immédiate est inquiétante, leur situation sociale n'est pas plus rassurante. D'après une enquête de Médecins du Monde menée à Marseille en 2016, auprès de personnes jugées en comparution immédiate après leur GAV (52) :

- $\frac{3}{4}$ vivent avec moins de 1000€ par mois
- $\frac{2}{3}$ n'ont pas d'activité professionnelle
- $\frac{1}{4}$ dispose d'un logement personnel dont il est locataire ou propriétaire.
- 5% cumule trouble psychiatrique et absence de logement.
- Parmi les individus percevant moins de 500 euros par mois, hébergés chez un tiers ou vivant à la rue, la déclaration d'un trouble psychique et l'absence de logement constituent un facteur explicatif de la décision d'incarcération.

L'absence de garantie de représentation (c'est à dire la crainte du procureur que le prévenu ne se présente pas au Tribunal) est un des motifs légitimant le déferrement en comparution immédiate. Ainsi, il n'est pas étonnant qu'une étude observe que les personnes sans emploi, aux faibles revenus, avec un bas niveau scolaire, nées à l'étranger ou sans domicile fixe soient surreprésentées parmi les prévenus jugés en comparution immédiate (53). Comme nous l'avons vu précédemment, c'est une procédure largement pourvoyeuse d'incarcération.

Le système établi conduit à discriminer des personnes déjà fragilisées par une grande précarité sociale (une peine d'emprisonnement ferme sur dix touche un SDF (53). A cette première inégalité, s'en rajoute une autre qui se rapproche de notre sujet d'étude. La présence d'une pathologie psychiatrique pouvant entraîner une incapacité de travailler avec une diminution des revenus et un risque de

précarisation, il est aisé de mettre en corrélation la précarité sociale, la maladie mentale et l'incarcération. Ce phénomène est bien décrit par le cercle « *rue-hôpital-prison* » ou « *revolving door* ». Cette triade définit la répétition des passages aux urgences psychiatriques, en détention, et dans les foyers d'hébergement d'urgence de personnes atteintes de troubles psychiatriques. Quelques projets ont vu le jour récemment afin de protéger cette population vulnérable sur le plan psychiatrique et social. Nous pouvons citer le projet d'Aide à l'incarcération par le suivi intensif (AISLI).

Débuté à Marseille à l'initiative de Médecin du Monde, le projet AISLI vise à étudier l'efficacité d'un accompagnement intensif au sein de la population de personnes vivant avec des troubles psychiatriques, sans domicile et déferées en comparution immédiate. L'étude part du constat que dans cette région, les personnes sans logement et souffrant de troubles psychiatriques ont 21 fois plus de chance d'être incarcérée que les autres (54). L'accompagnement intensif consiste en un hébergement collectif transitoire et à permettre un accès rapide à un logement avec l'accompagnement d'une équipe dédiée (psychiatres, addictologues). Le suivi s'établit durant deux années consécutives. Les résultats de l'études ne sont pas encore disponibles. Celle-ci a été lancée en 2019 et devrait se conclure d'ici 2024.

Pendant l'incarcération

Des décompensations ou des apparitions de pathologies peuvent également survenir en cours de détention surtout si l'emprisonnement s'étend sur de nombreuses années. Il est alors possible, pendant l'incarcération, de demander des suspensions de peine pour raisons psychiatriques, mais ce n'est pas souvent demandé et pas souvent accepté. Seuls sont concernés « les condamnés dont il est

établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux. » (Article 720-1-1 du CPP). Le Dr. Michel David relève une probable interprétation erronée de cette loi (55). La formulation de celle-ci pourrait laisser penser que les personnes souffrant de troubles mentaux ne pourraient pas bénéficier de cette mesure car il suffirait de les hospitaliser en psychiatrie. La phrase doit être comprise autrement. La suspension de peine est impossible uniquement quand la personne est hospitalisée en psychiatrie mais elle est possible le reste du temps.

Après l'incarcération

En complément d'une prise en charge adaptée en amont et durant l'incarcération, il paraît indispensable d'assurer la bonne continuité du parcours de soin à la sortie de prison. En effet, pour les ex-détenus, la période de libération s'avère particulièrement à risque : décès, réincarcération, précarisation, décompensation... La Fondation Abbé-Pierre dénonce le nombre important de « sorties sèches », c'est-à-dire sans que la transition entre la prison et le monde extérieur ait été préparée (56). Ainsi, 80% des détenus sortiraient sans accompagnement ni aménagements de peine. Les chiffres sont encore plus élevés pour les courtes peines (98%). L'aménagement de peine, outre la possibilité de purger sa peine hors des murs de la prison, engage le détenu à trouver un emploi ou un projet de formation, respecter les obligations de soin, s'engager dans un projet d'insertion et à avoir une adresse (et donc une solution d'hébergement). Cette procédure ne concerne que 20% des peines privatives de liberté en 2018.

En conséquence, le 2 juillet 2019, le ministre de la Justice et la Secrétaire d'État auprès du ministre des Solidarités de la Santé ont présenté une feuille de route destinée à améliorer la prévention, l'accès aux soins, le repérage du handicap et de la perte d'autonomie des personnes placées sous main de Justice (57): « La sortie de détention est identifiée comme un risque majeur de rupture de prise en charge si elle n'a pu être anticipée. Dans ce contexte, il convient d'organiser la continuité de la prise en charge sociale et sanitaire des personnes à leur levée d'écrou, ce qui induit d'assurer une coordination entre les équipes de soins de l'unité sanitaire, les services pénitentiaires d'insertion et de probation, les dispositifs sociaux, médicosociaux et les soins de ville et hospitaliers. »

A cet effet, le dispositif Équipe Mobile Transitionnelle (EMOT) (58), initié dans la métropole lilloise, permet de faciliter le relais entre les structures intra-carcérales et extra-carcérale et ainsi limiter le risque de rupture de soin. Il propose un accompagnement pluridisciplinaire (médical et social) jusqu'à six mois après l'incarcération (59). De la même manière, le service médico-psychologique du centre hospitalier de Saint-Anne (Paris) organise une consultation spécifique pour les personnes sortant de prison (60). Selon le psychiatre responsable de la structure, le Dr. Canetti, la poursuite des soins est un enjeu difficile pour les ex-détenus. Les centres Médicaux-psychologiques (CMP) sont souvent surchargés et ne permettent pas de proposer des rendez-vous dans un court délai après la libération. De plus, les ex-détenus se heurtent à la peur des soignants des structures de psychiatrie non-carcérales. Ils sont, pour la plupart, peu familiers de cette population et ne se sentent pas toujours suffisamment compétents pour les prendre en charge. C'est pourquoi, le personnel du SMPR de l'hôpital Sainte-Anne est principalement composé de soignants ayant déjà travaillé en milieu carcéral. L'objectif n'étant pas de créer une «

filière ségrégative » pour anciens détenus, le relais est rapidement fait vers les soins communs : « Nous allons présenter le patient pour montrer à l'équipe qu'on n'amène pas Jack l'Éventreur » explique le Dr. Canetti.

Lien entre troubles psychiatriques et placement en garde à vue

En amont de cette réflexion, il convient également de se pencher sur les liens qui unissent troubles psychiatriques et placement en GAV, ou plus généralement, trouble psychiatrique et placement sous main de Justice.

Une des principales hypothèses pour expliquer cette association est assez ancienne. En 1939, Lionel Sharpel Penrose, un psychiatre, mathématicien et généticien anglais, évoque un transfert progressif des populations de l'institution psychiatrique vers le milieu carcéral (61). Il suppose que les capacités d'admission des patients en hôpital psychiatrique et l'effectif de la population carcérale sont inversement corrélés. Ce phénomène est appelé la désinstitutionalisation. Une étude américaine parue en 2014 corrobore cette hypothèse : la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques est associée de façon significative à une augmentation du nombre de détenus dans six pays d'Amérique du Sud entre 1990 et 2012 (62). Néanmoins, cette étude ne montre pas de relation de causalité entre ces deux paramètres. Selon H. Richard Lamb, Professeur de Psychiatrie et des Sciences Comportementales, beaucoup de détenus souffrant de troubles psychiatriques graves auraient tout aussi bien pu être hospitalisés s'il y avait plus de lits disponibles en psychiatrie ; tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'auteurs de délits mineurs (63).

A la lumière de ces informations, il paraît nécessaire, voire urgent d'un point de vue éthique et sanitaire, de repenser l'organisation des soins psychiatriques en France. L'ouverture de lits dans les services de psychiatries ainsi que la promotion de structures destinées à accueillir des patients dont la dangerosité est élevée (comme les Unités pour Malades Difficile par exemple) s'avèrent fondamentales pour éviter qu'ils ne se retrouvent en prison.

Pour finir, je souhaiterais ajouter qu'il faut bien garder à l'esprit que contrairement à l'image populaire, souvent véhiculée par les médias, du malade mental violent, « *tueur en série* », ces personnes sont plus souvent victimes de violences qu'auteurs. La HAS souligne la survictimisation de personnes atteintes de troubles psychiatriques graves. La lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de pathologies psychiatriques est primordiale pour qu'ils puissent s'intégrer correctement dans la société (64). C'est un point très important car la marginalisation et l'isolement de cette population pourraient enclencher une spirale morbide : rupture de suivi médical, décompensation de la pathologie sous-jacente, plus forte probabilité d'altérer leur discernement et de réaliser des actes conduisant parfois à une incarcération. L'étude Ipsos, menée par la Fondation Fondamental (réseau de coopération scientifique en santé mentale) s'est intéressée à la perception et la représentation des maladies mentales dans la société. En 2014, les auteurs ont interrogé un échantillon de 1002 personnes via un questionnaire en ligne (65). Les résultats de l'enquête montrent qu'il existe une grande méconnaissance des Français au sujet des troubles psychiatriques.

Seule la moitié des Français accepterait de partager son intimité avec une personne atteinte de trouble psychiatrique : 52% seraient gênés de vivre sous le même toit, 35% seraient gênés de travailler dans la même équipe et 30% seraient

gênés de partager un repas. Les français restent sceptiques sur la capacité des malades à s'intégrer dans la société : 54% des français pensent que les patients atteints de troubles psychiatriques ont besoin d'une assistance quotidienne, 42% pensent qu'ils ne peuvent pas assumer la responsabilité d'une famille et 8% répondent que ces patients ne peuvent pas vivre en société et doivent être isolés.

Au XXI^{ème} siècle, bien que les « fous » ne finissent plus au bucher, force est de constater qu'ils suscitent toujours de la peur et/ou du dégoût. De ce fait, il est peu surprenant qu'ils puissent être victimes de discriminations au sein de la société et plus particulièrement lorsqu'ils ont affaire à la Justice. A ce sujet, il serait pertinent de mener une enquête sur la perception de la maladie mentale par personnes amenées à intervenir dans leur parcours judiciaire (officier de police judiciaire, procureurs, juges...). Les résultats pourraient aider à la réalisation de programmes de sensibilisation au sein de leur profession.

Limites et biais

Le faible nombre de participants (183) représente une des principales limites de l'étude (on recense près de 15.500 psychiatres en France au 1^{er} janvier 2021 (66) ; nous avons donc interrogé à peine plus de 1 % des psychiatres français). De plus, nos résultats ne peuvent être confortés par la présence de constats similaires portés par d'autres études. En effet, à ce jour et à notre connaissance, il ne s'agit que de la première enquête sur ce sujet.

Nous avons été confrontés à plusieurs biais de recrutement : les psychiatres ayant répondu au questionnaire étaient probablement plus sensibilisés à la

psychiatrie légale, ou en tout cas se sentaient plus concernés que les autres par cet examen. Nous remarquons en effet que près de 14% exercent en milieu pénitentiaire et 30% ont déclaré avoir une activité expertale, ce qui est bien plus élevé que la moyenne de leurs confrères. Ainsi, il est possible que les réelles connaissances des psychiatres sur cet examen soient plus basses que celles objectivées dans cette étude.

De la même manière, le moyen de diffusion du questionnaire (via une mailing-list de congrès et d'associations) laisse supposer qu'elle interroge des praticiens soucieux de se maintenir actifs au sein de leur profession, donc peut être plus enclins à maîtriser les recommandations de la Conférence de consensus. Nous avons peu eu accès aux connaissances des psychiatres libéraux. Ils ne sont que 8% à avoir répondu au questionnaire alors qu'ils représentent près de 30% de la population de psychiatres (on dénombrait 4515 psychiatres libéraux exclusifs au 1^{er} janvier 2021) (66). Un complément d'enquête auprès ces praticiens pourrait être intéressant à réaliser.

Une des mailing-list utilisées regroupe les praticiens du Centre hospitalier universitaire de Lille. Nous n'avons pas relevé, lors de l'enquête épidémiologique, la ville d'exercice des psychiatres, mais il serait probable que ceux exerçant dans l'Académie du Nord soient plus représentés que les autres, constituant ainsi un biais de sélection.

CONCLUSION

L'examen psychiatrique des personnes placées en garde à vue est d'une importance fondamentale. Son objectif principal est clairement énoncé dans la Conférence de consensus de 2004 : évaluer la compatibilité de la personne avec les conditions de détention. Il permet de repérer les personnes souffrant de troubles psychiatriques dès le début de leur parcours judiciaire et ainsi les orienter vers des structures de soins adaptées si leur état le justifie. Dans le cadre de l'instruction judiciaire, il permet d'obtenir une description précise de l'état mental de la personne au plus proche des faits, facilitant ainsi le travail d'expertise ultérieure.

Tout psychiatre peut être amené, au cours de sa carrière, à être réquisitionné pour intervenir en GAV. Il est donc essentiel qu'ils en connaissent les enjeux et les limites.

Notre étude a montré que le cadre légal de la réquisition judiciaire est globalement bien connu des psychiatres. Cependant, les modalités de réponse à celle-ci sont encore imparfaitement assimilées. Les résultats montrent que certains psychiatres font encore l'amalgame entre expertise psychiatrique pénale de responsabilité et examen psychiatrique en GAV.

Parmi toutes les variables étudiées, le seul facteur associé à la bonne connaissance de cet examen est le fait d'avoir reçu une formation en psychiatrie légale. Il est donc important que les psychiatres aient accès à une formation de qualité et ce, dès le début de leur internat. Une sensibilisation précoce des praticiens garantirait une plus grande disponibilité de ceux-ci pour collaborer avec la Justice.

Afin de faciliter et d'améliorer la qualité de la réponse à la réquisition, il serait utile de pouvoir leur proposer un outil rédactionnel sous forme de modèle de certificat. Celui-ci détaillerait notamment les notions qui semblent les moins maîtrisées par les psychiatres : les modalités d'hospitalisation et les destinataires des différents documents. Il pourrait être accompagné d'un guide de l'entretien psychiatrique en garde à vue qui informerait le praticien sur le cadre légal et l'objectif la réquisition. Il en préciserait les enjeux et ainsi que les pièges à éviter.

ANNEXE

Auto-questionnaire à destination des psychiatres
Réquisition judiciaire pour l'évaluation psychiatrique d'une personne gardée à vue

Partie 1 - Caractéristiques socio-démographiques :

1. Vous avez (*âge*) : |_|_| ans

2. Vous êtes (*sexe*) :

Un homme

Une femme

Partie 2 - Exercice professionnel et formation :

3. Nombre d'années d'exercice depuis la fin de votre internat : |_|_| ans

4. Êtes-vous titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) ?
1)

Oui → **Allez à la question 5**

Non → **Allez à la question 6**

5. De quel DESC êtes-vous titulaire ?

Addictologie

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Autres (*précisez*) :

6. Quel est votre mode d'exercice ? (*plusieurs réponses sont possibles*)

- Salariat (hôpital public, clinique privée)
- Exercice libéral
- Exercice mixte
- Remplacement
- Arrêt d'activité
- Autres (*précisez*) :

7. Dans quel milieu exercez-vous votre activité principale ? (*plusieurs réponses sont possibles si votre activité est partagée équitablement*)

- Dans un cabinet libéral
- Dans un centre médico-psychologique (CMP), ou autre unité de consultation
- Dans une structure médico-sociale (maison d'accueil spécialisée – MAS, appartements thérapeutiques, centre d'hébergement et de réhabilitation sociale – CHRS, etc.)
- Dans une unité de soins séquentiels (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel – CATTP, hôpital de jour – HDJ, etc.)
- Dans une unité hospitalière de soins psychiatriques libres
- Dans une unité hospitalière de soins psychiatriques sans consentement
- Au sein d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)
- Dans une unité de psychiatrie de liaison
- Autres (*précisez*) :

8. Une partie (ou la totalité) de votre activité est-elle réalisée en milieu pénitentiaire ?

- Oui
- Non

9. Une partie (ou la totalité) de votre activité est-elle consacrée à la réalisation d'expertises ?

- Oui : expertises civiles
- Oui : expertises pénales
- Non

10. Avez-vous bénéficié d'une formation dans le domaine de la psychiatrie légale ?

- Oui → **Allez à la question 11**
- Non → **Allez à la question 13**

11. De quelle formation avez-vous bénéficié ?

- Cours dispensés durant votre internat, dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de psychiatrie (DES)
- Diplôme universitaire (DU)
- Autres (*précisez*) :

12. Dans ce cadre, avez-vous bénéficié d'une formation spécifique sur la réquisition judiciaire pour l'évaluation psychiatrique d'une personne gardée à vue ?

- Oui
- Non
- Je ne sais plus

17. Le/la psychiatre réquisitionné(e) a-t-il/elle l'obligation de répondre à toutes les questions posées par l'Officier de police judiciaire ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

18. Selon vous, quel est l'objectif principal de cette réquisition ?

.....
.....
.....
.....

19. A l'issue de cet examen, et à la demande de l'Officier de police judiciaire, est-il recommandé que le/la psychiatre se prononce sur :

- a. La responsabilité pénale du sujet ?
 Oui / Non / Je ne sais pas
- b. L'existence d'une pathologie mentale ou d'une addiction ?
 Oui / Non / Je ne sais pas
- c. La dangerosité du sujet ?
 Oui / Non / Je ne sais pas
- d. L'accessibilité du sujet à une sanction pénale ?
 Oui / Non / Je ne sais pas
- e. La compatibilité du sujet avec le maintien en garde à vue ?
 Oui / Non / Je ne sais pas

20. A l'issue de son examen médical, le/la psychiatre réquisitionné(e) peut-il/elle demander des examens complémentaires (bilan sanguin, imagerie, etc.) ?
(plusieurs réponses sont possibles)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

21. Selon vous, la réquisition d'un(e) psychiatre pour examiner un sujet gardé à vue le/la délie-t-elle complètement de son obligation au secret professionnel ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

22. Selon vous, l'examen psychiatrique d'un sujet gardé à vue doit-il être réalisé en présence des forces de l'ordre (présentes dans le bureau) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

23. Si l'état clinique du/de la patient(e) vous semble incompatible avec son maintien en garde à vue, sous quelle(s) modalité(s) pouvez-vous l'hospitaliser en psychiatrie ?

- En soins libres
- Sans son consentement : sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)
- Sans son consentement : à la demande d'un tiers (SPDT)
- Sans son consentement : à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU)
- Sans son consentement : en cas de péril imminent (SPPI)
- Il est impossible d'hospitaliser le/la patient(e) en psychiatrie

24. A qui le/la psychiatre réquisitionné(e) doit-il/elle transmettre le certificat médical établi sur réquisition ? *(plusieurs réponses sont possibles)*

- Au/à la patient(e)
- A l'autorité judiciaire
- Au médecin traitant du/de la patient(e)
- Je ne sais pas

25. A qui le/la psychiatre réquisitionné(e) peut-il/elle transmettre le compte-rendu de sa consultation ? *(plusieurs réponses sont possibles)*

- Au/à la patient(e)
- A l'autorité judiciaire
- Au médecin traitant du/de la patient(e)
- Je ne sais pas

26. Le/la psychiatre réquisitionné(e) bénéficie-il/elle d'une rémunération spécifique pour cet examen ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

27. Trouveriez-vous un avantage à avoir accès à un questionnaire pré-rempli vous permettant de guider votre entretien et la rédaction de votre certificat médical, dans le cadre d'une réquisition pour examiner un sujet gardé à vue ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Définition de la garde à vue. In [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/garde_%C3%A0_vue/54517
2. Chariot P, Beaufrère A, Denis C, Dang C, Vincent R, Boraud C. Detainees in police custody in the Paris, France area: medical data and high-risk situations (a prospective study over 1 year). *Int J Legal Med.* sept 2014;128(5):853-60.
3. Code de procédure pénale [Internet]. Légifrance - Le service public de la diffusion du droit. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006071154/>
4. Service des études juridiques. Étude de législation comparée n° 204 - décembre 2009 - La garde à vue [Internet]. 2009 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/lc/lc204/lc2040.html>
5. Loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale.
6. Circulaire du 24 août 1993 relative à la loi n° 93-1013 modifiant la loi n° 93-2 du 4 janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale.
7. Cour européenne des droits de l'homme. Convention européenne des droits de l'homme. 1950 p. 31.
8. Gilard-Pioc S, Dang-Hauter C, Denis C, Boraud C, Chariot P. [Detainees in police custody in Seine-Saint-Denis (France): Medical data and high-risk situations, a descriptive study]. *Presse Med.* sept 2013;42(9 Pt 1):e293-299.
9. Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille: Haute autorité de santé; 2004 déc.
10. Chariot P, Hugo B, Lepresle A. Intervention du médecin en garde à vue: contenu du certificat médical et de ses à-côtés. 2012;6.
11. Guide de bonnes pratiques relatives à l'intervention du médecin en garde à vue. Direction des affaires criminelles et des grâces; 2009 juill.
12. 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.
13. 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.

14. Étude de législation comparée n° 204 - décembre 2009 - La garde à vue [Internet]. Sénat - Un site au service des citoyens. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/lc/lc204/lc2042.html>
15. Care and Welfare of Persons in Police Custody - Standard Operating Procedure. Criminal Justice Services Division - Police Scotland; 2019 déc.
16. McKinnon I, Grubin D. Health screening in police custody. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1 mai 2010;17(4):209-12.
17. Heide S, Stiller D, Lessig R, Lautenschläger C, Birkholz M, Früchtnicht W. Medical examination of fitness for police custody in two large German towns. *Int J Legal Med*. janv 2012;126(1):27-35.
18. Rapport au Gouvernement des Pays-Bas relatif à la visite effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) aux Pays-Bas du 30 août au 8 septembre 1992. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 1993 juill.
19. Ceelen M, Dorn T, Buster M, Stirbu I, Donker G, Das K. Health-care issues and health-care use among detainees in police custody. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. août 2012;19(6):324-31.
20. Sec I, Deguelle C, Gorgiard C, Rey-Salmon C. [Population of people placed in police custody, hidden barometer of diverted medicines]. *Thérapie*. 21 juill 2020;
21. Chan-Chee C, du Roscoät E. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 5 févr 2019;52.
22. Produits et addictions, vue d'ensemble [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2020 janv [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>
23. Payne-James JJ, Green PG, Green N, McLachlan GMC, Munro MHWM, Moore TCB. Healthcare issues of detainees in police custody in London, UK. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1 janv 2010;17(1):11-7.
24. Rekrut-Lapa T, Lapa A. Health needs of detainees in police custody in England and Wales. Literature review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1 oct 2014;27:69-75.
25. Dorn T, Ceelen M, Buster M, Das K. Screening for mental illness among persons in Amsterdam police custody. *Psychiatr Serv*. oct 2013;64(10):1047-50.
26. Brief Jail Mental Health Screen [Internet]. Policy Research Associates; [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.prainc.com/product/brief-jail-mental-health-screen/>
27. Bulletin officiel [Internet]. Ministère de l'éducation nationale; 2004 oct [cité 10 août 2021]. Report No.: 39. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm>

28. Azoulay M, Lasfar M, Effenterre AV. Psychiatres de demain, formation(s) d'aujourd'hui : état des lieux de la formation du D.E.S. de psychiatrie. L'information psychiatrique. 15 nov 2012;Volume 88(2):139-44.
29. Rossinelli G, Dosquet P, Grohens M, Paindavoine C, Pascal J-C, Richard N, et al. Audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale - Rapport de la commission d'audition. Ministère de la Santé et des Solidarités (Paris): Fédération Française de Psychiatrie; 2007 janv p. 71.
30. Van Effenterre A, Hanon C, Llorca P-M. Enquête auprès des PU-PH sur la formation en psychiatrie en France. France: L'Encéphale; 2014 mars.
31. Sol J, Roux J-Y. Expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale : mieux organiser pour mieux juger [Internet]. Sénat - un site au service des citoyens; 2021 mars [cité 26 sept 2021]. Report No.: 432. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r20-432/r20-432_mono.html#toc29
32. Merey J. Formation des internes en psychiatrie aux expertises psychiatriques de garde à vue: intérêt d'une formation pratique via la simulation en santé. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2017.
33. Zagury D. L'expertise psychiatrique pénale : une honte française. Gazette du palais. N° 19. 24 mai 2016;
34. Réquisition [Internet]. Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins; [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://conseil94.ordre.medecin.fr/content/requisition-1>
35. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français? [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4346.html>
36. Allaria C, Boucekine M. L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiate. Champ pénal/ Penal field [Internet]. 5 déc 2019 [cité 22 sept 2021];(18). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/champpenal/11327>
37. Bosquet S. Dans le moteur de la machine à incarcérer : les comparutions immédiates [Internet]. Observatoire international des prisons - Section française; 2017 nov [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/dans-le-moteur-de-la-machine-a-incarcerer-les-comparutions-immediates/>
38. La comparution immédiate: Elements d'évaluation des pratiques mises en oeuvre. Ministère de la Justice: Direction des affaires criminelles et des grâces; 2012 oct.
39. Heinich L, Tricaud D. Il faut supprimer les comparutions immédiates. Le Monde [Internet]. 8 nov 2016 [cité 14 août 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2016/11/08/il-faut-supprimer-les-comparutions-immediates_5027023_3232.html

40. Raoult S, Azoulay W. Les comparutions immédiates au Tribunal de Grande Instance de Marseille - Rapport de recherche de l'Observatoire. Laboratoire de Droit Privé et de Sciences Criminelles: Université d'Aix-Marseille; 2016 juill. Report No.: 8.
41. Mucchielli L, Raquet É. Les comparutions immédiates au TGI de Nice, ou la prison comme unique réponse à une délinquance de misère. *Revue de science criminelle et de droit penal compare*. 2014;N° 1(1):207-26.
42. Burgelin J-F. Santé Justice et Dangers: pour une meilleure prévention de la récidive - Rapport de la Commission Santé-Justice. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2005 juill.
43. d'Andrea S. 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. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université de Lille; 2019.
44. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Strasbourg; 2007 déc.
45. Rapport de visite: Unité Médico-Judiciaire du Centre hospitalier universitaire de Toulouse. Hôpital de Rangueil: Contrôleur général des lieux de privation de liberté; 2011 sept.
46. Falissard B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire); 2004 déc. Report No.: 2001-148.
47. Plancke L. La santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais. CHRU de Lille: F2RSM Psy; 2017.
48. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *European Psychiatry* [Internet]. ed 2020 [cité 20 août 2021];63(1). Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/mental-disorders-on-admission-to-jail-a-study-of-prevalence-and-a-comparison-with-a-community-sample-in-the-north-of-france/FC6E46A5EC433BED8B2B0FC64E6B2923#>
49. Roelandt J-L, Caria A, Benradia I. Santé Mentale en Population Générale: images et réalités. Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale;
50. Duthé G, Hazard A, Kensey A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque. *Population - Paris*. janv 2015;69(4):519-49.

51. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*. sept 2016;3(9):871-81.
52. Allaria C, Boucekine M. L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiate. *Champ pénal/ Penal field* [Internet]. 5 déc 2019 [cité 13 août 2021];(18). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/champpenal/11327>
53. Gautron V, Retière J-N. La justice pénale est-elle discriminatoire? Une étude empirique des pratiques décisionnelles dans cinq tribunaux correctionnels. Université Paris Est Marne-la-Vallée, France: Colloque "Discriminations: état de la recherche", Alliance de Recherche sur les Discriminations (ARDIS); 2013 déc p. 12.
54. Marseille AFP. Un logement plutôt que la prison: à Marseille, un test contre la récidive des petits délinquants. *Le Point* [Internet]. 9 oct 2018 [cité 12 août 2021]; Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/un-logement-plutot-que-la-prison-a-marseille-un-test-contre-la-recidive-des-petits-delinquants-09-10-2018-2261430_23.php
55. David M. La suspension de peine pour raison médicale. *L'information psychiatrique* VOL.90; 2014 janv.
56. L'état du mal-logement en France 2019. Fondation Abbé Pierre; Report No.: 24.
57. Dubos C, Bellouobet N. Présentation feuille de route sur trois ans pour la santé des personnes placées sous main de justice. 2019 juill.
58. Évaluation d'une équipe mobile transitionnelle (EMOT) pour personnes présentant des troubles psychiatriques et sortant de prison dans la métropole lilloise [Internet]. Lille: Le Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire du CHU de Lille; [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/evaluation-une-equipe-mobile-transitionnelle-emot-pour-personnes-presentant-troubles-psychiatriques-sortant-prison-metro>
59. Demollien N. Sortie de prison et troubles psychiatrique : le CHU de Lille lance une équipe mobile. *Lilleactu* [Internet]. 22 févr 2021 [cité 19 août 2021]; Disponible sur: https://actu.fr/hauts-de-france/lille_59350/sortie-de-prison-et-troubles-psychiatrique-le-chu-de-lille-lance-une-equipe-mobile_39676881.html
60. Le Breton A. Sortants de prison: poursuivre les soins, une étape essentielle. Observatoire international des prisons - Section française;
61. Penrose LS. Mental Disease and Crime: Outline of a Comparative Study of European Statistics. *British Journal of Medical Psychology*. 1939;18(1):1-15.
62. 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: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*. févr 2015;72(2):112-8.

63. Lamb HR. Does deinstitutionalization cause criminalization? The penrose hypothesis. *JAMA Psychiatry*. févr 2015;72(2):105-6.
64. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur - Recommandations de la commission d'audition. Haute Autorité de Santé; 2011 mars.
65. Perceptions et représentations des maladies mentales - Sondage Ipsos pour FondaMental et Klesia. Fondation Fondamental et Klesia;
66. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021 janv [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

AUTEURE : Nom : SIMONET

Prénom : Joséphine

Date de soutenance : 13 octobre 2021

Titre de la thèse : Examen psychiatrique des personnes placées en garde à vue sur réquisition judiciaire – État des lieux national des connaissances des psychiatres

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Psychiatrie de l'adulte

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Psychiatrie légale ; réquisition judiciaire ; garde à vue ; enquête nationale

INTRODUCTION. La santé mentale précaire des personnes placées en garde à vue (GAV) justifie la réalisation d'un examen psychiatrique de qualité, ainsi qu'une bonne connaissance de ses limites. L'objectif principal de ce travail consiste en une évaluation des connaissances des psychiatres sur les conditions de cet examen, ses objectifs et ses limites, ainsi que sur les règles de rédaction du certificat médical à délivrer à l'autorité judiciaire. L'objectif secondaire est de dégager les variables qui sont associées à la bonne connaissance de cet examen. **METHODES** Nous avons établi un auto-questionnaire à destination de tous les psychiatres de France, diffusé par mail de février à mai 2021. Après description de l'échantillon, un score de performance, sur 12, a été calculé pour chacun des répondants. Les participants ayant un « haut score de performance » ont été comparés à ceux ayant un « bas score de performance » sur plusieurs critères : âge, expérience générale, formation en psychiatrie légale, expérience dans l'évaluation psychiatriques des personnes en GAV et estimation du niveau de compétence. Une analyse bivariée, puis une régression logistique ont été réalisées. **RESULTATS.** Nous avons obtenu 183 réponses. Le cadre légal de la réquisition était globalement bien connu des psychiatres (> 70% de bonnes réponses), de même que l'application du secret professionnel (> 80% de bonnes réponses). Ce n'était pas le cas des objectifs de la réquisition : pour 59% des participants seulement la compatibilité de l'état de santé mentale de la personne examinée avec la GAV était l'objectif principal de la réquisition. Si pour la grande majorité des psychiatres interrogés (93%), il était possible d'instaurer une hospitalisation sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, les autres modalités d'hospitalisation n'étaient possibles que pour une proportion moindre de répondants (< 58%). Les psychiatres interrogés connaissaient bien le destinataire du 1^{er} volet du certificat médical (92%), mais pas du 2^{ème} (seuls 26% savaient qu'il pouvait être transmis au patient et à son médecin traitant, mais pas aux autorités judiciaires). La médiane du score de performance était de 9,3 (min. : 3,8 ; max. : 12). Le fait d'avoir une formation en psychiatrie légale était le seul facteur significativement associé à un haut score de performance (OR = 3,56 ; IC 95% : 1,76-7,48 ; p < 0,001). **DISCUSSION.** Les modalités de réponse à une réquisition de l'autorité judiciaire pour examiner une personne placée en GAV sont encore imparfaitement connues. A la lumière de nos résultats, il paraît important de pouvoir inciter les psychiatres à se former en psychiatrie légale et ce, dès les premières années de l'internat.

Composition du Jury :

Président : Pr. Olivier Cottencin

Assesseur : Dr. Thomas Fovet

Directeur de thèse : Dr. Marion Eck