



HAL
open science

Compatibilité psychiatrique avec la garde à vue : regard croisé des psychiatres et des médecins légistes

Mouna Houcinat

► **To cite this version:**

Mouna Houcinat. Compatibilité psychiatrique avec la garde à vue : regard croisé des psychiatres et des médecins légistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-02968804

HAL Id: dumas-02968804

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968804>

Submitted on 16 Oct 2020

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

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

**Compatibilité psychiatrique avec la garde à vue : Regard croisé des
psychiatres et des médecins légistes**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 11 Octobre 2017

Par Madame Mouna HOUCINAT

Née le 23 octobre 1987 à Constantine (ALGERIE)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique	Président
Monsieur le Professeur POINSO François	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) BARTOLI Christophe	Assesseur
Monsieur le Docteur CHABANNES Jean-Marc	Assesseur
Monsieur le Docteur GUIVARCH Jokthan	Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHIERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTEY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius PENE Pierre
FIGARELLA Jacques PIANA Lucien
FONTES Michel PICAUD Robert
FRANCOIS Georges PIGNOL Fernand
FUENTES Pierre POGGI Louis
GABRIEL Bernard POITOUT Dominique
GALINIER Louis PONCET Michel

MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-
Jacques ROUX Hubert
ROUX Michel RUFO
Marcel SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques

SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc SARACCO
Jacques SARLES Jean-
Claude SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René STAHL
André TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN
Colette THOMASSIN Jean-
Marc UNAL Daniel

VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre		
Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre		
Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
		LE TREUT Yves-Patrice
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
		LEHUCHER-MICHEL Marie-
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
		MARANINCHI Dominique
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
		METZLER/GUILLEMAIN
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-

TEMPS ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)

DRANCOURT Michel (PU-PH)

FENOLLAR Florence (PU-PH)

FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)

DANIEL Laurent (PU-PH)

FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)

GARCIA Stéphane (PU-PH)

XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)

GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)

LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)

MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

SECQ Véronique (MCU-PH)

NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)

RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)

GOURIET Frédérique (MCU-PH)

NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)

NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)

DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)

MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
 MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)

AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre

BRUDER Nicolas (PU-PH)

KERBAUL François (PU-PH)

LEONE Marc (PU-PH)

MARTIN Claude (PU-PH) Sumombre

MICHEL Fabrice (PU-PH)

MICHELET Pierre (PU-PH)

PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)

ENJALBERT Alain (PU-PH)

GABERT Jean (PU-PH)

GUIEU Régis (PU-PH)

OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)

MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)

SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Sumombre

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

CUISSSET Thomas (PU-PH)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Sumombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Sumombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-
PH) DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice
(PU-PH) SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)
 KRAHN Martin (MCU-PH)
 NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH)
 THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)
 FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
 CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
 FRERE Corinne (MCU-PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Sumombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Sumombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOIR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciement

A Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites, en acceptant de présider ce jury et de juger notre travail.

A Monsieur le Professeur POINSO François, merci pour vos qualités professionnelles et humaines.

A Monsieur le Docteur BARTOLI Christophe, merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

A Monsieur le Docteur CHABANNES Jean Marc, nous avons eu le plaisir de travailler durant six mois dans votre service, nous avons grâce à vous pu mesurer toute la complexité du travail institutionnel. Merci pour votre enseignement, votre écoute et votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur GUIVARCH Jokthan, qui a accepté de diriger notre travail, merci pour ton aide précieuse, tes sages conseils et ton implication. Tes qualités d'écoute et de soutien ont été très précieuses au cours de ces longs mois de travail

A tous les psychiatres et les médecins légistes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire. Nous n'aurions pu réaliser ce travail sans vous.

Au service des urgences psychiatriques de la Conception, mon service de cœur, merci de m'avoir accueillie et guidée bébé interne...

Au service du Dr Chabannes, qui m'a connue externe, interne et prochainement assistante spécialisée...

A l'équipe ULICE, ce fut une belle expérience, même si un des objectifs de mon passage n'est pas encore accompli ...

A l'équipe de l'HdS, j'ai apprécié travailler avec vous et j'ai beaucoup appris à vos côtés...

Au service du Pr Poinso et à Ernst...

A toute l'équipe de l'IMJ et surtout aux croque-morts, merci de rendre ces salles froides un peu plus chaleureuse...

A Elsa, pour tous nos projets imaginés lors de nos longues balades et Parce que 30 is the new 20...

A Delphine, en souvenirs de toutes nos péripéties...

A Gaëlle, on l'a fait, on a enfin fini nos études...

A Pierre et Stéphane, l'externat n'aurait pas été pareil sans vous...

A Camille pour sa clairvoyance, à Laurent pour notre internat commun, au Professeur Pinto et à Mattieu.

A mes co internes : A Pierre et sa passion des crânes, à Ziad mon futur co assistant, à Karine notre maman, à Stan et sa gentillesse, à Théo et ses cytochromes et à Quentin et son amour de la pédopsychiatrie.

A ma famille, qui m'a toujours soutenue.

A Robin, merci de m'avoir aidée, soutenue et surtout supportée. Je t'aime...

Table des matières

I-Introduction	3
II-Notions préliminaires	4
II-A Psychiatrie et justice	4
1) Histoire de la psychiatrie	4
2) Intrication de la psychiatrie et de la justice.....	4
3) Disjonction entre psychiatrie et justice.....	7
II-B Cadre d'intervention du médecin au cours d'une procédure judiciaire.....	8
1) La réquisition	8
2) L'expertise judiciaire.....	9
3) Le secret professionnel.....	12
II-C Psychiatrie et prison.....	13
1) Contexte	13
2) Les soins psychiatriques en milieu carcéral	13
3) Epidémiologie des troubles psychiatriques en prison.....	14
4) Surreprésentation des patients atteints de troubles psychiatriques en prison.....	14
II-D La garde à vue	16
1) Histoire de la garde à vue	16
2) Cadre légal de la garde à vue	17
3) Intervention du médecin en garde à vue	20
4) Intervention du psychiatre en GAV	24
5) Particularité des mineurs en garde à vue	26
III-Etude	29
III-A Introduction	29
III-B Objectifs	29
III-C Méthode.....	29
1) Schéma d'étude	29
2) Population interrogée	30
3) Questionnaire	30
4) Analyse.....	31
III-D Résultats	32
1) Description de la population de médecins interrogés	32
2) Résultats principaux	35
3) Résultats secondaires	52

III-E Discussion	60
1) Rappel des principaux résultats.....	60
2) Discussion des résultats principaux.....	60
3) Discussion des résultats secondaires	68
4) Biais et limites de l'étude	71
IV- Conclusion.....	72
V- BIBLIOGRAPHIE.....	74
VI- Annexe	79

I-Introduction

Un patient avec un trouble mental est plus à risque d'être placé en garde à vue (GAV). La plupart des patients psychotiques chroniques sont arrêtés sur le lieu du crime et près d'un quart des schizophrènes se livrent d'eux-mêmes à la police (1).

En effet, les troubles psychiatriques sont surreprésentés parmi les personnes gardées à vue tel que le rapportent certaines études menées à Paris (2)(3), en Allemagne (4), aux Pays-Bas (5)(6) et en Australie (7). Un tiers à 40% des personnes gardées à vue présenteraient un trouble psychiatrique et plus de la moitié aurait eu un contact avec la psychiatrie.

La rencontre du psychiatre avec la personne gardée à vue à ce stade précoce de la procédure judiciaire représente une étape primordiale de l'articulation psychiatrie-justice.

Le rôle de l'expert-psychiatre est encadré légalement et de nombreuses publications abordent son rôle au cours d'une procédure judiciaire. Il est inscrit sur la liste d'experts et présente un minimum de compétences dans le domaine médico-légal.

Bien que tout psychiatre puisse être réquisitionné pour intervenir auprès d'une personne gardée à vue et statuer sur la compatibilité de son état psychique avec le maintien en GAV, il existe peu de consensus et peu de publications concernant l'évaluation psychiatrique en GAV. En outre, il n'y a pas de définition médicale ni légale de la compatibilité psychiatrique avec la GAV.

Il nous a donc semblé intéressant de réaliser un travail sur la question de l'examen psychiatrique d'une personne gardée à vue et de la détermination de la compatibilité de l'état psychique avec le maintien de la mesure de GAV.

Dans ce contexte, nous avons interrogé les médecins légistes et les psychiatres hospitaliers confrontés à cette pratique afin de connaître leurs définitions de la compatibilité psychiatrique avec la GAV et ses déterminants.

Avant de développer nos résultats, il nous a paru pertinent de nous intéresser au cadre légal de la garde à vue et de l'intervention du médecin au cours d'une procédure judiciaire ainsi qu'à l'évolution de sa mission auprès des personnes gardées à vue.

II-Notions préliminaires

II-A Psychiatrie et justice

1) Histoire de la psychiatrie

Entre la conception antique de la psychiatrie, qui attribuait les troubles psychiques à une origine divine, et l'approche scientifique actuelle avec un support organique de la folie, la psychiatrie a connu de nombreuses évolutions.

Selon Georges Lanteri Laura, l'histoire de la psychiatrie peut être divisée en 3 paradigmes (8) :

L'aliénation mentale, de 1793 à 1854, période durant laquelle la folie est reconnue comme maladie. Les aliénés sont des malades qui ont besoin de soins et dont la place n'est plus en prison mais à l'asile. « Les fous doivent être soignés et non punis »(9).

La maladie mentale de 1854 à 1926 : cette période correspond à l'avènement de la sémiologie psychiatrique, l'aliénation n'est plus considérée comme une maladie unique. Différentes pathologies sont décrites selon l'évolution et la clinique.

Le paradigme de la structure psychopathologique de 1926 à 1977. Bleuler fait un exposé sur le groupe des schizophrénies tandis que Minkowski propose d'établir des diagnostics structuraux. Par la suite les psychanalystes proposeront des hypothèses explicatives.

2) Intrication de la psychiatrie et de la justice

« Toute société établit sa sécurité sur un équilibre ténu entre Justice et Psychiatrie, c'est-à-dire entre la répression et le choix de la sanction, établi par le Code pénal, et la nécessité de soigner celui qui est reconnu malade mental, en faisant l'hypothèse que ces soins seront de nature à réduire sa dangerosité » (10).

En France, initialement, les aliénés étaient enfermés en prison sur simple ordre du roi pour des crimes et délits ou simplement pour leur bizarrerie et l'incompréhension qu'ils inspiraient. C'est durant le courant humaniste du 19^{ème} siècle que les aliénistes se sont rendus dans les prisons pour libérer les aliénés de leurs chaînes pour leur permettre d'être soignés. En effet, la loi de 1810, dans son article 64, dispose qu'« Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister » (11). Ce qui implique une dichotomie entre l'aliéné irresponsable et le délinquant responsable. En parallèle, apparaissent les premières expertises psychiatriques qui étaient préconisées dès le 17^{ème} siècle par Zacchias. Ce dernier souhaitait une évaluation médicale pour chaque « fou » qui lui permettrait d'être exonéré de sa peine d'emprisonnement afin d'accéder aux soins nécessaires (12).

Après avoir fait sortir les malades mentaux des prisons, est apparue la nécessité de penser des lieux pour accueillir et soigner ces aliénés. Esquirol, inspiré de l'ouvrage de Colombier concernant « la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés » de 1785 (13), rédigea un rapport au ministère de l'intérieur en 1819 qui est à l'origine de la loi d'Esquirol du 30 Juin 1838 sur les aliénés. Cette loi obligea chaque département à avoir un asile et encadra les placements dans ces établissements. Elle représente ainsi un premier cadre pour les hospitalisations en service de psychiatrie.

La dichotomie entre aliéné et délinquant fut bouleversée par l'avènement de la sémiologie psychiatrique, la diversification de la nosographie et la notion de cyclicité des manifestations psychiatriques. En effet, à côté des aliénés, il existe des « anormaux mentaux » qui, sans être aliénés, ne peuvent pas pour autant être qualifiés de normaux (14). Dès lors, il a été nécessaire de repenser la responsabilité pénale.

Le droit français est allé dans ce sens, comme le reflètent les lois du 25 juin 1824 puis celle du 28 avril 1832 qui donnent au juge la possibilité de prendre en compte des circonstances atténuantes afin d'adapter les peines en conséquence. Ce courant a été confirmé par l'arrêt de la Cour de cassation de 1885 qui fixe le principe d'atténuation de la peine lors de l'altération du discernement. Ce principe est repris par la Circulaire Chaumié du 12 Décembre 1905, qui dispose que les personnes présentant un trouble mental et reconnues responsables de leurs actes bénéficient d'une atténuation de leur peine (15).

Dans le code pénal (CP) de 1994, toujours dans le même esprit et en remplacement de l'article 64 du précédent code pénal, est inclus l'article 122-1 du CP qui prévoit concernant les malades mentaux, deux possibilités :

- Une irresponsabilité pénale lorsque la personne souffrait d'une abolition du discernement et du contrôle des actes au moment des faits (alinéa 1).
- Le maintien d'une responsabilité en cas d'altération du discernement tout en demandant de « tenir compte de cette circonstance » au moment de déterminer la peine et d'en fixer le régime ; ce qui implique dans l'esprit de la loi une atténuation de la responsabilité.

Néanmoins, une aggravation de la sanction pénale a été observée en cas d'altération du discernement (16).

C'est pour cela que la loi n° 2014-896 du 15 Aout 2014 dans les suites de la conférence de consensus relative à la prévention de la récidive en 2013, remet l'accent sur la nécessité d'individualisation des peines et le principe d'atténuation de la peine en cas d'altération du discernement.

Dans le même temps, le psychiatre s'est retrouvé de plus en plus impliqué dans une nouvelle mission, à savoir la prévention de la récidive, à la fois dans les expertises de dangerosité et les soins pénalement ordonnés.

La première étape a été la loi Guigou du 18 Juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles. Elle prévoit la possibilité d'une injonction de soins, après expertise médicale, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, en tant que peine principale ou complémentaire pour réduire la récidive. Initialement prévue uniquement dans les infractions sexuelles, l'injonction de soins a été étendue finalement à toutes les infractions où le suivi socio-judiciaire est encouru par la loi de 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et la loi de 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Le rôle du psychiatre est ainsi fondamental dans une articulation avec la justice dans un dispositif prévoyant un médecin coordonnateur (Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs) (17) (18).

Les dispositions législatives ont de plus en plus impliqué le psychiatre dans la question de la dangerosité au détriment de la responsabilité (19). La loi du 25 février 2008 prévoit une expertise psychiatrique avant qu'une mesure de rétention ne soit prononcée. Néanmoins l'implication du psychiatre dans cette mesure de rétention de sureté reste controversée au sein de la communauté psychiatrique.

Un autre aspect de l'intrication de la psychiatrie et de la justice réside dans le contrôle et la protection des droits des personnes recevant des soins psychiatriques sans consentement à travers différents textes. Dès le 18^{ème} siècle, la déclaration des droits de l'homme et du citoyen prévoit que la constitution doit garantir les droits de chacun. Pour les personnes présentant un trouble mental, ce n'est qu'avec la loi de 1838 que le droit d'avoir accès à des lieux de soins adaptés est garanti. 152 ans après, est promulguée la loi n° 90-527 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Après de multiples rapports d'évaluation de différents ministères, il est apparu nécessaire de réformer cette loi afin d'améliorer l'accessibilité aux soins psychiatriques et les conditions de prise en charge (20). C'est ce qu'a prévu la loi du 5 Juillet 2011 qui instaure par ailleurs le contrôle obligatoire des soins

sans consentement en hospitalisation complète par le juge des libertés et de la détention. Certaines dispositions de cette loi ont été modifiées par la loi du 27 Septembre 2013 suite à une question prioritaire de constitutionnalité soulevée par le cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA) en 2012.

3) Disjonction entre psychiatrie et justice

« Mise en cause de la psychiatrie pour le crime ignoble de soignants par un malade mental « en liberté » et mise en cause de la justice pour des « innocents enfermés », le fragile équilibre entre santé mentale et justice semble prêt à vaciller sous le regard d'une opinion publique confuse et insécure » (21).

Selon le professeur Senon (22), il semble en effet qu'il y ait une disjonction entre la psychiatrie et la justice depuis le début des années 2000. Cette disjonction serait en lien avec un sentiment d'insécurité de plus en plus marqué en société, potentialisé par la médiatisation de certains crimes violents qui entraîne une distorsion perceptive. Ce sentiment d'insécurité a été pris en compte par le législateur qui a mis en place des politiques pénales de tolérance zéro. En parallèle, la psychiatrie, divisée entre un courant sécuritaire et un courant libéral, a été critiquée pour son mouvement de désinstitutionalisation qui, du fait de la précarisation et de la désinsertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux, aurait participé à l'augmentation de la délinquance (22).

L'audition publique de 2007 concernant l'expertise psychiatrique pénale (16) a mis en avant certains facteurs qui pourraient expliquer cette disjonction. Dans le champ pénal, on observe une surpénalisation de la maladie mentale qui est associée à la dangerosité et à l'incapacité des malades mentaux à satisfaire les conditions leur permettant de bénéficier des aménagements de peine. Dans le champ carcéral, le service médico-psychologique régional (SMPR) a été assimilé à un lieu de soins et non à un lieu où l'on soigne. Par ailleurs, dans le champ psychiatrique, on observe un mouvement de désinstitutionalisation, une réduction de la population des psychiatres et une modification de la formation des infirmiers avec la disparition du diplôme spécialisé d'infirmier en psychiatrie qui pourraient être impliqués dans ce processus. Le dernier facteur relève du champ social avec la précarité des personnes atteintes de maladies mentales et le manque d'étayage social.

II-B Cadre d'intervention du médecin au cours d'une procédure judiciaire

Le médecin, au cours de son exercice, peut être amené à collaborer avec la justice dans différentes situations. Cette collaboration est bien encadrée par plusieurs articles du code pénal et du code de santé publique.

1) La réquisition

Cette procédure existe depuis le droit romain (23). Présente sous l'ancien régime, la mesure de réquisition a été confirmée par l'article 17 du décret des 19-22 Juillet 1791 qui prévoit que l'on puisse demander à toute personne d'apporter son aide aux services de secours. L'ancien code pénal avec ses articles 475-12 puis R30-12 reprend ensuite les dispositions de cette procédure en précisant que des sanctions peuvent être encourues par les personnes qui négligent ou refusent de répondre à une réquisition.

a-Cadre légal de la réquisition :

Le code pénal (CP) actuel prévoit que les autorités judiciaires (magistrats, procureur ou substitut, président d'un tribunal et officier de la police judiciaire (OPJ)) et administratives (maire, préfet et l'OPJ dans ses fonctions administratives) peuvent ordonner à toute personne ou collectivité de leur rendre service selon les articles 16, 60, 67 et 77 du code de procédure pénale.

Selon l'article 60 du code de procédure pénale (CPP), « s'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées ». Le médecin peut donc être concerné par cette procédure afin d'effectuer un acte médicolégal et il devient donc un auxiliaire de justice le temps de cette mission. Par ailleurs les internes des hôpitaux peuvent aussi être réquisitionnés pour « effectuer un examen clinique pour coups et blessures et pour déterminer le taux d'alcoolémie » depuis le décret du 20 Juin 1961.

Le refus de répondre à une réquisition sans motif légitime est considéré comme un délit et est puni d'une amende selon l'article R642-1 du code pénal. L'article L4163-7 du code de santé publique (CSP) prévoit une amende de 3750 euros pour tout médecin qui ne défère pas à une réquisition de l'autorité publique.

Le Code de Santé Publique prévoit certaines situations où le médecin peut ou doit se récuser : en cas de force majeure, inaptitude physique, si ses propres intérêts sont en jeu, ou encore les cas où la personne examinée est un parent, allié, collaborateur ou un patient déjà traité sauf si le médecin

requis est le seul médecin disponible (Article L4127-105 du CSP). Selon l'article L 4127-101 du CSP : « Le médecin doit se récuser, s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code » .

La réquisition doit être écrite (elle peut être orale en cas d'urgence et confirmée par écrit) et contenir un certain nombre d'informations notamment l'identité et la fonction du requérant et du médecin requis et la mission demandée. Le médecin doit obligatoirement rendre ensuite un rapport écrit et signé à l'autorité requérante. Par ailleurs le médecin a « l'obligation d'information de la personne examinée sur le cadre précis de la mission » Article L4127-102 du CSP.

b-Motifs de la réquisition :

Il existe différentes circonstances où le médecin peut être réquisitionné pour ses compétences. La mission du médecin peut être de réaliser un examen technique ou scientifique et d'apporter toutes constatations utiles concernant une victime, une personne gardée à vue, une personne suspecte d'alcoolisme ou d'imprégnation de toxiques ainsi que pour l'examen d'un cadavre, tel que le prévoit l'article 77-1 du CPP dans le cadre d'une enquête préliminaire, l'article 60 du CPP dans le cadre d'une enquête sur un crime ou un flagrant délit et l'article 151 du CPP dans le cadre d'une commission rogatoire.

2) L'expertise judiciaire

a-L'expert :

Un expert est un « Homme ayant des connaissances spéciales dans son art et suffisantes pour que l'on puisse se rapporter à son appréciation dans une décision à prendre » (24).

L'expert judiciaire est un collaborateur des services de la justice, qui met ses compétences au service de la justice à la demande d'une autorité requérante, « l'expert est un auxiliaire de justice : il n'est ni mandataire, ni préposé des parties ; et il est permis de dire qu'il est chargé temporairement d'un service public. » (25). Il est indépendant des parties.

Afin de s'inscrire sur la liste d'expert, il faut répondre à certaines conditions définies par le Décret n°2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires. Outre les conditions d'indépendance et de probité, le médecin doit avoir exercé la profession un temps suffisant et doit bénéficier d'une qualification suffisante (26).

Les compétences de l'expert psychiatre ont été abordées par la commission d'expert lors de l'audition publique de 2007 (26) et les critères majeurs étaient « d'avoir un niveau satisfaisant de

formation en droit pénal et en procédure pénale, d'avoir une compétence psychiatrique sans faille et un minimum d'expérience clinique et thérapeutique de plusieurs années, être capable de se faire comprendre par le destinataire du rapport d'expertise, être capable de s'exprimer clairement en cas d'audition et avoir des compétences particulières en matière d'écoute et de conduite d'entretien » (26).

b-Cadre légal de l'expertise judiciaire :

Les prémisses de l'expertise judiciaire sont abordées par l'article 59 du code d'instruction criminelle de 1808 qui prévoit que « le procureur de la république peut être assisté par des personnes compétentes et d'officiers de santé afin de déterminer les circonstances de l'infraction en cas de crime ou de flagrant délit ». Le code de procédure pénal de 1958 précise les circonstances de recours à une expertise dans l'article 156 : « Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande des parties, ordonner une expertise. Le ministère public ou la partie qui demande une expertise peut préciser dans sa demande les questions qu'il voudrait voir poser à l'expert. ». L'article 158 du CPP prévoit que « la mission de l'expert ne peut être qu'une question d'ordre technique qui doit être précisée dans la décision qui ordonne l'expertise ».

L'expertise civile est réglementée par l'article 232 à 284-1 du code de procédure civile et peut concerner plusieurs domaines tels que les assurances, l'ordre des médecins, le CRCI ou être demandée par le juge des tutelles, le juge des affaires familiales ou le juge des enfants.

En matière pénale, on note une augmentation des circonstances où le magistrat a recours aux expertises médicales qu'elles soient obligatoires ou facultatives (26). En effet, l'article D49-24 du CPP dispose que « l'expert saisi doit se prononcer sur la dangerosité et les risques de récidive ou de commission d'une nouvelle infraction et indiquer si la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement lorsqu'un suivi socio-judiciaire est encouru ».

L'expertise médicale dans le domaine pénal peut être demandée en pré-sentenciel. L'expert doit statuer sur le discernement et le contrôle des actes au moment des faits tel que mentionné dans l'article 122-1 alinéa 1 et 2 et peut être amené à se prononcer sur des mesures de sûreté et l'hospitalisation d'office (Soins à la demande du représentant de l'état (SDRE) depuis la loi de 2011) des personnes déclarées irresponsables comme le prévoit l'article 706-136 du CPP depuis la loi du 25 Février 2008.

En post-sentenciel, l'expertise médicale est demandée afin de déterminer si la personne condamnée est susceptible de recevoir un traitement ou des soins dans le cadre d'une injonction de soins, si une peine de suivi socio-judiciaire est prononcée ou encourue tel que cela est prévu par la loi du 18 Juin 1998. D'autres dispositions législatives prévoient une expertise médicale (en pratique psychiatrique) pour déterminer l'opportunité de soins pénalement ordonnés dans le cadre d'une surveillance judiciaire (art 723-31 CPP), d'une surveillance de sûreté (art 706-53-19 CPP) et de la liberté conditionnelle (art 730-2 CPP). Le législateur prévoit aussi une expertise médicale afin de constater la dangerosité lors de la mise en place d'une surveillance électronique mobile (art 131-36-10 CP) et pour la mesure de rétention de sûreté lorsque la personne présente un risque de récidive très élevé en lien avec un trouble grave de la personnalité (art 706-53-13CPP).

Dans les différents textes précités, on parle d'expertise médicale et non d'expertise psychiatrique. Pourtant en pratique, dans les missions d'expertise pré-sentencielle et post-sentencielle, les magistrats demandent quasi-exclusivement des expertises psychiatriques.

« Cette activité psychiatrique médicolégale est consubstantielle à la discipline, à sa naissance, à son histoire, à sa pratique quotidienne » (27).

Comme l'a rappelée l'audition publique de 2007, la mission première de l'expertise psychiatrique est « de déterminer si, au moment des faits, le sujet présentait ou non une pathologie psychiatrique et si, en conséquence, la juridiction saisie peut prononcer ou non une peine et éventuellement la moduler » (26).

Progressivement et, parallèlement au développement des mesures de soins pénalement ordonnés, les magistrats ont sollicité les psychiatres dans des missions d'expertises de dangerosité. Ainsi, l'article 722 du CPP dispose qu'« un examen psychiatrique est préalable à toute décision du juge des applications de peines quant au placement à l'extérieur, la semi-liberté, la permission de sortir ou la liberté conditionnelle, pour les personnes condamnées soit pour un meurtre ou un assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de torture ou d'actes de barbaries, soit pour les infractions prévues par les articles 222-23 222-32 ET 227-27 du code pénal ».

c-L'expertise psychiatrique au moment de la GAV :

Le Docteur Daniel Zagury met en garde les psychiatres sur la distinction entre l'expertise pénale et l'examen psychiatrique en GAV (28). Il précise que « la réquisition doit être en rapport avec des constatations immédiates, qu'elle n'est pas une expertise pénale. Le psychiatre des urgences rédigera un certificat descriptif constatant l'existence ou non de troubles actuels, la compatibilité

ou non avec la garde à vue, la nécessité ou non d'une hospitalisation [...] il est de bonnes pratiques de toujours noter que le présent certificat descriptif ne constitue pas un examen d'expertise » (28).

3) Le secret professionnel

Comme le rappelle l'article 4 du code de déontologie médicale, « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ». Qu'en est-il de l'expert psychiatre qui doit répondre à la mission expertale, tout en satisfaisant cette obligation déontologique ?

La réponse est apportée par l'article L 4127-108 du CSP qui dispose : « Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ses limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise ».

II-C Psychiatrie et prison

1) Contexte

Selon le ministère de la justice, au 1^{er} juin 2017, 81018 personnes étaient sous écrou et 69502 étaient détenus pour 59118 places opérationnelles (29). Au 1^{er} Février 2016, la prison des Baumettes à Marseille était occupée à 138,5 % de sa capacité (124.2% au 1^{er} Aout 2017) (30). Concernant les conditions de détention, le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) en 2016 a été accablant. « Au cours de l'année 2016, le CGLPL n'a pu que constater un recul des droits des personnes privées de leur liberté, à la fois dans les dispositifs législatifs votés dans l'urgence, et lors des 146 visites d'établissements effectuées au cours de l'année. Ces visites ont globalement confirmé les constats effectués au cours des années antérieures : une surpopulation généralisée dans les maisons d'arrêt, une insuffisance de personnel, la vétusté d'un grand nombre de bâtiments, un manque d'activités ainsi que des difficultés d'accès aux soins liées à la démographie médicale, à l'excès des contraintes de sécurité qui accompagnent les soins ou au non-respect du secret médical » (31).

A ce propos, il faut signaler qu'au cours de l'année 2014, 94 suicides ont été recensés en prison et 1033 tentatives (30).

2) Les soins psychiatriques en milieu carcéral

La prise en charge des troubles mentaux chez les détenus s'organise à partir du 19^{ème} siècle avec l'ouverture en Mai 1876 d'une annexe asilaire à la maison centrale de Gaillon. Les prisonniers reconnus aliénés ou épileptiques pendant leur détention étaient ainsi transférés dans ce centre afin de recevoir les soins adaptés (32).

A partir des années 1930, les psychiatres assurent des missions de diagnostic, d'orientation et d'observation au sein des prisons (33). Puis, apparaissent en 1950 le centre national de Fresnes, premier système national de tri des condamnés et le centre d'observation spécialisé pour détenus psychopathes de Château-Thierry (32). Leurs constatations ainsi que la réforme pénitentiaire de 1945 ont fait ressortir la nécessité d'une prise en charge médico-psychologique des détenus (34).

C'est dans ce contexte que la psychiatrie s'organise en milieu pénitentiaire avec la création des premiers centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) en 1977 puis des services médico-psychologiques régionaux SMPR en 1986. Ainsi, le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique confie la prise en charge de la santé mentale des détenus au service public hospitalier (32). Il existe actuellement 26 SMPR pour 188 établissements pénitentiaires (35).

Les conditions d'accès aux soins ont été améliorées par la Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale puis par l'article 48 de la Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 en ce qui concerne les personnes atteintes de troubles mentaux (32).

3) Epidémiologie des troubles psychiatriques en prison

Il est difficile d'avoir des données épidémiologiques exactes concernant les troubles psychiatriques en prison. Néanmoins, plusieurs études estiment que la prévalence des maladies mentales chez les détenus est supérieure à celle de la population générale (10 fois supérieure selon une étude anglaise) (36). Dans une méta-analyse de Fazel et Danesh incluant 22790 prisonniers, 3.7% des hommes avaient un trouble psychotique, 10% une dépression et 65% un trouble de la personnalité. Pour les femmes, 4% avaient un trouble psychotique, 12% une dépression et 42% un trouble de la personnalité (37).

En France, une étude sur la santé mentale des détenus a été menée d'avril 2003 à juin 2004 (38). L'enquête de prévalence réalisée au sein de 23 prisons retrouve que 8 hommes sur 10 et 7 femmes sur 10 présentent au moins un trouble mental. Les troubles anxieux représentent les troubles les plus fréquents (56% d'anxiété généralisée et 17% à 19% d'agoraphobie et de phobie sociale). Parmi les détenus, 47% présentaient un trouble thymique, 24% un trouble psychotique dont 8% une schizophrénie, 34% une dépendance aux substances et/ou à l'alcool et un tiers un trouble de la personnalité. Un risque suicidaire a été repéré chez 40% des détenus par le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview - Version française 5.0.).

Avant leur incarcération, plus de 4 détenus sur 10 avaient consulté un professionnel pour motifs d'ordre psychiatrique et près de 25% des femmes et 11% des hommes avaient été hospitalisés pour raison psychiatrique (38).

4) Surreprésentation des patients atteints de troubles psychiatriques en prison

Plusieurs facteurs peuvent être impliqués dans la surreprésentation des troubles psychiatriques en milieu carcéral.

En premier lieu, on doit évoquer la désinstitutionnalisation psychiatrique après l'avènement des neuroleptiques ainsi que les limites de l'organisation pénitentiaire (38). En effet, selon Arboleda-Florez et Holley (1998) « Le système de justice pénale est passé d'un poste de dernière alternative à la première, souvent parce qu'il fournit la seule option disponible » (39).

Par ailleurs, l'alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal concernant l'altération du discernement, dont l'esprit était d'atténuer la peine des malades mentaux dont le discernement n'était pas aboli mais altéré au moment des faits, a, au contraire, entraîné un renforcement de la sanction pénale avec un

allongement de la durée de l'emprisonnement, comme si la maladie mentale était « une circonstance aggravante » (32). Le législateur, dans une volonté de corriger les répercussions de cet article, a réformé la loi en août 2014. Cette dernière dispose qu'un prévenu dont l'état psychique était affecté par une pathologie mentale au moment de la réalisation du crime ayant entraîné une altération du discernement encourt une peine d'emprisonnement réduite d'un tiers.

On note aussi que l'incarcération et les conditions de détention constituent en elles-mêmes un facteur pathogène. Certains psychiatres évoquent la possibilité de « psychose carcérale ». Néanmoins, il n'en existe pas de définition consensuelle (40).

En dernier lieu, on peut regretter que le système judiciaire ne prévoie pas de dépistage des pathologies mentales au moment de la mise en examen et de la condamnation des personnes, sauf pour les crimes ou les délits graves notamment de nature sexuelle pour lesquelles une expertise psychiatrique est demandée (40). Or, selon certaines études, les patients atteints de troubles psychiatriques commettent moins d'infractions graves et relativement peu d'infractions violentes ou sexuelles, donc finalement ont moins de chances de bénéficier d'une évaluation psychiatrique (41).

En conséquence, les patients auteurs d'infraction purgent leur peine dans des conditions qui ne tiennent pas compte de leur handicap (40). La commission d'audition publique (26) et la commission Santé-Justice de 2005 (42) recommandent qu'une attention particulière soit accordée à la clinique psychiatrique lors de l'examen d'une personne gardée à vue et, qu'en cas de besoin, un psychiatre soit réquisitionné. Ce dernier pourra signifier si une expertise psychiatrique est justifiée selon l'état psychique de la personne.

II-D La garde à vue

1) Histoire de la garde à vue

a-Naissance de la garde à vue :

« La garde à vue est apparue de manière officieuse, sinon illégale dans notre procédure pénale » (43). En effet si le pouvoir d'investigation est octroyé par le code d'instruction criminelle de 1808 (code qui fonde les principes de la procédure pénale) aux magistrats, la garde à vue se développe en parallèle sans aucun encadrement juridique (32). Cette mesure privative de liberté a pu conduire à des abus de la part des autorités policières.

La loi Constans du 8 Décembre 1897 ayant pour objectif de modifier certaines règles de l'instruction préalable en matière de crimes et de délits, dans une volonté de protection de la personne, a introduit l'assistance d'un avocat lors de l'audition par le juge de l'instruction. Le corollaire de cette mesure a été le développement d'auditions policières préalables qui permettaient « de faire avant, sans la présence de l'avocat, ce qu'ils ne peuvent plus faire une fois le juge d'instruction saisi, c'est-à-dire obtenir des aveux » (44).

Un cadre juridique de cette procédure devient nécessaire. C'est ainsi que l'article 307 du décret du 20 Mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de gendarmerie introduit un cadre légal à la garde à vue notamment concernant l'usage de la force, l'assurance de nourriture et le délai de 24 heures maximum pour présenter la personne devant le juge d'instruction « en aucun cas leur conduite à destination ne peut être différée au-delà de vingt-quatre heures » (45).

Une circulaire ministérielle du 23 Septembre 1943 donne une base juridique à la mesure de garde à vue qui par la suite devient une procédure légale encadrée par le code de procédure pénale de 1958. En effet, « Il est apparu qu'il valait mieux la reconnaître que de feindre d'en ignorer l'existence » (Propos de Monsieur le procureur général Besson, Président de la Commission d'études pénales législatives, lu dans l'article de Benoit Dumontel « l'avocat et la garde à vue : aspects pratiques et critiques », Actualité juridique pénale 2004, p 275).

Les droits des personnes gardées à vue ont été mis en avant par la loi du 4 Janvier 1993 portant réforme de la procédure pénale. Cette loi est née dans les suites de la ratification par la France de la Convention européenne des Droits de l'Homme le 3 mai 1974 et de la condamnation de la France par la Cour européenne des Droits de l'Homme par l'arrêt Tomasi du 27 août 1992 concernant des sévices infligés par des officiers de police lors d'une garde à vue.

b-Evolution de la mission du médecin en GAV :

Si le médecin est autorisé à intervenir lors de la garde à vue depuis l'ancien régime, son rôle a connu un bouleversement au fil des années. Son intervention initiale consistait à déterminer le seuil de tolérance de la torture de la personne détenue puis d'être un garde-fou pour limiter les violences policières (46). Enfin, avec la loi du 4 Janvier 1993, l'intervention du médecin est considérée comme un droit du gardé à vue.

Les droits de la personne gardée à vue n'ont pas cessé d'être renforcés par les textes de loi, notamment la loi du 14 Avril 2011 et celle du 27 Mai 2012.

2) Cadre légal de la garde à vue

Le décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie considère qu'une personne est en état de garde à vue si elle n'est pas libre de se retirer après son audition pour les besoins de l'enquête. Le principe de contrainte et de privation de liberté, d'aller et venir, est resté constant à travers les diverses modifications de loi.

Les officiers de police judiciaire de la police nationale et de la gendarmerie ont le pouvoir de détenir une personne en garde à vue, en application des articles 63-3, 77 et 154 du CPP. Les dispositions législatives encadrant cette mesure sont prévues par le code de procédure pénale (Art 62-2 ; 62-3, 63 1.2.3.4.5.6.7.8.9, 64, 65 et 66).

L'article 62-2 créé par la loi du 14 Avril 2011 restreint l'application de la garde à vue aux personnes à « l'encontre desquelles il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elles ont commis ou tenté de commettre un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement » et la décision d'appliquer cette mesure est octroyée à l'officier de police judiciaire, seul ou sous l'instruction du procureur de la république Article 63 alinéa 1 du CPP.

a-Objectifs de la GAV :

Afin de limiter les mesures abusives, l'article 62-2 du CPP prévoit les circonstances au cours desquelles une personne peut encourir une garde à vue. Il est défini que la GAV doit avoir pour objectif de « permettre l'exécution des investigations », « de garantir la mise en œuvre des mesures destinées à faire cesser le crime ou le délit », « de garantir la présentation de la personne devant le procureur de la république » et « d'empêcher la personne de modifier les preuves et indices, de faire pression sur les témoins ou les victimes et de se concerter avec d'autres personnes susceptibles d'être ses coauteurs ou complices » (47).

b-Durée de la GAV :

Dans le même esprit de limitation des abus, le législateur a encadré la durée de cette mesure privative de liberté. Si la durée de 24 heures a été établie par le décret du 20 Mai 1903 et confirmée par les textes qui ont suivi, il est possible pour l'officier de justice de prolonger la GAV sous certaines conditions. En effet, cette prolongation doit viser un des objectifs cités par l'article 62-2 et est soumise à l'autorisation écrite et motivée du procureur de la république. En outre, elle doit concerner une infraction, crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement d'au moins un an selon l'article 63 du CPP modifié par la Loi n°2014-535 du 27 mai 2014. En matière de terrorisme, le législateur prévoit une possibilité de cinq prolongations de 24 heures.

c-Droits du gardé à vue :

La loi du 4 janvier 1993 modifiée par celle du 24 août 1993 portant réforme de la procédure pénale a marqué un tournant décisif en matière de protection de la personne gardée à vue. Cette loi visait à garantir les droits de la personne et leur libre expression devant les juridictions répressives (Circulaire du 27 janvier 1993 relative à la présentation de l'ensemble des dispositions de la loi du 4 janvier 1993) (48).

L'article 63-1 Modifié par la Loi n°2016-731 du 3 juin 2016 dispose du droit formel de la personne à être informée immédiatement et dans une langue qu'il comprenne de son placement en GAV, de la durée potentielle de la mesure et de ses objectifs ainsi que de la qualification, la date et le lieu de l'infraction qu'il est soupçonné d'avoir commise ou tentée de commettre. En outre, la personne doit être informée des droits dont elle dispose par la loi et qui sont : le droit de prévenir un proche ou son employeur, d'être examinée par un médecin, d'être assistée par un avocat et le cas échéant par un interprète, de présenter des observations au magistrat et de consulter certains documents (procès-verbaux et certificats médicaux). Evidemment, la personne a aussi le droit à la garantie de sa dignité et de se taire après avoir décliné son identité.

d-Les dernières réformes concernant la mesure de GAV :

La loi n°2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue qui, selon le bulletin officiel du ministère de la justice et des libertés, avait pour objectif de limiter strictement le recours à la garde à vue, mesure dont le nombre n'a cessé d'augmenter atteignant 577816 GAV en 2008 (selon l'estimation du ministère de l'intérieur (49)) et de se conformer aux exigences constitutionnelles et conventionnelles en ce qui concerne le droit de la personne à se défendre et à avoir un procès équitable. En effet, la chambre criminelle de la Cour de cassation a estimé en 2010 que certains

articles encadrant la mesure de garde à vue (Article 63-4 et 706-88 du CPP) étaient en incompatibilité avec l'article 6 de la convention européenne des droits de l'Homme (50).

La loi n° 2014-535 du 27 mai 2014 portant transposition de la directive 2012/13/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012, relative au droit à l'information dans le cadre des procédures pénales, renforce le droit d'assistance par un avocat notamment pour les victimes et lors des auditions libres et elle octroie à la personne gardée à vue le droit de consulter personnellement certains éléments de son dossier dont les certificats établis par le médecin (Circulaire du 19 décembre 2014 de présentation des dispositions applicables à compter du 1er janvier 2015 de la loi n°2014-535 du 27 mai 2014).

La loi n° 2016-731 du 3 juin 2016 renforçant la lutte contre le crime organisé, le terrorisme et leur financement, et améliorant l'efficacité et les garanties de la procédure pénale, dispose par l'article 63-4-3-1 du CPP que « si la personne gardée à vue est transportée sur un autre lieu, son avocat en est informé sans délai » (51). Par ailleurs, elle étend le droit de communication de la personne gardée à vue. Cette dernière peut ainsi « faire prévenir, par téléphone, une personne avec laquelle elle vit habituellement ou l'un de ses parents en ligne directe, l'un de ses frères et sœurs ou son curateur ou son tuteur de la mesure dont elle est l'objet ». Si la personne est de nationalité étrangère, elle peut faire contacter les autorités consulaires de son pays.

3) Intervention du médecin en garde à vue

La mission première du médecin auprès d'une personne gardée à vue était de constater la présence de blessures. Néanmoins, la mission d'évaluation de la compatibilité de l'état avec la garde à vue est introduite par la loi du 20 Mai 1903 dans ses articles 123 et 127 : « lorsque le médecin émet l'avis que la personne examinée n'est pas en état de supporter plus longtemps la garde à vue, l'officier de police judiciaire informe le procureur de la République et se conforme à ses instructions ».

Le premier code de procédure pénale de 1958 dispose par son article 64 que « s'il l'estime nécessaire, le procureur de la République peut désigner, même à la requête d'un membre de la famille de la personne gardée à vue, un médecin qui examinera cette dernière à n'importe quel moment ». La personne gardée à vue peut faire la demande d'un examen médical à partir de 24 heures de rétention.

Avec la réforme de 1993, l'accès à un médecin par le gardé à vue devient un droit fondamental. « Toute personne placée en garde à vue peut demander à être examinée par un médecin et renouveler cette demande en cas de prolongation de la mesure » Article 63-3 CPP.

Outre le code de procédure pénale, l'intervention du médecin en GAV est encadrée par le code de santé publique et du code de déontologie médicale.

a- La demande de l'examen :

La personne gardée à vue a le droit de demander à être vue par un médecin à tout moment lors des premières 24 heures. Cet examen peut être redemandé par la personne en cas prolongation.

Selon l'article 706-88 du CPP, lors de la première prolongation, le gardé à vue est examiné par un médecin désigné par le procureur de la république, le juge d'instruction ou l'OPJ.

Le procureur de la république et l'OPJ peuvent à tout moment demander que la personne soit examinée par un médecin. Selon la circulaire C 63-3 du 1er mars 1993, « il convient de faire usage de cette disposition lorsque la personne fait état d'une souffrance physique ou d'un état de santé déficient, ou encore lorsqu'elle présente des troubles mentaux caractérisés ». L'examen doit être requis d'office en cas de présence de blessures et de traces de violences. Le choix du médecin dans ce cadre n'obéit à aucune règle définie (28).

Par ailleurs, l'article 63-3 du CPP prévoit que la demande d'examen médical peut émaner d'un membre de la famille.

Le délai d'intervention du médecin n'est pas encadré par la loi mais il est mentionné que « le médecin examine sans délai la personne gardée à vue » art 63-3 CPP. Toutefois, il incombe aux enquêteurs de répondre à la demande du gardé à vue dans un délai de 3 heures à partir du moment où la personne a formulé sa demande sauf en cas de circonstances insurmontables. Les enquêteurs sont tenus à une obligation de moyen (52).

Si le gardé à vue ou un membre de sa famille demande à ce que la personne soit vue par un médecin, le choix de ce dernier est à la charge du procureur, du juge d'instruction ou de l'OPJ. Il est prévu que le procureur de la république établisse une liste de médecin intervenant auprès des gardés à vue (28). Il peut s'agir de médecins légistes, de médecins libéraux voire les médecins des urgences.

Depuis la réforme de la médecine légale de 2010, il est nécessaire de privilégier que les examens de gardés à vue soient réalisés par les médecins des unités médico-judiciaires qui peuvent ensuite s'adjoindre d'avis de spécialistes (Réforme de la médecine légale circulaire interministérielle du 27 décembre 2010) (53).

Afin d'assurer cet examen médical, le médecin doit être réquisitionné par l'officier de police judiciaire (OPJ). La réquisition judiciaire doit viser l'article 63-3 du CPP, l'article 77 du CPP dans le cadre d'une enquête préliminaire, l'article 154 du CPP en cas de commission rogatoire ou l'article 706-88 du CPP si l'enquête concerne une infraction liée à la délinquance, à la criminalité organisée, aux stupéfiants ou au terrorisme (54). En outre, la réquisition doit indiquer l'identification de l'OPJ, du médecin requis et de la personne gardée à vue et doit absolument comporter la mission demandée.

Ne s'agissant pas d'une expertise, le médecin effectuant l'examen du gardé à vue n'a pas d'obligation de prêter serment (54).

b-Modalité de l'examen :

« Sauf décision contraire du médecin, l'examen médical doit être pratiqué à l'abri du regard et de toute écoute extérieure afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel. » Art 63-3 du CPP modifié par la loi du 14 Avril 2011 (55).

La loi n'exige pas de lieu précis pour pratiquer l'examen médical. Néanmoins il est nécessaire que ce lieu assure des conditions de respect de la dignité de la personne et de la confidentialité de l'examen. L'examen peut être effectué dans les locaux de la police, dans un établissement hospitalier ou une autre structure médicale.

Le texte de la réforme de la médecine légale de 2010, le guide de bonnes pratiques de 2009 (54) et la conférence de consensus de 2004 (28) concernant l'intervention du médecin en garde à vue préconisent de pratiquer l'examen médical dans les locaux de la police ou de la gendarmerie afin d'apprécier au mieux les conditions réelles de détention.

L'article 15 du code de déontologie médicale stipule que le médecin doit réaliser son examen dans un lieu où il dispose d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants.

L'inspection générale de la police nationale a jugé en totale inadéquation la majorité des locaux de la police, lors d'une étude en 2003 (28).

La conférence de consensus relative à l'intervention du médecin en GAV recommande au médecin de refuser de statuer sur la compatibilité avec la GAV sur le certificat ou de demander d'effectuer l'examen dans les locaux à l'hôpital si les locaux de la police ne répondent pas aux conditions minimales nécessaires à la réalisation de cet examen. En outre, si le médecin juge que les conditions de détention ne respectent pas la dignité de la personne, il a la possibilité de le signaler sur le registre des gardes à vue, voire le dénoncer au procureur de la république (28).

Même si l'examen d'un gardé à vue a lieu sur réquisition judiciaire, il n'en reste pas moins un acte médical soumis aux dispositions du code de déontologie médicale. Le médecin doit s'assurer de fournir une information claire et loyale concernant la mission demandée et d'essayer de recueillir le consentement éclairé de la personne (Article 36 code de déontologie) (28).

c-Objectif de l'examen :

La principale mission confiée au médecin lors de son intervention en GAV est une mission médico-judiciaire détaillée dans l'article 63-3 du CPP. En effet, le médecin doit se prononcer sur l'aptitude au maintien de la mesure et il procède à toutes constatations utiles incluant la description des éventuelles blessures (55).

La compatibilité avec la GAV peut se définir comme « l'absence de risque ou la maîtrise des risques pour la santé de la personne » pendant la durée de la mesure et en fonction des conditions de la détention. Elle doit prendre en compte l'état de santé globale, physique et psychique (54).

En effet, si le médecin considère que les conditions de GAV sont incompatibles au maintien de la mesure, cette dernière peut être exécutée dans un autre lieu (des locaux hospitaliers, par exemple) (56).

Cette mission de type expertal doit déterminer la capacité de la personne à répondre aux interrogatoires dans l'intérêt de la procédure pénale et de la personne gardée à vue (28).

Par ailleurs, le médecin peut être requis pour effectuer des missions spécifiques telle que l'investigation corporelle interne, la détermination de l'âge ou des prélèvements (Art 63-7 du CPP).

Parallèlement, le médecin doit assurer une mission de soin et de prévention tel que le prévoient le code de déontologie et le code de santé publique. Il doit rechercher d'éventuelles pathologies et veiller à la continuité des soins mais aussi assurer les soins d'urgence (54).

Le médecin doit saisir l'opportunité de cette rencontre afin d'assurer une mission de dépistage, de prévention et de recommandation notamment pour les personnes les plus démunies ou les moins insérées socialement (28).

En outre, Il est recommandé d'être particulièrement attentif à certaines situations telles que le risque suicidaire, les conduites addictives et les pathologies mentales (54). Dans certaines circonstances, un médecin spécialiste, psychiatre notamment, peut être d'emblée requis par l'OPJ.

d-Réponse du médecin :

La réponse principale attendue du médecin est de statuer sur la compatibilité de l'état de santé de la personne examinée avec le maintien de la GAV.

Le médecin peut estimer que l'état de santé de la personne est compatible avec la poursuite de la mesure dans les mêmes conditions et ceci pour une durée de 24 heures, ou est incompatible du fait de la nécessité de soins non réalisables dans les locaux de la GAV ou du fait de la nécessité de procéder à des examens complémentaires.

En cas d'incompatibilité avec le maintien en GAV, l'hospitalisation ne s'impose que si le médecin confirme l'indication d'hospitalisation. Dans le cas contraire, l'autorité judiciaire doit proposer des conditions d'hébergement adaptées ou lever la mesure (28).

En outre, la conférence de consensus de 2004 rappelle que le médecin peut recommander des aménagements pour pouvoir maintenir la mesure de GAV. Ces conditions peuvent être en lien avec la mesure de GAV comme une heure limite de détention et les modalités d'interrogatoire, une réévaluation médicale, des soins à réaliser sur place telle que la prise de médicaments ou une surveillance particulière (la surveillance par les gardiens ne doit pas aller au-delà de ce qui peut être demander à l'entourage familial) ou des soins dans une structure hospitalière (traitement injectable, repas équilibrés) (28).

Il est recommandé par la conférence de consensus de donner une indication sur son certificat sur la capacité de la personne à répondre aux interrogatoires des OPJ.

Le médecin a par ailleurs l'obligation d'apporter toutes constatations utiles notamment la description d'éventuelles lésions et de préciser si celles-ci sont compatibles avec les déclarations de la personne. A la demande de l'OPJ, le médecin peut être amené à fixer la durée d'incapacité totale de travail.

En réponse à la réquisition judiciaire, le médecin doit établir un certificat qui sera versé au dossier du gardé à vue (Art 63-3 alinéa 4 CPP).

Selon les recommandations de la conférence de consensus de 2004 et du guide de bonnes pratiques de 2009, ce certificat doit comporter deux volets.

La première partie, « certificat établi sur réquisition », doit contenir les informations administratives, la compatibilité ou l'incompatibilité avec la GAV, les constatations médicales avec description des lésions, la décision thérapeutique et la conclusion. Cette partie est transmise aux autorités requérantes.

Afin de préserver le secret professionnel, la deuxième partie « fiche médicale » contenant les antécédents médicaux notamment les addictions, l'examen clinique et les résultats d'examen complémentaires est à inclure dans le dossier médical de la personne gardée à vue. La personne pourra avoir une copie qu'elle transmettra à son médecin traitant et le cas échéant, elle assurera la liaison avec l'équipe médicale pénitentiaire (28).

4) Intervention du psychiatre en GAV

Il est nécessaire d'accorder une attention particulière à la pathologie mentale parmi les personnes gardées à vue comme le précise la circulaire C 63-3 du 1er mars 1993. L'avis du psychiatre peut être demandé directement par les autorités judiciaires ou à la suite des recommandations du médecin qui effectue l'examen clinique.

Il y a peu de données épidémiologiques concernant les troubles mentaux en GAV en France mais tous les experts s'accordent sur la surreprésentation de ces troubles parmi les personnes gardées à vue et leur dépistage insuffisant (28).

Les motifs de réquisition d'un psychiatre pour examiner une personne gardée à vue concernent le plus souvent les troubles du comportement, les propos délirants et les états d'agitation (28).

En outre, depuis la loi du 17 Juin 1998, les autorités judiciaires ont eu tendance à demander aux psychiatres de statuer sur le discernement et le contrôle des actes dès l'examen médical au moment de la GAV. Dans une étude menée à Toulouse, sur 41 interventions de psychiatres auprès des personnes gardées à vue, 95% des cas concernaient cette question (57).

Pour le Docteur Daniel Zagury, « la réquisition doit être en rapport avec des constatations immédiates [...] Le psychiatre rédigera un certificat descriptif constatant l'existence ou non de troubles actuels, la compatibilité ou non avec la GAV, la nécessité ou non d'une hospitalisation » (26).

La portée expertale de l'examen psychiatrique réalisé au cours de la GAV est controversée dans l'ensemble de la population des psychiatres. Si certains considèrent que cet examen est limité par les conditions de la GAV et le caractère précipité de l'enquête préliminaire (58) et qu'une expertise serait difficile à mener dans ces conditions (59), d'autres estiment que cet examen précoce permet une évaluation criminologique proche des faits afin de déterminer s'il existe une abolition du discernement et du contrôle des actes (60). Il serait d'autant plus pertinent qu'il serait réalisé avant l'initiation des soins (58).

Situations particulières :

Le guide de bonnes pratiques de 2009 et la conférence de consensus de 2004 relative à l'intervention du médecin en GAV alertent les médecins sur certaines situations particulières notamment le suicide et les conduites addictives.

Une étude aux Pays-Bas entre 1983 et 1993 incluant 59 décès survenus en GAV, estime à 34% le taux de suicide et 32% d'intoxication (alcool, drogue et médicaments) (61).

En France, le suicide représente la moitié des causes de décès en GAV (environ 12 décès par an) (28).

Les conduites addictives sont fréquentes parmi les personnes gardées à vue. Une étude menée à Nantes en 2012, évaluant ces conduites rapportées, estime à plus d'un tiers les gardés à vue dépendant à une substance (86.5% à l'alcool, 10% au cannabis, 37.5% aux benzodiazépines). 7.1% étaient substitués par méthadone (62).

Les conséquences de prise de toxiques peuvent être dramatiques parfois en terme de pronostic vital et sur la capacité à être interrogé en GAV (63). Le sevrage peut aussi limiter les capacités de la personne à se défendre et à répondre aux interrogatoires (28).

L'évaluation des dépendances lors de l'examen de GAV a pour objectif de rechercher des signes d'intoxication ou de sevrage et un intérêt de santé publique (28).

5) Particularité des mineurs en garde à vue

a-Cadre légal :

L'article 4 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante décrit les modalités de rétention policière des mineurs lors d'une enquête judiciaire (64).

Selon l'âge, on peut distinguer 4 cas de figure :

➤ Mineurs de moins de 10 ans :

Une mesure de rétention ne peut pas s'appliquer aux mineurs de moins de 10 ans. Néanmoins, les mineurs peuvent rendre des comptes à la justice lorsqu'ils sont dotés de discernement. L'interrogatoire ne peut se faire qu'en présence des parents ou du représentant légal et le mineur ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir.

➤ Mineurs entre 10 et 12 ans :

Un mineur entre 10 et 12 ans peut être retenu et interrogé par les policiers sans ses parents, s'il est soupçonné d'une infraction punie d'au moins 5 ans de prison. Cette mesure est appelée « retenue » et nécessite l'accord préalable d'un magistrat (Juge des enfants, juge d'instruction ou procureur).

La durée de la retenue est de 12 heures. Elle peut, néanmoins, être renouvelée une fois après présentation à un magistrat.

Lors de cette mesure de privation de liberté, l'enfant doit être assisté par un avocat et examiné par un médecin. L'examen médical est obligatoire.

Les motifs de la retenue sont similaires à ceux de la garde à vue, tels que définis par l'article 62-2 du code de procédure pénale.

➤ Mineurs entre 13 et 15 ans :

La mesure de garde à vue peut s'appliquer aux mineurs dès l'âge de 13 ans. D'une durée initiale de 24 heures, la garde à vue peut être renouvelée une fois après présentation à un magistrat et seulement si la peine encourue est de 5 ans de prison minimum.

Le mineur dispose des mêmes droits que les adultes lors de la garde à vue. L'examen médical est obligatoire. Les parents ou le tuteur doivent être informés par l'OPJ dès que le procureur ou le juge est avisé de la mesure.

➤ Mineurs à partir de 16 ans :

La mesure de garde à vue est applicable dès que le mineur encourt une peine de prison. Sa durée initiale de 24 heures, peut être prolongée à 48 heures sur autorisation du magistrat chargé de l'enquête. Pour des affaires graves, si des adultes sont soupçonnés d'avoir participé à l'infraction, la garde à vue peut durer 72 heures.

L'examen médical est obligatoire pour les mineurs jusqu'à 16 ans et est demandé par le magistrat. Au-delà, les représentants légaux sont avisés de leur droit de demander un tel examen.

Le mineur bénéficie des mêmes droits que les adultes lors de sa garde à vue, notamment de la possibilité d'être assisté par un avocat. Il est gardé dans une cellule réservée aux mineurs.

b-Caractéristiques des gardés à vue mineurs :

Peu d'études ont été consacrées aux mineurs gardés à vue.

En France, une équipe de Nantes a tenté de déterminer les caractéristiques de cette population grâce à un questionnaire adressé aux médecins intervenant en garde à vue. Sur 99 mineurs âgés de 13 à 18 ans, 77.3% étaient connus de la section des mineurs du parquet pour des problèmes éducatifs ou pénaux et 43.9% avaient des mesures de protection sociales ou judiciaires. 45.3% des mineurs étaient consommateurs de toxiques (tabac, alcool et cannabis). 84.8% des mineurs avaient été potentiellement abusés ou négligés mais seulement 50% étaient connus des services sociaux. Une pathologie psychiatrique a été identifiée dans 3% des cas (67).

Une autre étude réalisée auprès de 192 mineurs en comparution devant le tribunal à Manchester a estimé à 7% les troubles psychiatriques et à 42% les abus de substances. Les antécédents de garde à vue étaient plus fréquents chez les mineurs présentant des difficultés psycho-sociales (68).

L'examen médical obligatoire du mineur lors de la garde à vue permet un repérage de signes de maltraitance avec, le cas échéant, une orientation du mineur vers des structures adaptées. Le médecin peut aussi mettre en évidence des troubles psychiatriques avant une éventuelle détention et demander la mise en place de soins spécifiques. Enfin, cet examen est aussi l'opportunité de sensibiliser les jeunes sur le danger de la consommation de drogues et de mener des actions de prévention.

c-Prévalence des troubles psychiatriques chez les mineurs en détention :

Les données épidémiologiques concernant les troubles psychiatriques en milieu carcéral chez les

mineurs restent insuffisantes. Néanmoins toutes les études s'accordent pour conclure que la prévalence de ces troubles est plus élevée qu'en population générale.

En effet, plus de la moitié (69.9%) des détenus mineurs présentaient au moins un trouble psychiatrique dans une méta-analyse sur 3401 mineurs garçons incarcérés. L'étude retrouvait 46.4% de trouble des conduites, 19.8% de troubles oppositionnels, 13.5% de troubles déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDAH), 15.9% de troubles anxieux, 9.6% d'état de stress post traumatique (ESPT) et 12% de dépression (65).

Dans une méta-analyse incluant 13778 garçons et 2972 filles d'une moyenne d'âge de 15.6 ans, 3.3% des garçons avaient un diagnostic de trouble psychotique, 10.6% une dépression, 11.7% un TDAH et 52.8% un trouble des conduites. Concernant les filles, le diagnostic de trouble psychotique a été établi chez 2.7% des détenues, 29.2% avaient un diagnostic de dépression, 18.5% un diagnostic de TDAH et 18.5% des détenues avaient un trouble des conduites (66).

III-Etude

III-A Introduction

Les données épidémiologiques mettent en évidence un taux élevé de troubles psychiatriques chez les personnes gardées à vue (2) (3).

Outre l'absence de définition juridique et médicale de la compatibilité de l'état psychique avec le maintien en GAV, il existe peu d'études et peu de consensus concernant l'examen psychiatrique de la personne gardée à vue et la détermination de la compatibilité de son état psychique avec le maintien en GAV.

Dans ce contexte, nous avons estimé intéressant de connaître les pratiques des médecins concernés par l'examen des personnes gardées à vue et les éléments sur lesquels ils se fondent pour statuer sur la compatibilité psychiatrique.

Nous avons réalisé une enquête auprès des médecins légistes et des psychiatres intervenant en GAV à Marseille.

III-B Objectifs

L'objectif principal est de décrire la perception des médecins concernant la compatibilité psychiatrique avec la GAV - à travers leurs définitions de cette compatibilité et les éléments qui la déterminent- et de d'étudier l'influence du profil d'exercice sur cette perception.

L'objectif secondaire est de rapporter les difficultés rencontrées par les médecins lors de la pratique de l'examen psychiatrique d'une personne gardée à vue.

Enfin, nous mènerons une réflexion sur des pistes d'amélioration concernant cette pratique.

III-C Méthode

1) Schéma d'étude

Notre enquête est une étude épidémiologique descriptive transversale de Novembre 2016 à mai 2017 auprès des médecins légistes et des psychiatres intervenant pour l'examen des personnes gardées à vue à Marseille, à l'aide d'un questionnaire semi-directif.

Un prétest a été réalisé, il a permis d'adapter le questionnaire.

2) Population interrogée

Nous avons inclus tous les médecins hospitaliers susceptibles de statuer sur la compatibilité psychiatrique avec le maintien de la garde à vue.

A Marseille, la personne gardée à vue est examinée par les médecins légistes au poste de police ou dans les locaux de l'Institut de Médico-judiciaire (IMJ). Un examen psychiatrique peut être réalisé à la demande de l'Officier de Police Judiciaire, du procureur de la république, du juge d'instruction et sur avis du médecin légiste.

Les psychiatres interrogés étaient : les psychiatres exerçant de façon permanente dans des unités d'urgences psychiatriques de Marseille (Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques UAUP au Centre hospitalier universitaire (CHU) Conception et Centre d'Accueil Permanent 72 CAP72 au CHU Nord) et ceux qui y interviennent ponctuellement lors des gardes, ainsi que les psychiatres inscrits sur la liste d'astreinte médico judiciaire à Marseille.

Le recrutement des médecins s'est effectué par téléphone, mail et lors de rencontres.

Le recueil des données s'est effectué principalement en entretien semi-directif, d'une durée moyenne de 30 minutes pour les psychiatres et de 10 minutes pour les médecins légistes. (Entretien téléphonique, ou par échange de mail pour 10% des psychiatres du fait de la difficulté de rencontre).

3) Questionnaire

- La première partie recueille les caractéristiques de la population interrogée en termes de sexe, d'âge, de mode et de nombre d'années d'exercice et de la sensibilisation à la psychiatrie légale (ou de sensibilisation à la psychiatrie pour les médecins légistes).
- La deuxième partie comprend des questions sur l'examen psychiatrique en GAV :

Le questionnaire des psychiatres comprend 19 questions dont 14 questions à choix multiples, 5 questions à réponses courtes et 3 exemples de situations de gardés à vue.

Les principales thématiques abordées sont :

- Motifs des sollicitations d'un examen psychiatrique en GAV par le médecin légiste.
- La définition et les déterminants de la compatibilité avec la GAV.
- Les particularités de l'examen psychiatrique en GAV ainsi que la réponse à la réquisition.
- Les soins (hospitalisation et traitement) pour la personne gardée à vue.
- La collaboration avec les médecins légistes.
- Le vécu et les difficultés rencontrées lors de cette pratique.

Le questionnaire des médecins légistes comprend 10 questions dont 7 questions à choix multiples et 3 questions à réponses courtes.

Les items abordés concernaient :

- La fréquence et les motifs de sollicitations du psychiatre.
- La définition et les déterminants de la compatibilité avec la GAV.
- Le vécu et les difficultés rencontrées lors de cette pratique.
- La dernière partie est dédiée aux commentaires.

4) Analyse

Une analyse statistique de l'ensemble des résultats a été réalisée.

Trois sous-groupes de psychiatres ont été déterminés selon leur mode d'exercice : Groupe « urgences » pour les psychiatres exerçant de façon continue aux CAP 72 et l'UAUP, groupe « Astreinte » pour les psychiatres anciennement inscrits sur la liste d'astreinte médico-judiciaire et le groupe « service médico-psychologique régional (SMPR) » pour les psychiatres exerçant en détention.

Une analyse comparative des réponses des médecins légistes et des psychiatres a été réalisée ainsi que des trois sous-groupes de psychiatres (Seuil de significativité, $p = 5\%$).

Par ailleurs, une analyse des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de la population de médecins interrogés a été réalisée.

III-D Résultats

1) Description de la population de médecins interrogés

Les personnes incluses dans cette étude étaient tous les médecins légistes et les médecins psychiatres hospitaliers intervenant auprès des personnes gardées à vue à Marseille.

Sur les 18 médecins légistes ayant une activité en GAV, 17 médecins ont été interrogés. Le dernier médecin était en congé maternité lors du recrutement.

60.6% (40/66) des psychiatres intervenant ponctuellement aux urgences psychiatriques lors des gardes ont été interrogés : 25/30 des psychiatres exercent à l'assistance publique-hôpitaux de Marseille (APHM) et 15/36 psychiatres exercent à l'hôpital Edouard Toulouse.

87.5% (7/8) des psychiatres exerçant de façon permanente dans une unité d'urgence ont été interrogés.

Parmi les psychiatres inscrits sur la liste médico-judiciaire, 11 psychiatres ont pu être interrogés (8 psychiatres de l'APHM et 3 psychiatres d'Edouard Toulouse).

Les psychiatres non inclus étaient les psychiatres qui n'avaient pas répondu à nos sollicitations malgré de multiples relances par mail et par téléphone.

L'analyse de la première partie du questionnaire rapporte les caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe) et professionnelles de la population (statut, nombre d'années d'exercice, lieu d'exercice, sensibilisation à la psychiatrie légale/ psychiatrie).

- Population des médecins légistes :

La population des médecins légistes était composée de 8 hommes et 9 femmes dont la majorité avait le statut de praticien hospitalier (1/17 était chef de clinique assistant CCA). L'âge moyen était de 43 ans et 5 mois et le nombre moyen d'années d'exercice était de 8 ans et 5 mois.

17.6% des médecins légistes présentaient un intérêt pour la psychiatrie et 23.5% avaient effectué un stage en service de psychiatrie. Concernant les cours de psychiatrie, 5.9% ont eu des cours dans le cadre d'un certificat d'étude universitaire, 5.9% dans le cadre de congrès et de séminaires et 41.2% dans le cadre du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine légale.

Caractéristiques des médecins légistes interrogés		Effectif	Pourcentage
Sexe	F	9	53
	M	8	47
Statut	CCA	1	5,9
	PH	16	94,1
Spécialité	SOMATICIEN	17	100
Sensibilisation à la psychiatrie	Certificat d'étude/Diplôme Universitaire	1	5,9
	CONGRES/SEMINAIRE	1	5,9
	COURS DE DESC	7	41,2
	STAGE EN PSYCHIATRIE	4	23,5
	INTERET PARTICULIER	3	17,6
Age	MOYENNE	43 ans et 5 mois	
Années d'exercice	MOYENNE	8 ans et 5 mois	

Tableau 1 : caractéristiques de la population des médecins légistes interrogés.

- Population des psychiatres :

La population des psychiatres était composée de 22 femmes et 23 hommes. L'âge moyen était de 37 ans et 10 mois et le nombre moyen d'années d'exercice était de 12 ans et 3 mois.

La majorité des psychiatres interrogés exerçait en tant que praticien hospitalier (72.1%) et la plupart étaient employés à l'APHM (65.1%). 44.2% des psychiatres présentaient un intérêt pour la psychiatrie légale : 48.8% avaient eu des cours dans le cadre d'un certificat d'étude ou d'un diplôme universitaire et 16.3% au cours de séminaires et congrès. 37.2% des psychiatres interrogés avaient effectué un stage au SMPR ou en médecine légale.

Par ailleurs, seuls 37.2% des psychiatres avaient visité les geôles.

25,6 % des psychiatres interrogés étaient inscrits auparavant sur la liste d'astreinte médico-judiciaire. Le groupe « urgence » regroupe 16.3% des psychiatres et 14% des psychiatres interrogés exercent au SMPR.

La comparaison des caractéristiques des trois groupes de psychiatres « astreinte », « urgence » et « SMPR » nous révèle que les psychiatres du groupe « astreinte » présentent un plus grand intérêt pour la question de la psychiatrie légale ($p=0.005$) : 54.5% ($p=0.001$) ont assisté à des congrès ou des séminaires à ce sujet, 72.7% ($p=0.01$) ont effectué des stages en service de médecine légale ou au SMPR et 81.8% ($p=0.01$) ont visité des geôles.

Les psychiatres des groupes « urgence » et « SMPR » ne présentent pas de différence significative par rapport aux autres psychiatres.

Caractéristique des psychiatres interrogés		Effectif	Pourcentage
SEXE	F	22	51,2
	M	21	48,8
SITE	APHM	28	65,1
	EDOUARD TOULOUSE	15	34,9
STATUT	ASSISTANT ADULTE	8	18,6
	CCA PSYCHIATRIE ADULTE	3	7
	CCA/PEDOPSYCHIATRIE	1	2,3
	PH/PSYCHIATRIE ADULTE	31	72,1
GROUPE	URGENCE	7	16,3
	SMPR	6	14
	ASTREINTE	11	25,6
SENSIBILISATION A LA PSYCHIATRIE LEGALE	Certificat d'étude/Diplôme Universitaire	21	48,8
	Cours (séminaire, congrès, droit)	7	16,3
	VISITE DES GEOLES	16	37,2
	STAGE SMPR/IMJ	16	37,2
	INTERET PARTICULIER	19	44,2
AGE	MOYENNE	37 ans et 10 mois	
ANNEES D'EXERCICE	MOYENNE	12 ans et 3 mois	

Tableau 2 : caractéristique de la population des psychiatres interrogés.

L'analyse des caractéristiques des médecins légistes et des psychiatres ne montrait pas de différence significative entre les deux populations de médecins.

2) Résultats principaux

a- Les motifs de sollicitation de l'examen psychiatrique par le médecin légiste :

- Fréquence des sollicitations du psychiatre par le médecin légiste concernant une personne gardée à vue :

La majorité des médecins légistes (64.7%) estiment solliciter le psychiatre une ou deux fois par session de 12 heures et 29.4% des médecins légistes ne le sollicitent que zéro à une fois.

- Le médecin légiste peut-il statuer sur la compatibilité psychiatrique en GAV ?

81.4% des psychiatres et 52.9% des médecins légistes estiment que le médecin légiste peut statuer sur la compatibilité de l'état psychique de la personne avec le maintien en GAV. Cette différence est significative ($p=0.049$).

- Motifs des sollicitations du psychiatre auprès d'un gardé à vue par le médecin légiste :

Pour les médecins légistes, les principaux motifs pour solliciter un psychiatre sont la bizarrerie du comportement (94.1%), la symptomatologie psychiatrique bruyante (82.4%), la potentielle dangerosité pour soi-même (82.4%), le doute sur la compatibilité psychiatrique avec la GAV (76.5%) et la potentielle dangerosité pour autrui (76.5%).

Les psychiatres estiment devoir être sollicités en cas de doute sur la compatibilité psychiatrique avec la GAV (100%), de bizarrerie du comportement (90.7%), de symptomatologie psychiatrique bruyante (81.4%), de potentielle dangerosité pour soi-même (74.4%) et de la présence d'antécédents psychiatriques (67.4%).

Les antécédents psychiatriques, les antécédents de SDRE, la demande du gardé à vue, le caractère violent des faits reprochés et le doute sur la compatibilité psychiatrique sont des motifs significativement plus rapportés par les psychiatres.

Les motifs de sollicitations rapportés par les psychiatres d'astreinte et des urgences n'étaient pas différents de ceux rapportés par les autres psychiatres. Pour seulement 16.7% des psychiatres intervenant au SMPR, la potentielle dangerosité pour autrui est un motif de sollicitation par le médecin légiste ($p=0.028$).

Motifs des sollicitations du psychiatre	PSCHIATRES	LEGISTES	P
Présence d'antécédents psychiatriques	67.4%	17.6%	0.0001
Présence d'antécédents de SDRE.	58.1%	5.9%	0.0001
Personne sous mesure de protection (tutelle, curatelle).	18.6%	0.0%	0.091
Demande du gardé à vue.	41.9%	5.9%	0.007
Caractère violent des faits reprochés	30.2%	5.9%	0.050
Faits répétés.	16.3%	5.9%	0.420
Affaire à caractère sexuel.	41.9%	17.6%	0.076
Potentielle dangerosité pour autrui.	60.5%	76.5%	0.241
Potentielle dangerosité pour soi-même	74.4%	82.4%	0.737
Symptomatologie psychiatrique bruyante.	81.4%	82.4%	1.000
Bizarrie du comportement	90.7%	94.1%	1.000
Demande du procureur ou du juge	79.1%	52.9%	0.059
Doute sur la compatibilité psychiatrique.	100.0%	76.5%	0.050
AUTRES : Demande d'avis thérapeutique	2.3%	0.0%	1.000

Tableau 3 : Les motifs de sollicitations du psychiatre par le médecin légiste en GAV.

b- La définition et les déterminants de la compatibilité avec la GAV :

- Définition de la compatibilité avec la GAV, en général :

Plusieurs critères de définition ont été rapportés par les médecins légistes et les psychiatres (tableau 4 et 5). L'analyse de ces différents items a permis de mettre en évidence trois ensembles de critères pour définir la compatibilité de l'état de santé globale avec la GAV :

- « Le soin » : l'état de santé de la personne ne nécessite pas de soins médicaux, de surveillance spécifique ou d'hospitalisation.
- « Le trouble/ La pathologie » : Absence d'une pathologie médicale évolutive, engageant le pronostic vital ou à risque de dégrader l'état de santé.
- « La GAV » : Regroupe les conditions de détention et d'interrogatoire et la capacité à comprendre les questions et à y répondre.

Pour les médecins légistes, les critères en lien avec le contexte de la GAV sont majoritaires à 47.05% en comparaison avec l'absence de troubles (35.28%) et l'absence de nécessité de soins (29.4%).

Le contexte de la GAV est aussi majoritairement pris en compte par les psychiatres (46.5%). L'absence d'indication de soins est rapportée par 30.2% des psychiatres et l'absence de trouble par 27.9% d'entre eux.

Les psychiatres ont été plus en difficulté pour définir la compatibilité de l'état de santé global avec la GAV. 14% des psychiatres n'ont pas répondu à cette question.

▪ Médecins légistes :

ITEMS DE DEFINITION	Effectif	Pourcentage	Catégorie	Effectif	Pourcentage
ABSENCE DE NECESSITE DE SOINS IMMEDIATS ET DE SURVEILLANCE SPECIALISEE	2	11,8			
ABSENCE DE NECESSITE DE SOINS SOMATIQUES IMMEDIATS	2	11,8			
PAS D'INDICATION D'HOSPITALISATION	1	5,9	SOINS	5	29,4
ABSENCE DE TROUBLE SOMATIQUE ENGAGEANT LE PRONOSTIC VITAL	1	5,9			
PRONOSTIC VITAL NON ENGAGE DANS LES 24H	5	29,4	TROUBLE	6	35,3
ETAT SOMATIQUE NON INCOMPATIBLE AVEC LES CONDITIONS DE GAV	1	5,9			
CAPACITE DE REpondre ET COMPRENDRE LES QUESTIONS	1	5,9			
PRONOSTIC VITAL NON ENGAGE PAR LA DETENTION	1	5,9			
SUPPORTER LES CONDITIONS DE DETENTION	4	23,5			
SUPPORTER LES CONDITIONS GLOBALES DE GAV	1	5,9	GAV	8	47,0

Tableau 4 : définition de la compatibilité avec la GAV par les médecins légistes.

▪ Psychiatres

ITEMS DE DEFINITION	Effectif	Pourcentage	Catégorie	Effectif	Pourcentage
ABSENCE DE NECESSITE DE SOINS SOMATIQUES IMMEDIATS	5	11,6	SOINS	13	30,2
ABSENCE DE NECESSITE DE SOINS IMMEDIATS ET DE SURVEILLANCE SPECIALISEE	1	2,3			
PAS D'INDICATION D'HOSPITALISATION	7	16,3			
ABSENCE DE PATHOLOGIE MEDICALE AIGUE EVOLUTIVE	3	7	TROUBLE/ PATHOLOGIE	13	27,9
ABSENCE DE TROUBLE SOMATIQUE ENGAGEANT LE PRONOSTIC VITAL	4	9,3			
PAS DE RISQUE DE DEGRADER LA SANTE	2	4,7			
PRONOSTIC VITAL NON ENGAGE DANS LES 24H	1	2,3			
PRONOSTIC VITAL NON ENGAGE PAR LA DETENTION	1	2,3			
ETAT DE SANTE PERMET DE SUIVRE LA PROCEDURE JUDICIAIRE	2	4,7			
ETAT SOMATIQUE NON INCOMPATIBLE AVEC LES CONDITIONS DE GAV	1	2,3			
CAPACITE DE REpondre ET COMPRENDRE LES QUESTIONS	3	7	GAV	20	46,5
SUPPORTER LES CONDITIONS DE DETENTION	1	2,3			
SUPPORTER LA DETENTION DANS LES GEOLES	8	18,6			
SUPPORTER LA DETENTION DANS LES GOELES 48H	1	2,3			
SUPPORTER LES CONDITIONS GLOBALES DE GAV	4	9,3			
EN LIEN AVEC LES FAITS	1	2,3		1	2,3
PAS DE DEFINITION	6	14		6	14

Tableau 5 : définition de la compatibilité avec la GAV par les psychiatres.

▪ Comparaison :

CATEGORIE D'ITEMS DE DEFINITION	PSYCHIATRES	LEGISTES
SOINS	11(25,6%)	3(17,6%)
TROUBLES	7(16,3%)	5(29,4%)
GAV	14(32,6%)	7(41,2%)
SOINS+GAV	2(4,7%)	0(0%)
SOINS+TROUBLE	0(0%)	2(11,8%)
GAV+TROUBLE	3(7%)	0(0%)
SOINS+TROUBLE+GAV	0(0%)	0(0%)
PAS DE DEFINITION	6(13,9%)	0(0%)
TOTAL	43(100%)	17(100%)

Tableau 6 : comparaison des critères de définition de la compatibilité avec la GAV

L'analyse des résultats ne montre pas de différence significative pour les ensembles de critère « GAV », « soin » et « pathologie /trouble » entre les psychiatres et les médecins légistes.

- Définition de la compatibilité psychiatrique avec la GAV :

L'analyse des différents critères rapportés par les médecins pour définir la compatibilité de l'état psychique avec la GAV met en évidence les mêmes ensembles de critères que pour la définition de la compatibilité de l'état de santé globale avec la GAV :

- « GAV » : inclut le contexte global de détention et d'interrogatoire, la capacité de compréhension et de discernement et la capacité à se défendre.
- « Soin » : absence d'indication de soins immédiats, d'hospitalisation ou de surveillance spécialisée
- « Trouble/pathologie » : Absence de trouble psychiatrique décompensé/processuel, d'instabilité psychique, de risque suicidaire, d'état d'agitation et de risque de dangerosité.

L'absence de trouble est le critère majoritaire de définition de la compatibilité psychique avec la GAV pour les psychiatres (81.4%) et les médecins légistes (88.2%). Le contexte de la GAV n'est pris en compte que par 35.3% des médecins légistes et 41.9% des psychiatres. 48.8% des psychiatres et 29.4% des médecins légistes incluent l'absence d'indication de soins dans leur définition.

▪ Psychiatre

ITEMS DE DEFINITION	Effectif	Pourcentage	Catégorie	Effectif	Pourcentage
ABSENCE D'AGITATION PSYCHIATRIQUE	4	9,3	TROUBLES	35	81,4
ABSENCE D'INSTABILITE PSYCHIATRIQUE	4	9,3			
ABSENCE DE RISQUE SUICIDAIRE	6	13,5			
ABSENCE DE TROUBLE PSYCHIATRIQUE DECOMPENSE	15	34,9			
ABSENCE DE DANGEROSITE	2	4,7			
ABSENCE DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES PROCESSUELS	3	6,7			
ABSENCE D'INSTABILITE DE L'ETAT MENTAL AU MOMENT DE L'EXAMEN	1	2,3			
PAS D'INDICATION DE PEC HOSPITALIERE	12	27,9	SOINS	21	48,8
PAS D'INDICATION DE SURVEILLANCE SPECIFIQUE	2	4,7			
PAS DE NECESSITE DE SOINS IMMEDIATS	7	16,3			
CAPACITE DE COMPRENDRE ET REpondre AUX QUESTIONS	11	25,6	GAV	18	41,9
PAS D'ALTERATION DU DISCERNEMENT	1	2,3			
CAPACITE A SUPPORTER LA DETENTION	3	6,7			
CAPACITE A SE DEFENDRE	2	4,7			
PEUT REpondre DE SES ACTES	1	2,3			

Tableau 7 : définition de la compatibilité psychiatrique avec la GAV par les psychiatres.

▪ Médecins légistes :

ITEMS DE DEFINITION	Effectif	Pourcentage	Catégorie	Effectif	Pourcentage
PAS D'INDICATION DE SURVEILLANCE SPECIFIQUE	2	11,8	SOINS	5	29,4
PAS D'INDICATION DE PEC HOSPITALIERE	1	5,9			
PAS DE NECESSITE DE SOINS IMMEDIATS	2	11,8			
ABSENCE DE RISQUE SUICIDAIRE	1	5,9	TROUBLE	15	88,2
ABSENCE DE DANGEROSITE	4	23,5			
ABSENCE DE TROUBLES PSY DECOMPENSES	6	35,3			
ABSENCE D'AUTO HETERO AGRESSIVITE	1	5,9			
ABSENCE DE TROUBLES PSY PROCESSUELS	2	11,8			
ABSENCE D'AGITATION PSYCHIATRIQUE	1	5,9			
CAPACITE A SUPPORTER LA DETENTION	3	17,6			
CAPACITE DE COMPRENDRE ET REPONDRE AUX QUESTIONS	1	5,9			
ETAT MENTAL AU MOMENT DE L'EXAMEN PERMET LE MAINTIEN EN GAV	2	11,8			

Tableau 8 : définition de la compatibilité psychiatrique avec la GAV par les médecins légistes.

- Comparaison :

L'analyse statistique n'a pas montré de différence significative pour les ensembles de critères de définition de la compatibilité de l'état psychique avec la GAV entre les médecins légistes et les psychiatres.

CATEGORIE D'ITEMS	PSYCHIATRE	ASTREINTE	URGENCE	SMPR	LEGISTE
SOINS	11 (25.6%)	3(27.3%)	2(28.6%)	3(50%)	2(11.8%)
TROUBLE	12(27.9%)	1(9.1%)	0(0%)	0(0%)	7(41.2%)
GAV	4(9.3%)	1(9.1%)	0(0%)	0(0%)	5(29.4%)
TROUBLE+SOINS	4(9.3%)	1(9.1%)	1(14.3%)	0(0%)	2(11.8%)
TROUBLE+GAV	8(18.6%)	4(36.4%)	3(42.9%)	2(33.3%)	1(5.9%)
SOINS+GAV	3(7%)	0(0%)	1(14.3%)	0(0%)	0(0%)
TROUBLE+GAV+SOINS	1(2.3%)	1(9.1%)	0(0%)	1(16.7%)	0(0%)
TOTALE	43	11	7	6	17

Tableau 9 : Comparaison des définitions de la compatibilité psychique avec la GAV entre les médecins légistes et les différents groupes de psychiatres.

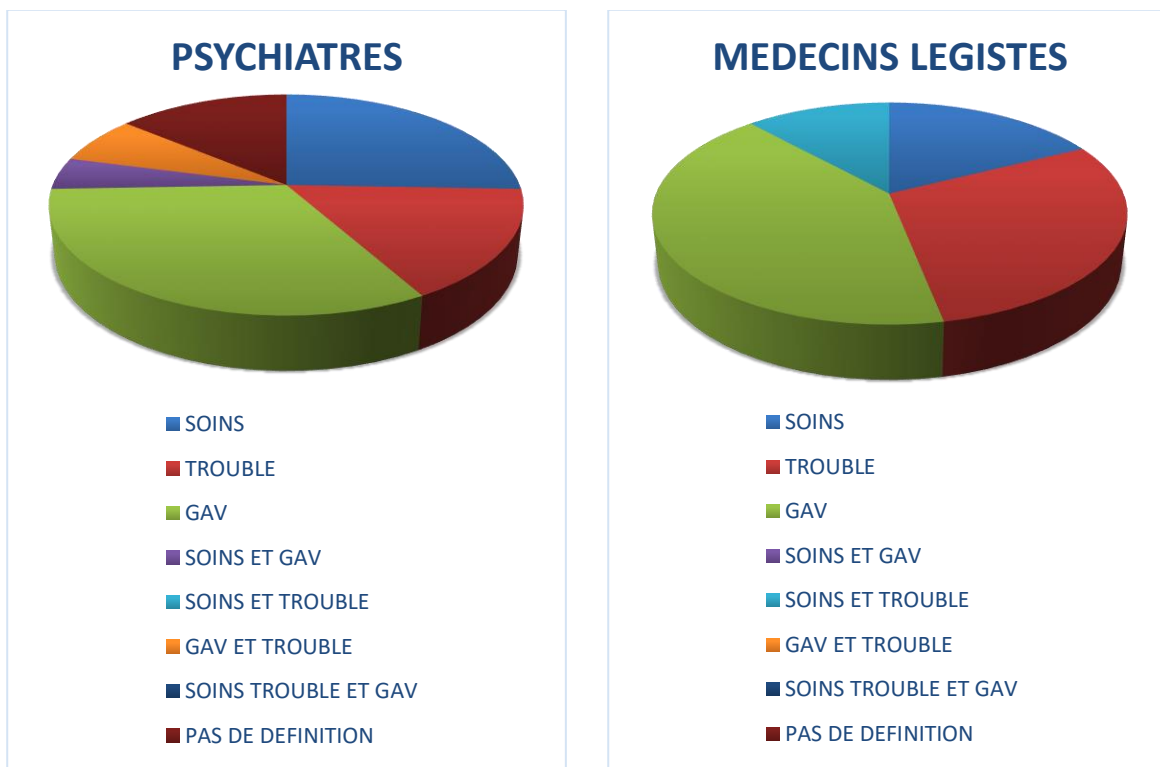


Schéma 1 : Définition de la compatibilité de l'état de santé globale avec la GAV.

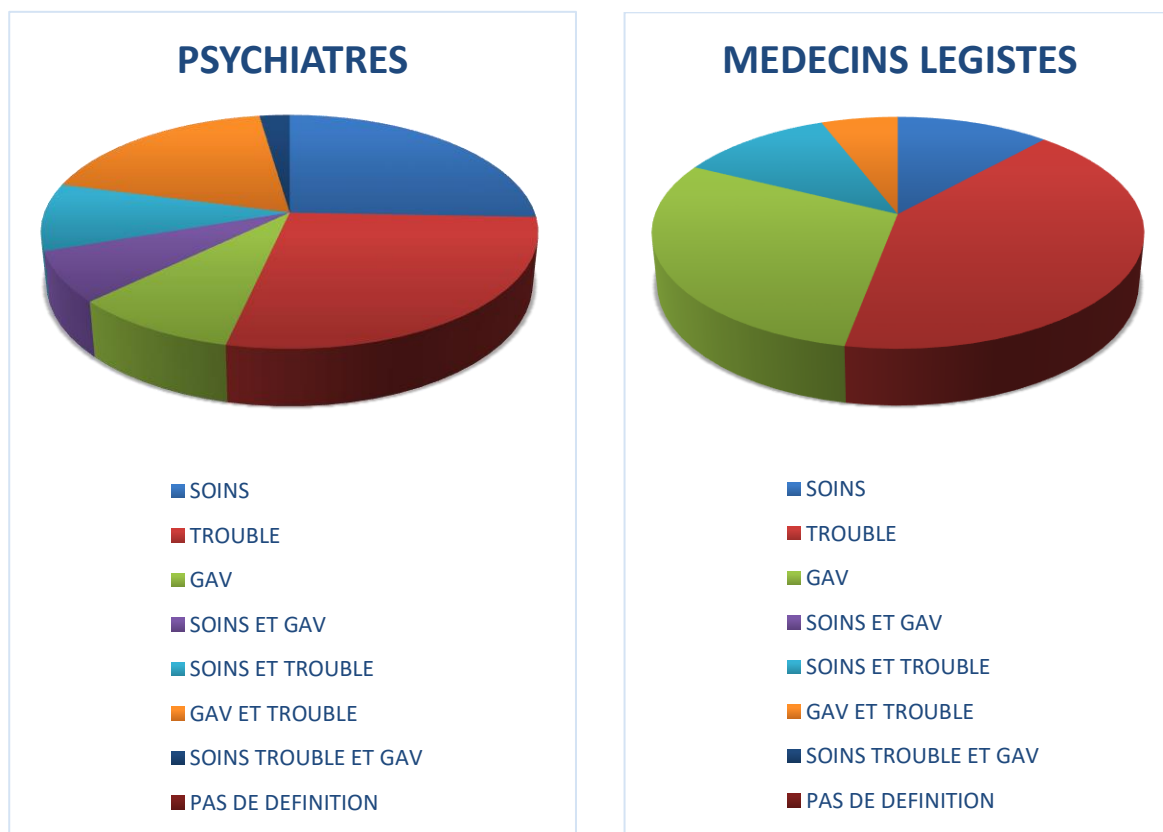


Schéma 2 : Définition de la compatibilité de l'état psychique avec la GAV

- Les déterminants de l'incompatibilité psychiatrique avec la GAV :

L'indication d'une hospitalisation immédiate en service de psychiatre est le déterminant principal pour les psychiatres (95.3%) et les médecins légistes (88.2%). Le risque suicidaire avéré est déterminant pour 93.0% des psychiatres et 70.6% des médecins légistes. 79.1% des psychiatres et 76.5% des médecins légistes considèrent que la dangerosité psychiatrique est un critère déterminant pour statuer sur l'incompatibilité psychiatrique avec la GAV.

La présence d'une symptomatologie délirante est un critère déterminant pour 88.2% des médecins légistes et 58.1% des psychiatres.

Concernant l'incapacité à comprendre et à répondre aux questions posées lors des interrogatoires, elle n'est déterminante que pour 65.1% des psychiatres et 41.2% des médecins légistes.

L'analyse statistique montre une différence significative concernant 3 déterminants : le risque suicidaire, facteur déterminant pour 93.0% des psychiatres (contre 70.6% des médecins légistes) ; la symptomatologie délirante, déterminante pour 58.1% des psychiatres et 88.2% des médecins légistes ; et le diagnostic psychiatrique qui est déterminant pour 23.5% des médecins légistes et seulement 4.7% des psychiatres.

DETERMINANTS DE L'INCOMPATIBILITE PSYCHIATRIQUE	PSYCHIATRES	LEGISTES	P
Nécessité d'un traitement psychotrope	11.6%	0.0%	0.309
Indication d'une hospitalisation immédiate en service de psychiatrie	95.3%	88.2%	0.317
Risque suicidaire avéré	93.0%	70.6%	0.035
Symptomatologie délirante	58.1%	88.2%	0.026
Dangerosité psychiatrique	79.1%	76.5%	1.000
Diagnostic psychiatrique	4.7%	23.5%	0.048
Rupture de traitement	11.6%	35.3%	0.059
Antécédents de soins sur décision du représentant de l'état	14.0%	5.9%	0.661
Incompréhension des questions posées et/ou incapacité d'y répondre	65.1%	41.2%	0.090
Incompréhension de la mesure de GAV et incapacité à se défendre	41.9%	35.3%	0.640
Présence d'une déficience intellectuelle.	16.3%	11.8%	1.000
Les doléances du gardé à vue.	0.0%	0.0%	
AUTRES : FAITS REPROCHES	2.3%	0.0%	

Tableau 10 : déterminants de l'incompatibilité psychiatrique avec la GAV.

On ne retrouve pas de différence significative entre les groupes : astreinte/ non astreinte, urgence/ non urgence et SMPR/non SMPR.

- Une personne délirante est-elle toujours incompatible sur un plan psychiatrique avec la GAV ?

Pour 74.4% des psychiatres, une personne délirante n'est pas toujours incompatible avec le maintien en GAV contre seulement 11.8% des médecins légistes. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0.001$).

La majorité des psychiatres estime qu'une symptomatologie délirante n'est pas synonyme d'une incompatibilité psychiatrique avec la GAV. Cette dernière dépendra des caractéristiques du délire (l'adhésion, la temporalité, l'intensité, la thématique, le mécanisme et la participation affective), des signes associés (syndrome dissociatif et envahissement anxieux) et de son lien avec les faits.

Pour 25.6% des psychiatres, une personne délirante a une altération des capacités de compréhension (9.3%), une perte de contact avec la réalité (9.3%) et n'est pas responsable de ses actes (4.7%). Ces arguments seraient en faveur d'une incompatibilité psychiatrique avec le maintien en GAV.

Le test statistique ne révèle pas de différence significative entre les groupes astreinte/non astreinte, urgence/non urgence et SMPR/non SMPR.

Pour la majorité des médecins légistes (88.2%), une personne délirante n'est pas compatible avec le maintien en GAV. En effet, la symptomatologie délirante altère la capacité de compréhension (35.3%) et justifie d'une hospitalisation pour observation médicale (17.6%).

- Avez-vous besoin de connaître les faits reprochés pour statuer sur la compatibilité psychiatrique ?

53.5% des psychiatres et 64.7% des médecins légistes estiment qu'il est nécessaire de connaître les faits reprochés à la personne afin de statuer sur la compatibilité de son état psychique avec le maintien en GAV.

Pour les psychiatres, connaître les faits permet une évaluation contextuelle (44.2%), et donne une indication sur la dangerosité (11.6%) et la responsabilité pénale (2.3%).

En revanche, pour 30.2% des psychiatres, l'examen d'une personne gardée à vue doit tenir uniquement compte de la clinique et est indépendant des faits. Pour 7% des psychiatres, il n'est pas nécessaire de connaître les faits reprochés au gardée à vue afin d'éviter les biais de jugement.

Pour 90.9% des psychiatres du groupe « astreinte », il est nécessaire de connaître les faits afin de statuer sur la compatibilité psychiatrique contre 40.6% des psychiatres non inclus dans le groupe d'astreinte. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0.04$).

Leur argument principal était pour 81.8% de ces psychiatres, la nécessité d'une évaluation contextuelle dans le cadre de la GAV. Pour 9.1% d'entre eux, connaître les faits donne une indication sur la responsabilité pénale.

Pour 41.2% des médecins légistes, connaître les faits est nécessaire lors de l'évaluation d'une personne gardée à vue afin de donner une indication sur la dangerosité et permet une évaluation contextuelle (17.6%).

Mais 29.4% des médecins légistes estiment que l'évaluation de la compatibilité de l'état psychique de la personne avec la GAV doit être indépendante des faits.

c- Les particularités de l'examen psychiatrique en GAV ainsi que la réponse à la réquisition :

- Les particularités de l'examen psychiatrique d'une personne gardée à vue :

Pour 67.4% des psychiatres, la particularité de cette rencontre est en lien avec l'examen clinique qui doit être global (30.2%), orienté selon les faits (25.6%) ou orienté selon les questions posées par la réquisition (4.7%).

L'examen psychiatrique d'une personne en GAV a un cadre légal particulier pour 58.1% des psychiatres. La demande de l'examen est judiciaire, elle n'émane pas de la personne examinée (11.6%). Celle-ci doit être informée de ce cadre judiciaire (25.6%).

Selon 4.7% des psychiatres, le médecin n'a pas de position soignante lors de cette rencontre.

PARTICULARITE DE L'EXAMEN	EFFECTIF	POURCENTAGE	CATEGORIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
EVALUATION GLOBALE	13	30,2	EXAMEN CLINIQUE	29	67,4
ORIENTE SELON LES FAITS	11	25,6			
ORIENTE SELON LES QUESTIONS POSEES PAR LA REQUISITION	2	4,7			
PRISE EN COMPTE DES ANTÉCÉDENTS INCARCERATION	1	2,3			
RECHERCHER LES ELEMENTS DE DANGEROUSITE	1	2,3			
ATTENTION PARTICULIERE AU RISQUE SUICIDAIRE	1	2,3			
DEVOIR INFORMER DU CADRE ET DES CONSEQUENCES DE L'EXAMEN	11	25,6	CADRE LEGAL	25	58,1
LE CADRE JUDICIAIRE DE LA RENCONTRE	8	18,6			
DEMANDE ET REPONSE JUDICIAIRE DE L'EXAMEN	5	11,6			
FAIT PAR UN MEDECIN THESE	1	2,3			
LE RETOUR A DOMICILE = MAINTIEN AUX GEOLES	1	2,3		1	2,3
POSITION NON SOIGNANTE DU MEDECIN	2	4,7		2	4,7

Tableau 11 : Particularités de l'examen psychiatrique d'une personne gardée à vue selon les psychiatres.

- Consultation du dossier médical du patient lors d'un examen clinique sur réquisition judiciaire :

74.4% des psychiatres consultent le dossier médical d'une personne au cours de l'examen d'un gardé à vue. Or, 48.8% des psychiatres estiment ne pas avoir le droit de le faire. Pour 7% des psychiatres, la consultation du dossier médical de la personne lors d'un examen sur réquisition est possible avec l'accord de la personne.

25.6% des psychiatres estiment qu'il est utile de consulter le dossier médical de la personne afin de réaliser une évaluation de qualité et pour 20.9% des psychiatres, l'examen psychiatrique d'une personne gardée à vue est inclus dans le cadre du soin et par conséquent, la consultation du dossier médical est permise.

Les psychiatres qui estimaient ne pas devoir consulter le dossier médical considèrent que l'accès au dossier médical d'une personne est inscrit dans un cadre légal précis (9.3%) et que l'évaluation psychiatrique doit être limitée aux éléments rapportés par l'examen clinique (11.6%).

Les éléments principaux recherchés par les psychiatres lors de la consultation du dossier médical sont les antécédents psychiatriques (69.8%), les traitements (65.1%) et l'état antérieur (53.5%).

- Mentionnez-vous la présence d'une addiction à des drogues illicites (cannabis, cocaïne...) sur votre certificat de compatibilité avec la GAV ?

46.5% des psychiatres mentionnent la présence d'addiction à des drogues illicites sur le certificat de compatibilité lors de l'examen d'une personne gardée à vue. 7% des psychiatres mentionnent la présence d'une addiction sans préciser la substance.

Certains psychiatres (37.2%) estiment devoir faire mention des troubles addictifs sur le certificat de compatibilité car il y a un impact dans la prise en charge de la personne lors de son maintien en GAV. Pour 9.3% des psychiatres, la recherche d'addiction est incluse dans l'évaluation psychiatrique de la personne examinée et doit, par conséquent, être mentionnée sur le certificat de compatibilité.

46.5% des psychiatres ne mentionnent pas systématiquement la présence d'addiction. Ils en font mention seulement si c'est explicitement demandé par la réquisition (30.2%) et si la personne en est imprégnée au moment de l'examen (18.6%).

- Peut-on statuer sur le discernement et le contrôle des actes pour la détermination de la responsabilité pénale lors de l'examen en GAV ?

20.9% des psychiatres estiment qu'il est possible de statuer sur le discernement et le contrôle des actes lors d'un examen d'un gardé à vue et pour 2.3% des psychiatres, cette activité n'est recommandée qu'en cas d'évidence clinique et de flagrance.

Les motifs avancés sont l'absence d'interdiction légale à le faire (4.7%), l'intérêt du patient (2.3%) et la pertinence d'une évaluation immédiate dans les suites des faits (2.3%). Pour 2.3% des psychiatres, répondre à la question du discernement et le contrôle des actes d'une personne est incluse dans l'évaluation psychiatrique.

La majorité des psychiatres estime qu'il n'est pas pertinent d'évaluer la responsabilité pénale d'une personne lors de l'examen psychiatrique d'un gardé à vue. Cet examen ne respecte pas les conditions de réalisation d'une expertise psychiatrique (37.2%), il est nécessaire que cette question soit évaluée lors d'une expertise psychiatrique dédiée (44.2%).

Seulement 7% des psychiatres interrogés ont déjà statué sur le discernement et le contrôle des actes d'une personne lors de l'examen en GAV.

- Avez-vous déjà été dans l'incapacité de répondre à la réquisition ?

Seulement 11.6% des psychiatres ont été confrontés à des situations où ils étaient dans l'incapacité de répondre aux missions de la réquisition. Ces situations concernaient une personne présentant un syndrome de sevrage (2.3%), un état d'imprégnation de toxiques (4.7%) et une nécessité d'exams complémentaires préalables (2.3%).

Un psychiatre s'est récusé pour le motif qu'il était le psychiatre traitant de la personne à examiner et un autre n'a pas pu statuer sur la question de la compatibilité psychiatrique pour un doute clinique, il a alors préconisé une réévaluation.

- Peut-on répondre autrement que compatible ou incompatible ?

Plus de la moitié des psychiatres interrogés (58.1%) estime qu'il est possible de nuancer la réponse à la question de la compatibilité psychiatrique de l'état de santé psychique avec le maintien en GAV. Une compatibilité sous certaines conditions peut être proposée et les conditions envisagées sont : une prise de traitement, un aménagement des conditions de détention et d'interrogatoire, une réévaluation clinique, une surveillance et une investigation somatique.

d- Les soins (hospitalisation et traitements) pour la personne gardée à vue :

- Une hospitalisation psychiatrique à la suite d'une incompatibilité nécessite-t-elle nécessairement une mesure de SDRE ?

25.6% des psychiatres interrogés envisagent systématiquement l'hospitalisation d'une personne incompatible avec le maintien en GAV sous le mode de SDRE.

Pour 16.3% des psychiatres, la mesure de GAV est synonyme d'infraction et donc de trouble à l'ordre public ce qui indique des soins en SDRE. L'hospitalisation sur demande du préfet symboliserait la mesure de GAV pour 9.3% des psychiatres.

La majorité des psychiatres estime que le mode d'hospitalisation doit être envisagé selon l'évaluation clinique (44.2%) et selon les faits (11.6%). Pour 7% des psychiatres interrogés, la mesure de GAV n'est pas systématiquement corrélée à la présence de trouble à l'ordre public.

Les psychiatres du groupe « astreinte » estiment majoritairement (54.5%) que l'hospitalisation d'une personne incompatible avec le maintien de GAV doit se faire sur le mode de SDRE tandis qu'ils ne sont que 15.6% des psychiatres non-inclus dans ce groupe à le penser. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0.018$).

- Prescription de traitements à une personne gardée à vue maintenue en GAV :

La majorité des psychiatres interrogés (72.1%) a recours à la prescription de traitements à une personne maintenue en GAV. 62.8% des prescriptions concernaient des anxiolytiques, 48.8% des renouvellements de traitement de fond et 20.9% des traitements substitutifs.

e- Mise en situation de personnes gardées à vue :

- Personne avec un retard mental grave sans rupture avec l'état antérieur :

34.9% des psychiatres interrogés statueraient en faveur d'une compatibilité psychiatrique et 37.2% en faveur d'une incompatibilité.

Les autres réponses étaient : une évaluation selon le contexte général et les faits (4.7%), une compatibilité tout en alertant le magistrat au sujet de la vulnérabilité de la personne (7%), une compatibilité tout en alertant le tuteur de la personne (2.3%) et une compatibilité tout en indiquant une expertise psychiatrique afin de statuer sur le discernement et le contrôle des actes (2.3%).

7% des psychiatres interrogés considèrent que cette question ne relève pas du champ de la psychiatrie.

- Personne avec un trouble anxieux, type claustrophobie sans risque suicidaire :

Pour 18.6% des psychiatres, cette personne serait compatible avec la GAV et 20.9% des psychiatres l'estimeraient incompatible.

Les autres réponses étaient : une prescription d'anxiolytique (53.5%), un aménagement des conditions de détention (2.3%), une réévaluation clinique de la compatibilité lors d'un nouvel entretien (2.3%).

Pour un psychiatre (2.3%), la réponse dépendrait de la clinique au moment de l'examen psychiatrique.

- Personne dans l'opposition passive, refusant l'examen :

Pour 23.2% des psychiatres, cette personne est considérée comme compatible. 20.9% des psychiatres estiment ne pas pouvoir répondre à la question de la compatibilité et 20.9% se baseraient sur les comportements non verbaux.

Les autres réponses étaient : une hospitalisation pour observation (16.3%), une compatibilité avec réévaluation clinique (7%), rassembler des éléments cliniques par l'intermédiaire de tierces personnes avant de se prononcer (7%) et une compatibilité selon le contexte global (2.3.)

Un psychiatre n'a pas répondu à la question (2.3%).

SITUATION	COMPATIBLE	INCOMPATIBLE	AUTRES
RETARD MENTAL	34.9%	37.2%	27.9%
CLAUSTROPHOBIE	18.6%	20.9%	60.5%
OPPOSITION PASSIVE	23.2%	2.3%	74.5%

Tableau 12 : Mise en situation

SITUATION	ASTREINTE			URGENCE			SMPR		
	C	INC	AUTRES	C	INC	AUTRES	C	INC	AUTRES
RETARD MENTAL	36.4%	27.3%	36.3%	42.9%	28.6%	28.5%	33.3%	16.7%	50.0%
CLAUSTROPHOBIE	9.1%	9.1%	81.8%	14.3%	28.6%	57.1%	16.7%	0.0%	83.3%
OPPOSITION PASSIVE	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	16.7%	0.0%	100.0%

Tableau 13 : Mise en situation. Comparaison des réponses des psychiatres.

3) Résultats secondaires

a- La collaboration des psychiatres avec les médecins légistes :

- Les demandes d'avis psychiatriques hors réquisition par le médecin légiste concernant un gardé à vue :

41.9% des psychiatres interrogés ont été sollicités par un médecin légiste en dehors du cadre de la réquisition pour un avis concernant une personne gardée à vue.

Les avis concernaient principalement la compatibilité psychiatrique (38.9 %), une évaluation psychiatrique (33.3%) et des troubles du comportement (11.1%). Les autres motifs étaient : l'indication d'une hospitalisation, la prise en charge suite à une incompatibilité psychiatrique, la présence d'un risque suicidaire, vérifier les antécédents psychiatriques et un avis thérapeutique.

Pour 46.5% des psychiatres interrogés, une réponse au médecin légiste n'est possible que dans le cadre d'une réquisition judiciaire. Les arguments principaux avancés par les psychiatres sont que le cadre judiciaire de l'examen clinique impose la réquisition du médecin (30.3%), l'obligation de respecter le secret médical (11.6%), la portée médico-légale de l'examen qui doit s'effectuer dans le cadre de la réquisition (4.7%), la rémunération (2.3%), la légitimité de la réponse (2.3%), l'absence de priorité de l'examen en dehors d'une réquisition judiciaire (2.3%) et le secret d'instruction (2.3%). 7% des psychiatres estiment que la collaboration avec le médecin légiste concernant une personne gardée à vue n'est pas incluse dans le cadre du secret partagé entre professionnels de la santé.

53.5 % des psychiatres interrogés estiment que le secret médical partagé s'applique dans ce cadre même en l'absence de réquisition judiciaire.

- Devez-vous avertir le médecin légiste d'une éventuelle prescription thérapeutique ?

83.7% des psychiatres interrogés estiment devoir avertir le médecin légiste d'une éventuelle prescription de traitement à une personne gardée à vue maintenu en GAV.

b- Le vécu et les difficultés rencontrées lors de cette pratique :

- Le vécu des médecins concernant l'examen psychiatrique et la détermination de la compatibilité psychiatrique dans le cadre de la GAV :

- Médecins légistes :

23.3% des médecins légistes ne s'estiment pas compétents pour statuer sur la compatibilité psychique avec la GAV. Cette question est compliquée pour 23.3% des médecins légistes.

Les autres commentaires sont rapportés dans le tableau 14 (Vécu des médecins légistes)

VECU DES MEDECINS LEGISTES	Effectif	Pourcentage
COMPLIQUE	4	23,3
DOUTE	1	5,9
MAL A L'AISE	1	5,9
NON COMPETENT	4	23,5
SENSIBLE A LA QUESTION POUR EVITER UNE PERTE DE CHANCE	1	5,9
NECESSITE D'ETRE ATTENTIF A L'ETAT MENTAL	1	5,9
POPULATION IMPORTANTE DE PATIENTS PSYCHOTIQUES EN GAV	1	5,9
SE FIE A L'AVIS DU PSYCHIATRE	1	5,9
PAS DE COMMENTAIRE	3	17,6

Tableau 14 : Vécu des médecins légistes.

- Psychiatres :

La majorité des commentaires des psychiatres concernant leur vécu par rapport à la pratique de l'examen psychiatrique et à la détermination de la compatibilité psychiatrique était de tonalité négative (81.4%). Cette pratique est jugée stressante par 23.3% des psychiatres. 14% des psychiatres estiment que l'enjeu de cet examen est trop important. Pour 11.6% des psychiatres, la formation des psychiatres est insuffisante dans le domaine médico-légal.

Respectivement, 27.9% et 11.6% des psychiatres estiment que cette activité est intéressante et enrichissante.

9 psychiatres interrogés sont intéressés par cette pratique bien qu'elle soit stressante.

L'ensemble des commentaires des psychiatres interrogés sont rapportés dans le tableau 15.

VECU DES PSYCHIATRES	Effectif	Pourcentage	Catégorie	Effectif	Pourcentage			
ACTIVITE NORMALE	2	4,7	VECU POSITIF	25	58,1			
ACTIVITE AGREABLE	1	2,3						
ACTIVITE DIVERSIFIEE	3	7						
ACTIVITE ENRICHISSANTE	5	11,6						
ACTIVITE INTERESSANTE	12	27,9						
SERVICE RENDU A LA JUSTICE	1	2,3						
SERVICE RENDU A LA POPULATION PSYCHIATRIQUE	1	2,3						
COMPLIQUEE/ DIFFICILE	4	9,3	VECU NEGATIF	35	81,4			
STRESSANTE	10	23,3						
DOUTE/ REPONSE TRANCHEE DIFFICILE	3	7						
DEFAUT DE FORMATION/ FLOU DU CADRE LEGAL	5	11,6						
RESPONSABILITE/ENJEUX	6	14						
DIFFICULTE A GERER DANS LE CADRE DE LA GARDE MEDICALE	1	2,3						
POSITION EXPERTALE PEU CONFORTABLE	4	9,3						
SOLITUDE	2	4,7						
VECU POSITIF ET NEGATIF	9	20,9					9	20,9
SANS COMMENTAIRE	1	2,3					1	2,3

Tableau 15 : vécu des psychiatres.

- Difficultés rencontrées par les médecins lors de cette pratique :

- Médecins légistes :

64.7% des médecins légistes rapportent des difficultés concernant l'évaluation psychiatrique des personnes gardées à vue.

La majorité des difficultés rapportées concerne la collaboration avec les psychiatres (23.5%), l'organisation institutionnelle entre les différents établissements concernés par cette pratique (23.5%) et la difficulté à solliciter un avis psychiatrique (17.6%).

DIFFICULTE RAPPORTEES PAR LES MEDECINS LEGISTES	Effectif	Pourcentage
COLLABORATION DIFFICILE AVEC LES PSYCHIATRES	4	23,5
DIFFICULTE A AVOIR UN AVIS PSYCHIATRIQUE SPECIALISE	3	17,6
DIFFICULTE A DEMANDER DES INFORMATIONS MEDICALES	1	5,9
LIEN DIFFICILE AVEC LES PSYCHIATRES	1	5,9
ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	4	23,5
PAS DE DIFFICULTE	6	35,3

Tableau 16 : Difficultés rapportées par les médecins légistes.

▪ Psychiatres :

67.4% des psychiatres interrogés ont rapporté des difficultés en lien avec cette pratique. L'analyse des différentes réponses des psychiatres a mis en évidence plusieurs catégories de difficultés :

- L'organisation globale (44.2%) qui regroupe les problèmes d'organisation institutionnelle, la collaboration avec les médecins légistes et les policiers et l'absence de consensus concernant l'intervention du psychiatre et sa mission auprès d'une personne gardée à vue.
- Certains tableaux cliniques (16.3%) : la psychopathie et les troubles de la personnalité, la déficience mentale, les psychoses chroniques déficitaires et les personnes imprégnées de toxiques.
- Certaines situations (13.9%) : les cas médiatisés, les personnes qui nient les faits, les cas de simulation et les situations dont la prise en charge est psycho-socio-somatique.
- L'agressivité de certaines personnes gardées à vue (11.6%) incluant les états d'agitation, d'agressivité et les cas de menaces.
- Doute sur la compatibilité psychiatrique de la personne et la conduite à tenir (11.6%).
- Conflit entre une mission de soin et une mission expertale (4.7%).

DIFFICULTES DES PSYCHIATRES	Effectif	Pourcentage	Catégorie	Effectif	Pourcentage
AGITATION	1	2,3	AGRESSIVITE	5	11,6
AGRESSIVITE	3	7			
MENACES	1	2,3			
ORGANISATION INSTITUTIONNELLE	6	13,9	ORGANISATION GLOBALE	19	44,2
COLLABORATION AVEC LES FORCES DE L'ORDRE	3	7			
COLLABORATION AVEC LES MEDECINS LEGISTES	3	7			
ABSENCE D'INTERPRETE	1	2,3			
DIFFICULTE A OBTENIR LES INFORMATIONS JUDICIAIRES	1	2,3			
PRESSION DES ORGANISATIONS SANITAIRES ET JUDICIAIRES	2	4,7			
CAS D'ABSENCE DE REQUISITION	1	2,3			
MECONNAISSANCE DU CADRE D'INTERVENTION DU PSYCHIATRE	1	2,3			
ABSENCE DE CLARTE DE LA PROCEDURE ET DU CADRE LEGAL DE L'INTERVENTION DU PSYCHIATRE	1	2,3			
PSYCHOPATHIE	1	2,3			
TABLEAUX CLINIQUES	7	16,3			
TROUBLE PERSONNALITE	1	2,3	SITUATIONS COMPLEXES	6	13,9
DEFICIENCE MENTALE	3	7			
PSYCHOTIQUE CHRONIQUE DEFICITAIRE	1	2,3			
IMPREGNATION DE TOXIQUES	1	2,3	SITUATIONS COMPLEXES	6	13,9
CAS MEDIATISE	1	2,3			
CAS DE SIMULATION	3	7			
NON RECONNAISSANCE DES FAITS	1	2,3	SITUATIONS COMPLEXES	6	13,9
INTRICATION PSYCHIATRIE SOMATIQUE ET SOCIALE	1	2,3			
DOUTE CLINIQUE	5	11,6		5	11,6
CONFLIT ENTRE MISSION DE SOIN ET MISSION EXPERTALE	2	4,7		2	4,7
PAS DE DIFFICULTES	14	32,6		14	32,6

Tableau 17 : Difficultés rapportées par les psychiatres interrogés.

c- Suggestions d'amélioration :

- Différences perçues depuis l'arrêt de l'astreinte médico-judiciaire à la date du 15/09/2016 :
 - Psychiatre

74.4% des psychiatres ne perçoivent pas de différence après l'arrêt de l'astreinte médico-judiciaire et 14% des psychiatres regrettent cet arrêt.

DIFFERENCE PERCUE PAR LES PSYCHIATRES	EFFECTIF	POURCENTAGE
APPARITION DES DEMANDE D'AVIS	1	2,3
AUGMENTATION DE L'ACTIVITE	1	2,3
COLLABORATION DIRECTE ET CLAIRE AVEC OPJ	1	2,3
DEGRADATION DE LA QUALITE DE L'EVALUATION	1	2,3
COORDONNATION DE LA PEC PAR LE MEDECIN LEGISTE	1	2,3
REGRET	6	14
PAS DE COMMENTAIRES	32	74,4

Tableau 18 : arrêt du tableau d'astreinte médico judiciaire perçu par les psychiatres.

- Médecins légistes

La majorité des médecins légistes interrogés (70.6%) ne perçoit pas de changement à l'arrêt de l'astreinte médico-judiciaire.

17,6% des médecins légistes estiment que cette activité est actuellement plus claire et plus fluide et 11,8% des médecins légistes interrogés perçoivent plus de difficultés à dialoguer avec les psychiatres et à adresser les personnes gardées à vue pour une évaluation psychiatrique.

DIFFERENCE PERCUE PAR LES MEDECINS LEGISTES	EFFECTIF	POURCENTAGE
DIFFICULTER A ADRESSER LES PERSONNES	1	5,9
MOINS DE DIALOGUE	1	5,9
PLUS CLAIR	2	11,8
PLUS FLUIDE	1	5,9
PAS DE COMMENTAIRES	12	70,6

Tableau 19 : arrêt du tableau d'astreinte médico judiciaire perçu par les médecins légistes.

- Améliorations pouvant être apportées à cette pratique

Les suggestions d'amélioration rapportées par les psychiatres interrogés concernent l'organisation globale (53,5%) : ils proposent de clarifier le cadre d'intervention du psychiatre auprès d'une personne gardée à vue et sa mission (18.6%) et d'améliorer la collaboration avec les médecins légistes (20.9%).

44.2% des psychiatres interrogés suggèrent une réflexion institutionnelle afin d'assurer une meilleure formation des psychiatres dans le domaine médico-légal (23.2%) et une harmonisation des pratiques (11.6%).

4,7% des psychiatres estiment qu'il est nécessaire d'améliorer les conditions d'examen dans les locaux de la police et 4,7% des psychiatres suggèrent d'inclure les infirmiers lors de l'examen des personnes gardées à vue.

SUGGESTIONS D'AMELIORATION	Effectif	Pourcentage	Catégorie	Effectif	Pourcentage
Clarifier le cadre d'intervention du psychiatre	8	18,6	ORGANISATION GLOBALE	23	53,5
Collaboration avec les médecins légistes	9	20,9			
Améliorer les modalités de paiement	1	2,3			
Consensus concernant les missions imposées par la réquisition	1	2,3			
Améliorer la collaboration avec les policiers	4	9,3			
Inclure les infirmiers au cours de l'entretien psychiatrique.	2	4,7	CONDITIONS D'EXAMEN	4	9,3
Améliorer les conditions d'examen dans les geôles.	2	4,7			
Créer une filière spéciale pour cette activité	1	2,3	REFLEXION INSTITUTIONNELLE	19	44,2
Baser cette activité sur le volontariat	2	4,7			
Réfléchir sur les modalités d'incitation des psychiatres	1	2,3			
Harmonisation des pratiques	5	11,6			
Améliorer la formation médicale dans ce domaine.	10	23,2			
Meilleure accessibilité aux éléments judiciaires.	1	2,3		1	2,3
Sensibilisation des agents de force de l'ordre dans le domaine de la pathologie psychiatrique.	1	2,3		1	2,3
PAS DE COMMENTAIRES	4	9,3		4	9,3

Tableau 20 : Améliorations suggérées par les psychiatres.

d- Commentaires :

- Psychiatre :

Un psychiatre a soulevé la question des hospitalisations en soins libres et à la demande d'un tiers dans les suites d'une incompatibilité avec le maintien en GAV. Le patient pourrait mettre un terme à l'hospitalisation sans que les autorités judiciaires n'en soient informées. Le cadre d'une hospitalisation en SDRE ne s'appliquant pas dans tous les cas de figure, il est à envisager un mode d'hospitalisation particulier dans les suites d'une incompatibilité avec le maintien en GAV.

Le problème du non-respect de la confidentialité dans la salle d'attente des urgences a été soulevé.

Un psychiatre déplore le peu d'expertises psychiatriques demandées pour les délits mineurs. Or les patients atteints de troubles psychotiques sont majoritairement arrêtés pour des infractions mineures.

Un dernier psychiatre soulève la question de la place de l'infirmier lors de l'examen d'une personne gardée à vue dans les locaux des urgences.

- Médecins légistes :

Un médecin légiste soulève la question des avis psychiatriques sans réquisition judiciaire et un autre présente des difficultés à avoir une conduite à tenir à la suite d'une incompatibilité psychiatrique avec le maintien en GAV et à rédiger les certificats d'hospitalisation sans consentement.

III-E Discussion

1) Rappel des principaux résultats

La définition de la compatibilité de l'état psychique d'une personne avec le maintien en GAV par les médecins interrogés se fonde sur trois critères : l'absence de nécessité de soins et de surveillance spécialisée, la capacité à supporter les conditions de la GAV et à comprendre et répondre aux questions posées, et l'absence de trouble psychiatrique décompensé et d'instabilité psychiatrique. Ce dernier critère est le critère le plus souvent pris en compte par les médecins légistes et les psychiatres pour définir un état de compatibilité psychiatrique avec le maintien en GAV.

Notre étude n'a pas montré de différence statistiquement significative entre les critères de définition des médecins légistes et des psychiatres.

Les trois principaux déterminants de l'incompatibilité psychiatriques pour les psychiatres étaient : l'indication d'une hospitalisation immédiate en service de psychiatrie, le risque suicidaire et la dangerosité psychiatrique. Pour les médecins légistes il s'agissait de : l'indication d'une hospitalisation immédiate en service de psychiatrie, la présence d'une symptomatologie délirante et la dangerosité psychiatrique.

L'analyse statistique montre une différence significative concernant 3 déterminants : le risque suicidaire, la présence d'une symptomatologie délirante et le diagnostic psychiatrique

Plus de la moitié des psychiatres et des médecins légistes estiment qu'il est nécessaire de connaître les faits reprochés à la personne afin de statuer sur la compatibilité de son état psychique avec le maintien en GAV.

Par ailleurs, seule la moitié des médecins légistes interrogés (Vs la majorité des psychiatres) estiment qu'un médecin légiste peut statuer sur la compatibilité psychiatrique avec le maintien en GAV.

2) Discussion des résultats principaux

- La population :

La population des psychiatres et des médecins légistes était équilibrée en termes de sex-ratio. La population des médecins légistes était plus âgée (43 ans et 5 mois) que la population des psychiatres (37 ans et 10 mois) mais la durée moyenne d'années d'exercice était plus courte pour les médecins légistes. Ceci est en lien avec notre questionnaire qui n'incluait pas les années d'internat des médecins légistes dans le nombre d'année d'exercice de la médecine légale à l'inverse de la psychiatrie.

Le taux de participation des psychiatres de l'hôpital d'Edouard Toulouse était plus faible que les psychiatres de l'AP-HM.

- La définition et les déterminants de la compatibilité psychiatrique avec la GAV :

Qu'il s'agisse de la compatibilité générale ou de la compatibilité de l'état psychique avec le maintien en GAV, trois ensembles de critères de définition sont pris en compte par les médecins légistes et les psychiatres : « le soin », « la pathologie ou le trouble » et « la GAV ». Les critères principaux des médecins pour définir la compatibilité de l'état de santé étaient en lien avec le contexte de la GAV. Tandis que la compatibilité de l'état psychique était plus fréquemment définie par l'absence de trouble psychiatrique et d'instabilité psychique.

Les psychiatres ont été en difficulté pour définir la compatibilité de façon générale. 14% des psychiatres interrogés n'ont pas répondu à cette question.

Si, seuls 52.9% des médecins légistes s'estiment compétent pour statuer sur la compatibilité de l'état psychique de la personne avec le maintien en GAV, notre enquête ne montre pas de différence dans la définition de la compatibilité psychiatrique entre les psychiatres et les médecins légistes.

Les textes de droit ne prévoient pas de définition juridique de la compatibilité de l'état de santé avec le maintien en GAV. L'article 63-3 du CPP (55) dispose seulement que la mission du médecin est de se prononcer sur l'aptitude au maintien d'une personne en GAV sans préciser les critères que le médecin doit prendre en compte pour déterminer cette aptitude.

Il n'y a pas de définition médicale de la compatibilité avec la GAV. Néanmoins, le guide de bonnes pratiques concernant une personne gardée à vue met l'accent sur la gestion du risque pour la santé (54) et la conférence de consensus met en lien l'incompatibilité du maintien d'une personne en GAV avec la nécessité de soins qui ne peuvent être exécutés dans les locaux de la police ou de gendarmerie (28).

Moins de la moitié des médecins interrogés (46.5% des psychiatres et 47.08% des médecins légistes) prennent en compte le contexte de la GAV en termes de conditions de détention et de capacité à comprendre et répondre aux questions posées pour définir la compatibilité de l'état de santé avec le maintien en GAV. Or, la compatibilité est définie dans le Larousse comme « l'état de quelque chose qui est en accord avec quelque chose d'autre », c'est le caractère conciliable entre deux choses (69). Il semble ainsi nécessaire d'inclure le contexte de la GAV dans l'évaluation de la compatibilité de l'état de santé d'une personne avec son maintien en GAV tel que le précise aussi la conférence de consensus (28) et le guide de bonnes pratiques (54).

Concernant la particularité de la compatibilité de l'état psychique d'une personne gardée à vue, la conférence de consensus ne définit pas l'état psychique d'une personne compatible au maintien en GAV mais elle estime néanmoins que le risque suicidaire imminent, la psychose aiguë, la recrudescence délirante et l'agitation délirante sont des contre-indications formelles à maintenir une personne en GAV (28).

La circulaire 63-3 du 1er mars 1993 alerte les médecins concernant la pathologie mentale présente chez les personnes gardées à vue sans préciser la répercussion de ces troubles sur le déroulement de la GAV (70).

Par ailleurs, les textes de droit ne prévoient pas l'évaluation des capacités de compréhension dans la détermination de la compatibilité de l'état psychique avec le maintien en GAV.

Au Royaume-Uni, il est préconisé de prendre en considération la capacité à être interrogé par les policiers lors d'une GAV en évaluant l'orientation dans le temps et l'espace, la cohérence du discours et le cours de la pensée (71). La personne gardée à vue doit être capable de comprendre les questions posées et de demander un avocat (72).

Il est donc nécessaire de prendre en compte la présence de troubles mentaux, l'imprégnation de toxiques, les conditions et la durée de l'interrogatoire et la réévaluation après l'interrogatoire par les policiers (73). Ces éléments peuvent avoir des conséquences sur les capacités de compréhension de la personne et induisent des fausses déclarations et des faux aveux, ce qui a des conséquences sur le bon déroulement de la procédure judiciaire.

Pour déterminer l'incompatibilité psychiatrique avec le maintien en GAV, les psychiatres interrogés se fondent principalement sur la présence d'indication d'hospitalisation en psychiatrie, la présence d'un risque suicidaire imminent et la dangerosité psychiatrique.

Les médecins légistes considèrent prioritairement la présence d'une indication d'hospitalisation, la présence d'une symptomatologie délirante et la dangerosité psychiatrique pour statuer en faveur d'une incompatibilité psychiatrique.

Par ailleurs, si la présence d'un risque suicidaire n'est un facteur déterminant que pour 70.6% des médecins légistes, il est néanmoins un motif de sollicitation d'un avis psychiatrique pour 82.4% des médecins légistes.

En effet, le risque suicidaire imminent est considéré comme une contre-indication formelle par le jury de la conférence de consensus (28). Le suicide représente la moitié des causes de décès

survenus en GAV (12 décès par an environ) (28). Une étude menée aux Pays-Bas sur 59 décès survenues en GAV estime à 34% le taux de suicide (61).

La symptomatologie délirante est plus fréquemment associée à un état d'incompatibilité au maintien de la GAV par les médecins légistes que par les psychiatres interrogés. En effet, la conférence de consensus relative à l'intervention du médecin en GAV indique que la psychose aiguë, la recrudescence délirante et l'agitation délirante sont des contre-indications au maintien de la personne en GAV (28). Néanmoins, la question de la symptomatologie délirante chronique enkystée de certains patients n'a pas été soulevée par cette conférence.

Nos résultats sont en accord avec les conclusions des psychiatres de l'unité de psychiatrie d'urgence à Paris qui considèrent que les principaux cadres de la non-compatibilité au maintien de la GAV dans les locaux de police et la gendarmerie sont représentés par les états psychotiques aigus, les états comportant une dangerosité manifeste et les cas à risque d'un passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif (74). Si un patient schizophrène n'est pas automatiquement incompatible avec la GAV, il est néanmoins nécessaire d'alerter sur sa fragilité (74).

Si la fréquence des troubles psychiatriques est élevée parmi les personnes gardées à vue tel que le montrent certaines études - (A Paris, 91% des 137 personnes examinées par un psychiatre présentaient un trouble psychiatrique dont 30% des troubles étaient des psychoses de la sphère de la schizophrénie (2) ; à Amsterdam, 40% des personnes gardées à vue présentaient un trouble psychiatrique selon le *brief jail mental health screen* (5) ; en Australie, un tiers des personnes gardées à vue présentait un symptôme psychiatrique selon le *Brief Psychiatric Rating Scale* et 54,7% d'entre eux avaient eu un contact avec la psychiatrie dont dans 19,7% des cas un antécédent d'hospitalisation (7))- , la présence d'un trouble psychiatrique n'est pas synonyme d'incompatibilité avec la GAV.

En effet, une étude menée à Paris auprès de 4814 gardés à vue montre que, même si la décision d'incompatibilité était significativement plus élevée pour les personnes présentant des antécédents psychiatriques, elle n'était pas systématique et elle n'a concerné que 3% des personnes rapportant un trouble mental. En outre la compatibilité conditionnelle a concerné 36% de ces personnes (75).

Dans une autre étude en Allemagne concernant 3674 personnes examinées en GAV, seulement 36.9% des personnes souffrant de troubles psychiatriques ont été déclarées incompatibles avec le maintien en GAV. Dans 52.2% des situations, une compatibilité conditionnelle a été prononcée (4).

Le taux de troubles mentaux était estimé à 80% parmi les personnes compatibles au maintien en garde à vue selon une étude parisienne (2).

Ces études confirment que la décision d'incompatibilité au maintien avec la GAV n'est pas automatique en cas de présence de trouble mental.

Les psychiatres du groupe « astreinte » se distinguent des autres psychiatres concernant le fait de connaître les faits reprochés à la personne pour se prononcer sur la question de la compatibilité. En effet, quasi la totalité d'entre eux tient compte de ces circonstances pour évaluer la personne gardée à vue et déterminer la compatibilité de son état psychique avec la GAV.

Le fait que les psychiatres de ce groupe réalisent l'examen dans les locaux de la police peut être un facteur facilitant la communication avec les OPJ et la discussion au sujet des faits reprochés.

- Les particularités de l'examen psychiatrique en GAV ainsi que la réponse à la réquisition.

Les principales caractéristiques de l'examen psychiatrique d'une personne gardée à vue selon les psychiatres interrogés sont : son caractère global et orienté selon les faits, le cadre judiciaire de la rencontre et l'obligation du médecin d'informer la personne gardée à vue du cadre de l'examen et de ses conséquences.

Les données épidémiologiques de certaines études réalisées dans des pays étrangers étaient en faveur d'une évaluation psychiatrique précoce au cours d'une procédure judiciaire (41).

Le cadre particulier de l'examen psychiatrique d'un gardé à vue vient du fait que cet examen est imposé par la justice comme le notaient les psychiatres interrogés. En effet, il s'agit d'un cadre contraint à l'inverse du cadre de soin habituel : le médecin est réquisitionné par l'autorité judiciaire ou policière et non choisi par la personne gardée à vue et le secret médical est limité du fait de la nécessité de remettre un certificat médical à l'autorité requérante (28).

Les psychiatres interrogés avaient distingué l'examen de GAV d'une expertise psychiatrique. Ils avaient toutefois déclaré que les conclusions de l'examen de GAV pouvaient être utiles à l'expert psychiatre si une expertise devait être demandée. En effet, à l'inverse de l'examen dans le cadre d'une expertise, le psychiatre n'a pas accès aux éléments biographiques, médicaux et parfois même des éléments concernant les faits reprochés à la personne gardée à vue (28,76).

A ce sujet, un expert explique que l'examen dans les geôles peut peser sur l'évaluation clinique « On a une atmosphère qui n'est pas forcément adaptée à une expertise et à un examen clinique en

psychiatrie [...] il n'est pas rare qu'à la fin de l'expertise le type croit qu'on est avec les enquêteurs »(77).

Outre la mission première de l'examen psychiatrique des personnes placées en garde à vue qui est de se prononcer sur la compatibilité, il permet d'éviter des auditions inutiles et fournit des éléments utiles à l'expert psychiatre (78).

Par ailleurs, l'article L.1110-1 du Code de la santé publique dispose que le médecin a l'obligation d'assurer un accès aux soins et une continuité des soins des patients en toutes circonstances (79). Le psychiatre peut saisir l'opportunité de cette rencontre afin de dépister des pathologies psychiatriques et orienter les gardés à vue vers un circuit de soins (78).

Concernant la réponse à la réquisition, plus de la moitié des psychiatres interrogés avaient recours à la compatibilité sous conditions, le plus souvent liée à la possibilité de délivrer un traitement.

Il est vrai que le jury de la conférence de consensus de 2004 incite les médecins à se prononcer en faveur d'une compatibilité conditionnelle. Celle-ci peut être en lien avec une heure limite de rétention, une nécessité d'une réévaluation clinique, la réalisation de soins et des conditions particulières de garde à vue. Le recours à cette option permet de concilier les impératifs médicaux et les impératifs de l'enquête (28).

Le recours à la compatibilité sous conditions représentait plus de la moitié des conclusions dans une série d'examens de personnes gardées à vue en Allemagne (63). Ce taux était de 36% dans une étude réalisé par une équipe de Paris (75).

- Les soins pour la personne gardée à vue : traitement et d'hospitalisation

Pour la majorité des psychiatres interrogés, une hospitalisation en SDRE n'est pas systématique dans les suites d'une incompatibilité psychiatrique avec la GAV.

Cela rejoint les résultats d'une étude parisienne qui a étudié le mode d'hospitalisation des personnes gardées à vue déclarées incompatibles au maintien en GAV pour motifs psychiatriques. Le mode SDRE n'était pas systématique : parmi les patients hospitalisés en soins sans consentement en service de psychiatrie, 73% l'étaient à la demande du représentant de l'état (2).

La majorité des psychiatres interrogés avait eu recours à la prescription de traitement, notamment des benzodiazépines, à une personne pendant la GAV. Du fait du risque d'altérer la vigilance et la capacité à répondre aux interrogatoires, il est recommandé une grande prudence concernant la prescription des psychotropes au cours de la GAV (28).

- Les mises en situation :

-Personne avec un retard mental grave sans rupture avec l'état antérieur :

Concernant les personnes avec retard mental grave sans rupture avec l'état antérieur, un tiers des psychiatres interrogés était en faveur d'une compatibilité et un autre tiers était en faveur d'une incompatibilité. Trois des psychiatres interrogés estimaient que cette question ne relevait pas du champ psychiatrique et deux psychiatres n'avaient pas répondu à cette question. Les autres réponses étaient plus nuancées.

Au final presque la moitié des psychiatres statuerait en faveur d'une compatibilité dont 11.6% estimaient nécessaire d'alerter sur la fragilité de l'état de la personne en alertant le magistrat, en contactant le tuteur ou en précisant l'indication d'une expertise psychiatrique.

La problématique principale des psychiatres à ce sujet concernait la suite de la prise en charge en cas d'incompatibilité. En effet, tous les psychiatres interrogés estimaient que cette situation ne relevait pas d'une hospitalisation en service de psychiatrie ce qui influençait leurs réponses.

Les psychiatres ne doivent pas être influencés dans leurs réponses par les modalités de prise en charge lorsqu'ils accomplissent leur mission. En effet, ils doivent se prononcer sur l'aptitude au maintien à la GAV indépendamment de toutes contraintes. On peut faire le parallèle avec l'expert psychiatre qui est confronté à une personne paranoïaque lors d'une expertise psychiatrique d'évaluation du discernement et du contrôle des actes. Même si l'indication d'une hospitalisation pour les patients présentant un trouble paranoïaque peut être discutée, ce fait ne doit pas interférer avec leur expertise.

En outre, le procureur a la possibilité de lever la GAV et de classer l'affaire sans suite si la personne est déclarée incompatible avec la GAV.

Même si, dans ce cas de figure, il n'y a ni trouble décompensé ni argument pour une hospitalisation, il nous semble que la décision de compatibilité doit être prise en fonction du niveau de déficience intellectuelle et de compréhension.

- Personne avec un trouble anxieux, type claustrophobie sans risque suicidaire :

Pour 18.6% des psychiatres, cette personne serait compatible avec la GAV et 20.9% des psychiatres l'estimeraient incompatible. Pour un psychiatre, la réponse dépendrait de la clinique au moment de l'examen.

Pour plus de la moitié des psychiatres, cette situation relève d'une compatibilité conditionnelle (à la condition de prescription thérapeutique, de réévaluation clinique et d'aménagement des conditions de détention).

Au final, la majorité des psychiatres (79%) estiment que la claustrophobie n'est pas une contre-indication au maintien en GAV.

Il est clair qu'on ne peut pas déclarer toute personne atteinte de claustrophobie incompatible au maintien en GAV. Néanmoins, il est nécessaire de prendre en considération ce trouble qui pourrait avoir un retentissement sur l'état de santé en cas de fragilité sous-jacente et sur le bon déroulement des interrogatoires.

Par ailleurs, plus de la moitié des psychiatres avaient recours à la prescription d'anxiolytiques à la personne. Or, il est recommandé d'être prudent concernant la prescription de psychotropes aux personnes maintenues en GAV (28), cette prescription pouvant altérer la vigilance de la personne et sa capacité à se défendre, ce qui serait une perte de chance (28).

- Personne dans l'opposition passive, refusant l'examen :

Pour près d'un quart des psychiatres, cette personne est considérée comme compatible et trois des 43 psychiatres interrogés se prononceraient en faveur d'une compatibilité avec une réévaluation clinique.

Certains des psychiatres interrogés se baseraient sur l'évaluation non verbale, sur les éléments rassemblés auprès des tiers et sur le contexte global.

Seuls sept des psychiatres se prononceraient en faveur d'une incompatibilité, estimant qu'il y aurait une indication d'hospitalisation pour une observation clinique.

20.9% des psychiatres estimaient ne pas pouvoir répondre à la question de la compatibilité et un psychiatre n'a pas répondu à notre question.

Parmi les psychiatres qui statueraient en faveur d'une compatibilité, deux psychiatres ont précisé devoir donner à la personne gardée à vue une information claire et loyale concernant les conséquences de son refus d'examen.

Il est clair que de se prononcer sur l'aptitude au maintien en GAV d'une personne en se basant uniquement sur le critère de l'opposition passive paraît difficile. Néanmoins, il nous semble précipité d'accepter ce refus sans s'interroger sur ces motifs, refus qui n'est pas dans l'intérêt de la personne.

En effet, cette attitude peut être en lien avec plusieurs troubles psychiatriques tel qu'un état de sidération, un état dissociatif, un état mélancolique, un trouble délirant...

3) Discussion des résultats secondaires

- Les motifs de sollicitations d'un examen psychiatrique en GAV par le médecin légiste :

Pour les médecins légistes, les principaux motifs pour solliciter un psychiatre sont la bizarrerie du comportement, la symptomatologie psychiatrique bruyante, la potentielle dangerosité pour soi-même, le doute sur la compatibilité psychiatrique avec la GAV et la potentielle dangerosité pour autrui.

Les psychiatres estiment devoir être sollicités en cas de doute sur la compatibilité psychiatrique avec la GAV, de bizarrerie du comportement, de symptomatologie psychiatrique bruyante, de potentielle dangerosité pour soi-même et de la présence d'antécédents psychiatriques.

Les antécédents psychiatriques, les antécédents de SDRE, la demande du gardé à vue, le caractère violent des faits reprochés et le doute sur la compatibilité psychiatrique sont des motifs significativement plus rapportés par les psychiatres.

Les motifs de réquisition d'un psychiatre pour examiner une personne gardée à vue concernent le plus souvent les troubles du comportement, les propos délirants et les états d'agitations (28).

Il est nécessaire d'être particulièrement prudent dans l'évaluation des états d'agitation. En effet, un trouble du comportement peut être en lien avec un état confusionnel, il s'agirait dans ce cas d'une contre-indication formelle au maintien en GAV (78).

L'évaluation dans ce cas devra inclure l'examen somatique et au besoin, des examens complémentaires (78).

Une étude en Ontario incluant 21 cas de morts subites parmi des gardés à vue présentant un état d'agitation avec une symptomatologie confusionnelle, l'état était lié à une pathologie psychiatrique dans 57 % des cas et à une psychose induite par la prise de cocaïne dans 38 % des cas (80).

- La collaboration entre médecins légistes et psychiatres :

La collaboration entre les médecins légistes et les psychiatres était perçue comme difficile par la majorité des médecins interrogés.

La moitié des psychiatres ont été sollicités par un médecin légiste en dehors du cadre de la réquisition pour un avis concernant une personne gardée à vue. Or, près de la moitié des psychiatres interrogés estiment qu'une réponse au médecin légiste concernant une personne examinée n'est possible que dans le cadre de la réquisition.

En effet, si les professionnels de santé peuvent échanger des informations au sujet d'une personne, cet échange est encadré par le code de santé publique. L'Article L1110-4 dispose que cet échange soit strictement nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social (81).

En outre, le partage d'informations entre les médecins n'appartenant pas à la même équipe de soins requiert le consentement préalable de la personne concernée (81).

On peut conclure qu'une réponse à la demande d'avis du médecin légiste est possible mais est limitée aux soins à mettre en place et non à la question de la compatibilité.

La majorité des psychiatres interrogés avertissent le médecin légiste d'une éventuelle prescription médicamenteuse. Or, il nous paraît pertinent de communiquer à chaque fois cette information au médecin légiste afin d'éviter d'éventuels risques de surdosage ou d'interaction médicamenteuse. En outre, le médecin légiste reste l'interlocuteur principal des policiers qui assurent la surveillance des gardés à vue.

- Le vécu et les difficultés rencontrées lors de cette pratique :

Plus de la moitié des médecins légistes ont rapporté des difficultés concernant l'examen psychiatrique. La majorité des difficultés rapportées concerne la collaboration avec les psychiatres, l'organisation institutionnelle entre les différents établissements concernés par cette pratique et la difficulté à solliciter un avis psychiatrique.

En effet, presque la moitié des médecins légistes interrogés estiment que le médecin légiste ne peut pas se prononcer sur la compatibilité psychiatrique avec la GAV malgré la présence de cours de psychiatrie dans leur formation. Près d'un tiers des réponses des médecins légistes concernant leur vécu par rapport à la question psychiatrique en GAV étaient qu'ils s'estimaient incompetents dans ce domaine ou qu'ils étaient mal à l'aise.

La majorité des commentaires des psychiatres concernant leur vécu par rapport à la pratique de l'examen psychiatrique et à la détermination de la compatibilité psychiatrique étaient de tonalité négative. Cette pratique est jugée stressante par un quart des psychiatres.

Le défaut de formation dans le domaine de la psychiatrie légale met en difficulté 11.6% des psychiatres interrogés. En effet, les psychiatres ne sont plus formés dans ce domaine dans le cursus obligatoire (82).

Les principales difficultés rencontrées par les psychiatres concernent l'organisation globale incluant la collaboration avec les médecins légistes.

- Les perspectives :

Les améliorations discutées par les psychiatres interrogés concernaient majoritairement la formation aux aspects médico-légaux, l'harmonisation des pratiques, le cadre légal qu'il ne maîtrise pas et la collaboration avec les médecins légistes.

Une formation initiale pendant l'internat permettrait aux médecins de connaître le cadre légal qu'ils ne maîtrisent pas. Cette formation comprendrait les aspects théoriques multidisciplinaires (droit, clinique médicolégale...) et des aspects pratiques. On peut imaginer que les légistes et les psychiatres en formation peuvent bénéficier d'un tutorat qui permettrait de réduire l'anxiété concernant cette situation d'examen et ses enjeux.

Des modules de formation communs aux psychiatres et aux médecins légistes permettraient de croiser le regard et favoriser les échanges entre les deux professions.

Cette formation initiale devrait se poursuivre par une formation continue comprenant des temps d'échanges entre psychiatres pour harmoniser les pratiques et des rencontres régulières avec les médecins légistes, avec qui la collaboration paraît indispensable.

Concernant l'harmonisations des pratiques, des auteurs ont souligné la mise à la disposition d'un support rédactionnel identique (83).

Par ailleurs, des études ont montré l'intérêt des policiers pour les troubles psychiatriques et pour une formation qui leur permettrait de repérer les troubles mentaux et alerter les médecins. En effet dans une étude en Angleterre et au Pays de Galles, 42,8% des policiers interrogés déploraient un défaut de formation en santé mentale malgré leur forte représentation parmi les personnes gardées à vue et détenues et 91,43 % des policiers seraient disposés à recevoir une formation (84).

En Ontario, un questionnaire adapté a été mis à la disposition des policiers afin d'améliorer le dépistage des personnes présentant des troubles psychiatriques et la collaboration avec les médecins des urgences. Cet outil a montré une réelle efficacité (85).

Une meilleure sensibilisation des policiers permettrait une meilleure collaboration avec les médecins intervenant en GAV.

4) Biais et limites de l'étude

Du fait du dispositif de notre étude, on a pu être exposé à un biais de sélection car nous avons inclus uniquement les psychiatres hospitaliers, ce qui a restreint éventuellement l'éventail de réponses. Certains psychiatres libéraux collaborent avec les services de police et de gendarmerie pour l'examen des personnes gardées à vue. Un complément d'enquête auprès de ces psychiatres pourrait être intéressant à réaliser.

Le faible taux de participation des psychiatres de l'hôpital d'Edouard Toulouse peut être en lien avec un biais de recrutement. Ayant effectué toute notre formation à l'APHM, nous avons plus de facilité à contacter les psychiatres y exerçant. En outre, les médecins des CHU sont plus fréquemment sollicités pour des questionnaires et des travaux de thèses que les médecins des centres hospitaliers spécialisés (CHS).

Nous avons interrogé les médecins au cours d'entretiens individuels préservant l'anonymat ce qui a permis de maîtriser partiellement un biais de mesures en permettant aux psychiatres de répondre aux questions sans crainte d'être jugés. Par ailleurs, certains entretiens ont été effectués lors de gardes aux urgences ce qui a éventuellement limité la disponibilité des psychiatres.

Un certain nombre de questions étaient des questions ouvertes (questions concernant les définitions et les particularités). Pour pouvoir analyser et comparer les réponses des psychiatres nous avons dû les homogénéiser, ce qui a pu biaiser les réponses et réduire leur diversité.

Ensuite, nous avons interrogé les psychiatres sur des situations abstraites de gardés à vue (retard mental, claustrophobie et opposition passive) ce qui limitait l'évaluation clinique de la situation. Aussi, les psychiatres auraient pu donner des réponses différentes dans des situations concrètes.

La particularité de notre étude est d'avoir inclus les médecins légistes. Ceci a permis, en plus de connaître leur avis sur la question des troubles psychiatriques en garde à vue, de discuter de la collaboration avec les psychiatres.

IV- Conclusion

Tout psychiatre peut être amené, au cours de son exercice, à intervenir auprès d'une personne gardée à vue et à statuer sur la compatibilité de l'état psychique avec le maintien de cette mesure.

Les données épidémiologiques mettent en évidence un taux élevé de troubles psychiatriques chez les personnes gardées à vue.

L'examen psychiatrique, à ce stade précoce de la procédure judiciaire, représente une première étape de l'articulation psychiatrie-justice qui éclairera une éventuelle expertise psychiatrique pénale si elle est demandée ultérieurement.

Même si le psychiatre agit sur réquisition judiciaire, il participe, par son action, à une mission de soin, de dépistage et de prévention.

Cependant, peu de publications se rapportent à l'intervention du psychiatre au cours de la garde à vue et à la compatibilité psychique ; c'est ce qui a motivé notre enquête.

Dans l'étude que nous avons réalisée auprès des médecins légistes et des psychiatres qui interviennent pendant la garde à vue à Marseille, nous avons observé que près de la moitié des médecins légistes ne s'estiment pas compétents pour statuer sur la compatibilité de l'état psychique avec le maintien de la GAV. Pour autant, la définition qu'ils donnent de la compatibilité, et plus particulièrement de la compatibilité psychique, ne diffère pas de celle des psychiatres interrogés.

Les médecins considéraient trois ensembles de critères lorsqu'ils devaient se prononcer sur la compatibilité de l'état psychique avec la GAV : « le soin », « le trouble ou la pathologie » et « le contexte spécifique de la GAV ». Cela étant, on constatait que moins de la moitié des médecins s'intéressait au contexte de la GAV et à ses conditions de réalisation lorsqu'ils devaient statuer, alors que cela semble au contraire important. D'ailleurs, la seule conférence de consensus à ce sujet recommande d'intégrer le contexte aux autres éléments de l'examen.

Notre travail a montré trois différences entre les médecins légistes et les psychiatres pour la détermination de la compatibilité psychiatrique avec la GAV. La première concerne le risque suicidaire qui est moins pris en compte par les médecins légistes pour statuer sur la compatibilité. Les médecins légistes avaient quant à eux davantage tendance à retenir une incompatibilité pour motif psychiatrique sur l'existence d'une symptomatologie délirante ou à la simple évocation d'un diagnostic psychiatrique.

Par ailleurs, les psychiatres ayant participé aux astreintes médico-judiciaires considéraient davantage les faits reprochés aux gardés à vue avant de statuer sur la compatibilité.

Soixante pour cent des psychiatres interrogés envisageaient « la compatibilité conditionnelle » comme une possibilité de réponse à la réquisition, ce qui est conforme aux recommandations de la conférence de consensus de 2004 et du guide de bonnes pratiques de 2009.

Enfin, plus de 80% des psychiatres nous ont révélé avoir un vécu négatif concernant l'évaluation de la compatibilité de l'état psychique de la personne avec le maintien en GAV. A cela, il faut rajouter que plus de la moitié des médecins légistes et des psychiatres ont rapporté rencontrer des difficultés lors de leurs interventions auprès d'une personne gardée à vue. Ces difficultés concernaient majoritairement la collaboration avec les confrères ainsi que les conditions de réalisation de l'examen et de la prise en charge des personnes.

Les problèmes de collaboration entre médecins légistes et psychiatres étaient cités par l'ensemble des personnes interrogées. Outre le fait que les conditions de travail peuvent s'en trouver détériorées pour les médecins, il peut y avoir aussi des conséquences sur la réalisation de la mission judiciaire et sur la prise en charge du gardé à vue s'il nécessite des soins.

La réflexion institutionnelle, réclamée par les psychiatres, relative à leur intervention en GAV, paraît nécessaire si elle permet aux médecins légistes et psychiatres de se rencontrer, d'échanger à propos de leur mission respective et de réfléchir à la manière de travailler ensemble.

En effet, les problèmes de communication, ainsi que l'expérience négative des psychiatres sur les interventions en garde à vue, pourraient en partie témoigner d'une méconnaissance de leur mission et d'un manque de formation aux aspects médico-légaux de leur travail. A ce titre, on peut espérer que la nouvelle maquette du DES de psychiatrie compensera la lacune de formation qu'ont connue les dernières générations de psychiatres.

En parallèle, il serait intéressant de s'interroger sur le vécu des patients atteints de troubles psychiatriques lors de leur rencontre avec le psychiatre, au moment de la GAV, et comment cette intervention du médecin peut être utile dans le parcours de soins des patients, notamment pour ceux qui sont en rupture thérapeutique.

V- BIBLIOGRAPHIE

1. Martell DA, Rosner R, Harmon RB. Base-rate estimates of criminal behavior by homeless mentally ill persons in New York City. *Psychiatr Serv Wash DC*. juin 1995;46(6):596-601.
2. 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.
3. 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.
4. Heide S, Stiller D, Lessig R, Lautenschläger C, Birkholz M, Früchticht W. Medical examination of fitness for police custody in two large German towns. *Int J Legal Med*. janv 2012;126(1):27-35.
5. Dorn T, Ceelen M, Buster M, Das K. Screening for mental illness among persons in Amsterdam police custody. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2013;64(10):1047-50.
6. Blaauw E, Kerkhof A, Vermunt R. Psychopathology in police custody. *Int J Law Psychiatry*. 1998;21(1):73-87.
7. Ogloff J, Warren L, Tye C, Blaher F, Thomas S. Psychiatric symptoms and histories among people detained in police cells. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2011;46(9):871-80.
8. Lantéri-Laura G. Éléments pour une histoire de la psychiatrie». Dispon Sur Site [Httpwww Serpsy OrghistoireLanteri1 Html Consulté \[Internet\]](http://www.serpsy.org/histoire/Lanteri_2.html). 2003 [cité 24 août 2017];28(04). Disponible sur: http://www.serpsy.org/histoire/Lanteri_2.html
9. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie. Avec figures représentant les formes de crâne ou des portraits d'aliénés [Internet]. 1809 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=lnDATXXEYJIC&oi=fnd&pg=PR27&dq=Pinel+trait%C3%A9+m%C3%A9dico+philosophique+sur+l%27ali%C3%A9nation+mentale+%&ots=GVg7kUFAp5&sig=h5il95XJvw0TPI21Az6BoPIgPUY>
10. Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médicolégaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique? In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2005 [cité 24 août 2017]. p. 870–877. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448705002295>
11. Constitution du 4 octobre 1958 - Article 64 | Legifrance [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?;idArticle=LEGIARTI000006527555&cidTexte=LEGITEX T000006071194&dateTexte=20140401>
12. Senon JL. Troubles psychiques et réponses pénales. *Champ Pénal* [Internet]. 2005 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://champpenal.revues.org/77>
13. Colombier J, Doublet F. Instructions sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles que leur sont destinés. Vol. 3. Kraus Reprint; 1978.
14. Zagury D. Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique. *Psychopathol Trait Actuels Auteurs D'Agression Sex 2001 Paris John Libbey Eurotext* [Internet]. 2001 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://193.49.126.9/conf&rm/conf/confagrx/RapportsExperts/Zagury.html>
15. Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/110-216/110-2160.html>
16. Publique A. Expertise psychiatrique pénale. *Rapp Comm D'audition–Fédération Fr Psychiatr Santé Solidar Aut Santé–Juillet*. 2007;
17. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

18. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013.
19. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. /data/revues/00034487/01640010/06002186/ [Internet]. 22 déc 2006 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/56246>
20. Dossiers législatifs - Exposé des motifs - Loi n° 2011-392 du 14 avril 2011 relatif à la garde à vue | Legifrance [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do;jsessionid=1553D89B1E9DA5601182FC00865F53EF.tpdjo09_v_3?idDocument=JORFDOLE000022916071&type=expose&typeLoi=&legislature=
21. Manzanera C. Quelle est l'incidence de l'expertise psychiatrique pénale sur l'équilibre entre justice et santé et donc entre prison et hôpital dans la société actuelle. *Expert Psychiatr Pénale Paris John Libbey Eurotext*. 2007;99-110.
22. Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique? In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2005 [cité 24 août 2017]. p. 870-877. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448705002295>
23. Thomas H. *Droit romain: des réquisitions militaires et du logement des gens de guerre chez les romains sous la république et sous l'empire ; Droit français : des réquisitions militaires et du logement des gens de guerre en France depuis le Ve siècle jusqu'en 1789*. L. Larose et Forcel; 1884. 240 p.
24. Chauvaud F, Dumoulin L. *Experts et expertise judiciaire: France, xixe et xxè siècles*. Presses universitaires de Rennes; 2003. 293 p.
25. Aux frontières de l'expertise: Dialogues entre savoirs et pouvoirs - Yann Bérard - Google Livres [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=INUrCwAAQBAJ&pg=PT327&lpg=PT327&dq=1%E2%80%99expert+est+un+auxiliaire+de+justice+:+il+n%E2%80%99est+ni+mandataire,+ni+pr%C3%A9pos%C3%A9+des+parties+;+et+il+est+permis+de+dire+qu%E2%80%99il+est+charg%C3%A9+temporairement+d%E2%80%99un+service+public&source=bl&ots=Ak4jqmMjnP&sig=X2kkcSu431KobJkXcDK__yVMF7s&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwi1gO6m6oTWAhVIF8AKHbzEBbUQ6AEIJAA#v=onepage&q=1%E2%80%99expert%20est%20un%20auxiliaire%20de%20justice%20%3A%20il%20n%E2%80%99est%20ni%20mandataire%2C%20ni%20pr%C3%A9pos%C3%A9%20des%20parties%20%3B%20et%20il%20est%20permis%20de%20dire%20qu%E2%80%99il%20est%20charg%C3%A9%20temporairement%20d%E2%80%99un%20service%20public&f=false
26. Haute Autorité de Santé - Expertise psychiatrique pénale [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546807/fr/expertise-psychiatrique-penale
27. Richard-Devantoy S, Voyer M, Richard A-I, Lhuillier J-P, Senon J-L. Réquisitions et expertises psychiatriques pénales : quelles exigences pour le psychiatre ? /data/revues/00034487/v169i10/S0003448711002824/ [Internet]. 6 déc 2011 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/678184>
28. Haute Autorité de Santé - Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272395/fr/intervention-du-medecin-aupres-des-personnes-en-garde-a-vue
29. mensuelle_juin_2017.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_juin_2017.pdf
30. Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-mensuelles-de-la-population-detenu-et-ecrouee-29632.html>
31. Oxfoz. Publication du rapport d'activité 2016 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2017 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cglpl.fr/2017/publication-du-rapport-dactivite-2016/>
32. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? - Sénat [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html>
33. Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. /data/revues/00034487/v0162i08/04001659/ [Internet]. [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/27397>

34. Bellanger H. Politiques et pratiques de la psychiatrie en prison 1945-1986. *Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines* [Internet]. 1 déc 2014 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <https://criminocorpus.revues.org/2730>
35. La santé [Internet]. [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/la-sante-10026.html). [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/la-sante-10026.html>
36. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry*. avr 2005;162(4):774-80.
37. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet Lond Engl*. 16 févr 2002;359(9306):545-50.
38. 1_Rapport final transversale-25-07-06 - rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf
39. Holley H, Arboleda-Flórez J, Crisanti A. Do forensic offenders receive harsher sentences? An examination of legal outcomes. *Int J Law Psychiatry*. 1998;21(1):43-57.
40. Avenue HRW| 350 F, York 34th Floor | New, 1.212.290.4700 N 10118-3299 U| t. Double peine [Internet]. Human Rights Watch. 2016 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.hrw.org/fr/report/2016/04/05/double-peine/conditions-de-detention-inappropriées-pour-les-personnes-presentant>
41. Robertson G, Pearson R, Gibb R. The entry of mentally disordered people to the criminal justice system. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. août 1996;169(2):172-80.
42. Santé, justice et dangers : prévention de la récidive [Internet]. [justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/sante-justice-et-dangers-prevention-de-la-recidive-11942.html). [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/sante-justice-et-dangers-prevention-de-la-recidive-11942.html>
43. projet de loi relatif à la garde à vue [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pjl10-253.html>
44. Leroy J. Droit pénal général. LGDJ; 2014. 544 p.
45. Décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie. - Article 307.
46. Leroy J. La garde à vue après la réforme. LexisNexis; 2011. 144 p.
47. Code de procédure pénale - Article 62-2 | Legifrance [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000023865405>
48. Circulaire du 27 janvier 1993 relative à la présentation de l'ensemble des dispositions de la loi du 4 janvier 1993 et commentaire analytique de celles d'entre elles qui modifient le code de procédure pénale, la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse et l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante | Legifrance [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000347017>
49. s20100209.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/seances/s201002/s20100209/s20100209.pdf>
50. JUSD1110661C.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1110661C.pdf
51. JUSD1616979C.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1616979C.pdf
52. cir_33393.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/07/cir_33393.pdf
53. JUSD1221959C.pdf [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1221959C.pdf

54. Le guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-guide-de-bonnes-pratiques-relatif-l-intervention-du-medecin-en-garde-vue-893>
55. Code de procédure pénale - Article 63-3. Code de procédure pénale.
56. cir_33393.pdf [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/07/cir_33393.pdf
57. Delpla PA. Importance et pièges des réquisitions en psychiatrie. /data/revues/00034487/01640010/06002289/ [Internet]. 22 déc 2006 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/56254>
58. Publique A. Expertise psychiatrique pénale. Rapp Comm D'audition—Fédération Fr Psychiatr Santé Solidar Aut Santé—Juillet. 2007;
59. David MBM. L'expertise psychiatrique pénale. Editions L'Harmattan; 2006. 240 p.
60. Rossinelli J-LS Jean-Charles Pascal, Gérard. Expertise Psychiatrique Penale. John Libbey Eurotext; 644 p.
61. Blaauw E, Vermunt R, Kerkhof A. Deaths and medical attention in police custody. *Med Law*. 1997;16(3):593-606.
62. Medical, social, and law characteristics of intoxicant's users medically examined in police custody - ScienceDirect [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X13002278>
63. Stark MM. Management of drug misusers in police custody. *J R Soc Med*. oct 1994;87(10):584-7.
64. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. | Legifrance [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069158&dateTexte=vig>
65. Global Health and Vulnerability Factors of Minors in Police Custody: A Prospective Cohort Study | Open Access Journals [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.omicsonline.org/open-access/global-health-and-vulnerability-factors-of-minors-in-police-custody-a-prospective-cohort-study-2375-4494-1000306.php?aid=78356>
66. Health status of juvenile offenders. A survey of young offenders appearing before the juvenile courts - ScienceDirect [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197198902068>
67. Colins O, Vermeiren R, Vreugdenhil C, van den Brink W, Doreleijers T, Broekaert E. Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. avr 2010;55(4):255-63.
68. Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/23135549_Mental_Disorders_Among_Adolescents_in_Juvenile_Detention_and_Correctional_Facilities_A_Systematic_Review_and_Metaregression_Analysis_of_25_Surveys
69. Définitions : compatibilité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compatibilit%C3%A9/17627>
70. Bulletin officiel du ministère de la justice [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dacg85b.htm>
71. Norfolk GA. 'Fitness to Be Interviewed' — A Proposed Definition and Scheme of Examination. *Med Sci Law* [Internet]. 25 juin 2016 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002580249703700307>
72. Norfolk GA. Fitness to be interviewed and the appropriate adult scheme: a survey of police surgeons' attitudes. *J Clin Forensic Med*. mars 1996;3(1):9-13.

73. Gudjonsson G. 'Fitness for interview' during police detention: A conceptual framework for forensic assessment. *J Forensic Psychiatry* [Internet]. 4 janv 2008 [cité 24 août 2017]; Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09585189508409884>
74. Abgrall-Barbry G, Dantchev N. Le psychiatre aux urgences médico-judiciaires. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 déc 2011;169(10):660-3.
75. 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.
76. Garde à vue : réalités médicales Chariot, Patrick [Internet]. Bibliothèques spécialisées de la Ville de Paris. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://bibliotheques-specialisees.paris.fr/ark:/73873/pf0000466083>
77. Saetta S. L'intervention de l'expert psychiatre dans les affaires criminelles : de la production d'un discours à sa participation au jugement : Grand-Duché de Luxembourg et France [Internet]. Toulouse 2; 2012 [cité 18 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2012TOU20006>
78. Réquisition pour motif psychiatrique en structure d'urgence - 006_Dantchev.pdf [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/006_Dantchev.pdf
79. Code de la santé publique - Article L1110-1. Code de la santé publique.
80. Pollanen MS, Chiasson DA, Cairns JT, Young JG. Unexpected death related to restraint for excited delirium: a retrospective study of deaths in police custody and in the community. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicales Can.* 16 juin 1998;158(12):1603-7.
81. Code de la santé publique - Article L1110-4 | Legifrance [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
82. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale.* 1 juin 2015;41(3):244-50.
83. Intervention du médecin en garde à vue : proposition d'un certificat médical amélioré - ScienceDirect [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498212003648>
84. Oxburgh L, Gabbert F, Milne R, Cherryman J. Police officers' perceptions and experiences with mentally disordered suspects. *Int J Law Psychiatry.* déc 2016;49(Pt A):138-46.
85. Hoffman R, Hirdes J, Brown GP, Dubin JA, Barbaree H. The use of a brief mental health screener to enhance the ability of police officers to identify persons with serious mental disorders. *Int J Law Psychiatry.* août 2016;47:28-35.

VI- Annexe

Questionnaire pour les psychiatres :

Le praticien et son exercice :

Age :

Sexe :

- F
- M

Statut :

- PH.
- CCA.
- AS.
- Psychiatrie adulte.
- Pédopsychiatrie.

Nombre d'années d'exercice de la psychiatrie (internat compris) :

Lieu d'exercice :

- APHM
- EDOUARD TOULOUSE
- URGENCES PSYCHIATRIQUES
- SMPR

Sensibilisation à la psychiatrie légale :

- CEU/ DU
- Cours séminaire / congrès
- UML/SMPR.
- Visite des geôles.
- Intérêt particulier.

L'examen psychiatrique et la détermination de la compatibilité avec la GAV :

1) Le médecin légiste peut-il statuer sur la compatibilité psychiatrique en GAV ?

- Oui.
- Non.

2) - Dans quel cas le psychiatre est-il sollicité par le médecin légiste ?

- A. Présence d'ATCD psychiatriques.
- B. Présence d'ATCD de SDRE.
- C. Personne sous mesure de protection (tutelle, curatelle).
- D. Demande du gardé à vue.
- E. Caractère violent des faits reprochés.
- F. Faits répétés.
- G. Affaire à caractère sexuel.
- H. Potentielle dangerosité pour autrui.
- I. Potentielle dangerosité pour soi-même.
- J. Symptomatologie psychiatrique bruyante.
- K. Bizarrerie du comportement.
- L. Demande du procureur ou du juge.
- M. Doute sur la compatibilité psychiatrique.
- N. Autre

3)- Définition de la compatibilité avec la GAV, en général :

4)- Définition de la compatibilité psychiatrique avec la GAV :

5)- Quels points sont déterminants pour statuer sur l'incompatibilité psychiatrique en GAV :

- A. Nécessité d'un traitement psychotrope.
- B. Indication d'une hospitalisation en service de psychiatrie.
- C. Risque suicidaire avéré.
- D. Symptomatologie délirante.
- E. Dangerosité psychiatrique.
- F. Diagnostic psychiatrique.
- G. Rupture de traitement.
- H. ATCD de SDRE.
- I. Incompréhension des questions posées et/ou incapacité d'y répondre.
- J. Incompréhension de la mesure et incapacité à se défendre.
- K. Présence d'une déficience intellectuelle.
- L. Les doléances du gardé à vue.
- M. Autres (précisez) :

6) -Une personne délirante est-elle toujours incompatible sur un plan psychiatrique avec la GAV ?

- Oui
- Non

7) -1 Pourquoi ?

7)- Avez-vous besoin de connaître des éléments sur les faits reprochés pour statuer sur la compatibilité psychiatrique ?

- Oui
 Non

7)-1 Pourquoi ?

8)- Quelles sont les particularités de l'examen psychiatrique d'une personne gardée à vue ?

9)- Avez-vous déjà consulté le dossier du patient lors d'une réquisition ?

- Oui
 Non

9)-1 Avez-vous le droit de le faire ?

- Oui
 Non

9)-2 Pourquoi ?

9)-3 Quels éléments recherchez-vous ?

- A. ATCD psychiatriques.
- B. Vérifier la véracité des dires du gardé à vue.
- C. ATCD somatiques.
- D. Etat antérieur.
- E. Traitement.
- F. Diagnostic.
- G. Avis du médecin traitant.
- H. Autres.

10)- Mentionnez-vous la présence d'une addiction à des drogues illicites (cannabis, cocaïne...) sur votre certificat de compatibilité :

- Oui
 Non

10)-1 Pourquoi ?

11)- Peut-on statuer sur le discernement et le contrôle des actes pour la détermination de la responsabilité pénale lors de l'examen en GAV ?

- Oui
 Non

11)-1 Pourquoi ?

11)-2 Si oui, l'avez-vous déjà fait ?

- Oui
 Non

12)- Avez-vous déjà été dans l'incapacité de répondre à une réquisition ?

- Oui
 Non

12)-1 Si oui, pourquoi ?

13)- Peut-on répondre autrement que compatible ou incompatible ?

- Oui
 Non

Exemple

14)- Une hospitalisation psychiatrique à la suite d'une incompatibilité nécessite-t-elle nécessairement une SDRE :

- Oui
 Non

14)-1 Pourquoi :

15)- Avez-vous déjà prescrit des traitements à un gardé à vue ?

- Oui
 Non

15)-1 Si oui, dans quels cas ?

16) - Avez-vous eu des demandes d'avis de médecins légistes concernant un gardé à vue (hors réquisition) :

- Oui
 Non

16)-1 Pour quel motif ?

16)-2 Pouvez-vous répondre à cette demande d'avis ?

- Oui
 Non

16)-3 Pourquoi :

17)- Devez-vous avertir le médecin légiste d'une éventuelle prescription médicale ?

- Oui
- Non

18)- Quel est votre vécu par rapport à l'évaluation psychiatrique d'un gardée à vue ?

19)- Avez-vous déjà rencontré des difficultés, des situations complexes ? lesquelles ?

Mise en situation

Quelle réponse donnée dans ces situations :

- A. Personne avec un retard mental grave sans rupture avec l'état antérieur :
- B. Personne avec un trouble anxieux type claustrophobie sans risque suicidaire :
- C. Personne dans l'opposition passive, refusant l'examen :

Différences perçues par l'arrêt de l'astreinte médico judiciaire :

Améliorations pouvant être apportées à cette pratique :

Commentaires :

Questionnaire des médecins légistes :

Le praticien et son exercice :

Age :

Sexe :

- F
- M

Statut :

- PU.
- PH.
- CCA.
- AS.

Nombre d'années d'exercice de la médecine légale :

Sensibilisation à la psychiatrie :

- CEU/DU
- CONGRES/SEMINAIRE
- COURS DE DESC.
- STAGE EN SERVICE DE PSYCHIATRIE
- INTERET PARTICULIER

La question de la Compatibilité avec la GAV :

1)- Combien de fois sollicitez-vous un examen psychiatrique par session de 12 heures :

- 0-1
- 1-2
- 2-3
- 4-5
- > 5

2)- Le médecin légiste peut-il statuer sur la compatibilité psychiatrique avec la GAV :

- Oui
- Non

3)- Dans quel cas le psychiatre est-il sollicité par le médecin légiste :

- A. Présence d'ATCD psychiatriques.
- B. Présence d'ATCD de SDRE.
- C. Personne sous mesure de protection (curatelle, tutelle).
- D. Demande du gardé à vue.
- E. Caractère violent des faits reprochés.
- F. Faits répétés.
- G. Affaire à caractère sexuel.
- H. Potentielle dangerosité pour autrui.
- I. Potentielle dangerosité pour soi-même.
- J. Symptomatologie psychiatrique bruyante.
- K. Bizarrerie du comportement.
- L. Demande du procureur, de l'OPJ ou du juge.
- M. Doute sur la compatibilité psychiatrique.
- N. Autres.

4)- Définition de la compatibilité en GAV, en général :

5) – Définition de la compatibilité psychiatrique en GAV :

6)- Quels points sont déterminants pour statuer sur l'incompatibilité psychiatrique avec la GAV :

- A. Nécessité d'un traitement psychotrope.
- B. Indication d'une hospitalisation immédiate en service de psychiatrie.
- C. Risque suicidaire avéré
- D. Symptomatologie délirante.
- E. Dangersité psychiatrique.
- F. Diagnostic psychiatrique.
- G. Rupture de traitement.
- H. ATCD de SDRE.
- I. Incompréhension des questions posées et/ou incapacité d'y répondre.
- J. Incompréhension de la mesure de GAV et incapacité à se défendre.
- K. Présence d'une déficience intellectuelle.
- L. Les doléances du gardé à vue.
- M. Autres.

7)- Une personne délirante est-elle toujours incompatible sur un plan psychiatrique avec la GAV ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

8)- A-t-on besoin d'éléments concernant les faits reprochés pour statuer sur la compatibilité psychiatrique ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

9)- Quel est votre vécu par rapport à la question de la compatibilité psychiatrique en GAV ?

10)- Rencontrez-vous des difficultés à solliciter l'avis d'un psychiatre ?

- Non
- Oui

Lesquelles :

Avez-vous perçu une différence à l'arrêt du tableau d'astreinte médico judiciaire :

Commentaires :

Abréviations :

APHM	Assistance publique- hôpitaux de Marseille
CP	Code pénal
CPP	Code de procédure pénale
CSP	Code de santé publique
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CAP	Centre d'Accueil Permanent
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
GAV	Garde à vue
OPJ	Officier de la police judiciaire
SMPR	Service médico psychologique régional
SDRE	Soins à la demande du représentant de l'état
UAUP	Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques

