



## **Audition publique**

### **Expertise psychiatrique pénale**

**25 et 26 janvier 2007  
Ministère de la Santé et des Solidarités (Paris)**

### **Rapport de la commission d'audition**

**Avec le soutien de la Direction générale de la santé**

**Avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la**



## **PROMOTEURS**

Fédération française de psychiatrie  
avec le soutien de la Direction générale de la santé

## **COMITÉ D'ORGANISATION**

G. ROSSINELLI, président : psychiatre, Toulouse  
P. DOSQUET : méthodologie HAS, Saint-Denis La Plaine  
M. GROHENS : psychiatre, Poissy  
C. PAINDAVOINE : méthodologie HAS, Saint-Denis La Plaine  
J-C. PASCAL : psychiatre, Antony  
N. RICHARD : Direction générale de la santé, Paris  
J-L. SENON : psychiatre, Poitiers  
M. THURIN : psycholinguiste, Paris

## **COMMISSION D'AUDITION**

J-L. SENON, président : psychiatre, Poitiers  
M. BELONCLE : psychiatre, Nantes  
G. BENHAMOU : journaliste, Paris  
G. CHANTRAINE : sociologue, Guyancourt  
A. CIAVALDINI : psychologue, Grenoble  
F. DOUCHEZ : avocat, Toulouse  
J-M. ELCHARDUS : psychiatre, médecin légiste, Lyon  
A. FERRAND-RICQUER : directeur d'hôpital, Antony  
D. FRÉMY : psychiatre, Besançon  
D. LEGUAY : psychiatre, Angers  
O. LEHEMBRE : psychiatre, Valenciennes  
P. LEMAIRE : procureur de la République, Lille  
L. LETURMY : maître de conférences, faculté de droit, Poitiers  
G. MASSÉ : psychiatre, Paris  
T. PERRIQUET : vice-président chargé de l'instruction au tribunal de grande instance de  
Toulouse, Toulouse  
P. POTTIER : sous-directeur adjoint de l'administration pénitentiaire, Paris  
J. RENAUD : Union nationale des amis et familles de malades psychiques, Poitiers  
M. ROY : psychiatre, Périgueux  
M. SAPANET : médecin légiste, Poitiers  
F. THIBAUT : psychiatre, Rouen

## EXPERTS

- É. ARCHER : psychologue clinicien, psychiatre, expert près la cour d'appel de Douai, Lille  
S. BARON LAFORET : psychiatre, praticien hospitalier, Paris  
A. BLANC : président à la cour d'assises de Paris, Paris  
R. COUTANCEAU : psychiatre, Paris
- P. DELPLA : médecin légiste, psychiatre, expert près la cour d'appel de Toulouse, Toulouse  
G. DUBRET : psychiatre, expert près la cour d'appel de Versailles, Pontoise  
B. DURAND : pédopsychiatre, expert près la cour d'appel de Paris, Créteil
- P. FAUCHER : ancien juge de l'application des peines, vice-président placé auprès du premier président de la cour d'appel de Bordeaux, Bordeaux  
F. FEVRE : procureur de la République, Poitiers
- M-F. GISSELMANN-PATRIS : psychiatre, expert près la cour d'appel de Colmar, Brumath
- B. GRAVIER : psychiatre, service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, département de psychiatrie du CHUV, Lausanne
- C. JONAS : psychiatre, docteur en droit, médecin légiste, expert près la cour d'appel d'Orléans, Tours  
J-P. KAHN : psychiatre, Nancy
- X. LAMEYRE : magistrat, chargé de formation et de recherche, École nationale de la magistrature, Paris
- P. LAMOTHE : médecin-chef de SMPR, psychiatre, expert agréé par la Cour de cassation, Lyon
- B. LAVIELLE : vice-président chargé de l'instruction au tribunal de grande instance de Fort-de-France, Fort-de-France  
C. MANZANERA : psychiatre, Angoulême  
F. MILLAUD : psychiatre, Institut Pinel, Montréal
- C. PAULET : psychiatre, secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, Marseille  
A. PÉNIN : psychologue, Toulouse
- J. PRADEL : ancien juge d'instruction, professeur émérite de droit pénal, Poitiers
- A. RIDE : procureur général, président de la conférence des procureurs généraux, Limoges  
F. ROUILLON : psychiatre, Paris
- M. SCHWEITZER : pédopsychiatre, expert près la cour d'appel de Paris, Paris  
L. VILLERBU : Institut de criminologie et sciences humaines, Rennes
- J-M. VILLON : psychiatre, expert près la cour d'appel de Rouen, Sotteville-lès-Rouen  
D. ZAGURY : psychiatre, expert près la cour d'appel de Paris, Bondy

## GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

- J-P. CANO : psychiatre, Tours  
L. GOTZAMANIS : psychiatre, Poitiers  
M. HUMEAU : psychiatre, Poitiers  
N. JAAFARI : psychiatre, Poitiers  
F. JUAN : psychiatre, Nantes  
É. LEGAY : psychiatre, Tours

---

**Sommaire**

---

<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>Question 1</b>	
<b>Quelle est la place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels sont les enjeux ?</b>	
I. État des lieux	10
I.1. Les constats qui s'imposent	10
I.1.1. La multiplication des textes relatifs à l'expertise	10
I.1.2. L'équilibre entre justice et santé, donc entre prison et hôpital, à l'aune de la démographie expertale	13
I.2. Remarques suggérées par l'état des lieux	13
I.2.1. L'absence de disposition spécifique sur l'expertise psychiatrique	13
I.2.2. La multiplicité des expertises obligatoires et de la dualité des experts	14
II. L'expertise de responsabilité : l'article 122-1 du Code pénal	16
II.1. Le traitement pénal	17
II.1.1. Les irresponsabilités pénales prononcées au titre de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal sont de plus en plus rares	17
II.1.2. La reconnaissance d'une responsabilité pénale atténuée au titre de l'article 122-1 alinéa 2 se traduit par la présence en prison de personnes souffrant de troubles mentaux	18
II.2. La recherche d'une solution inspirée du droit comparé	20
II.3 Une meilleure organisation du procès civil	21
Recommandations	22
<b>Question 2</b>	
<b>Quels sont les incidences, les problèmes et les débats actuels autour de la clinique expertale dans les différents temps judiciaires ?</b>	
I. Quel est le devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés ?	24
II. Quels sont les problèmes rencontrés par le magistrat du parquet dans l'enquête préliminaire et quelles sont les attentes de ce magistrat face au psychiatre ?	27
Recommandations	28
III. Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ?	29
III.1. Les « querelles » d'experts : abolition ou altération du discernement ?	30
III.2. Interruption de traitement et abolition du discernement	31
III.3. L'examen psychiatrique au cours de la garde à vue	31
Recommandations	31
IV. Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise ?	32
Recommandations	35
V. Expertise aux assises	35
V.1. Généralités et aspects techniques	35
V.2. Documents nécessaires à l'expert	36
V.3. L'examen médico-psychologique	37
V.4. L'expertise conjointe	38
V.5. L'expertise contradictoire	39
Recommandations	39
VI. Expertise du mineur	40
VI.1. L'expertise d'un mineur auteur d'une infraction	41
VI.2. Expertise d'un mineur victime	42

Recommandations	43
VII. Expertise post-sentencielle de pré-libération	43
Recommandations	45
VIII. Expertise post-sentencielle et injonction de soins	45
Recommandations	46

**Question 3**

**Quelles doivent être les évolutions de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?**

I. La clinique expertale doit-elle se restructurer, se spécifier et répondre à de nouvelles demandes ?	46
I.1. Les missions classiques de la clinique expertale	46
I.2. Nouvelles explorations de la clinique expertale	47
II. Quelles sont les conséquences sur les questions types ?	48
III. Quel pourrait être le plan type de l'expertise pénale en envisageant les différents niveaux d'analyse en fonction de la formation de l'expert ?	50
Recommandations	52

**Question 4**

**Quelles doivent être les règles éthiques et déontologiques dans la pratique de l'expertise ?**

I. Lorsque les faits ne sont pas avérés, lorsque la personne les nie durablement, quelle attitude l'expert doit-il avoir dans sa réponse aux questions types ?	56
II. Quels peuvent être les fondements et la dynamique évolutive de la déontologie expertale, de l'articulation avec les autres experts et professionnels ?	57
III. Quels sont les éléments comparatifs avec les États européens ?	58
Recommandations	60

**Question 5**

**Comment développer la qualité expertale ?**

I. En dehors de la formation psychiatrique, quelles sont les compétences requises de l'expert ?	61
II. Quels sont dans notre pays les obstacles à une pratique expertale de qualité ? Quels pourraient être les critères d'attractivité pouvant soutenir et maintenir la démographie expertale ?	62
III. Comment envisager une formation adaptée des psychiatres à la pratique expertale ? Comment envisager l'évaluation des pratiques et la formation permanente ?	63
III.1. Une formation initiale de premier niveau, obligatoire pour tous	64
III.2. Une formation initiale de second niveau	64
III.3. Formation pratique et transdisciplinaire	64
III.4. Des conditions précises pour l'inscription sur les listes d'experts	65
III.5. De la « professionnalisation » et de la formation continue	65
IV. Quelles sont les attentes du ministère de la Justice dans le domaine de la formation initiale et permanente des psychiatres experts ?	66
V. Comment établir un travail de recherche en psychiatrie criminelle et en psychocriminologie associant psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux ?	67
VI. Quelles propositions évolutives peuvent être faites dans la pratique expertale, sa recherche d'amélioration de la qualité ? Quelle place pour les centres ressources ?	68
Recommandations	69

<b>Fiche descriptive</b>	<b>71</b>
--------------------------	-----------

## Abréviations

CP	Code pénal
CPP	Code de procédure pénale
HO	hospitalisation d'office
OPJ	officier de police judiciaire
UHSA	unités hospitalières spécialement aménagées
UMD	unités pour malades difficiles
SPIP	service pénitentiaire d'insertion et de probation
SMPR	service médico-psychologique régional

## Rapport de la commission d'audition

### Introduction

L'ensemble des pays occidentaux fait le constat d'une surreprésentation des personnes présentant des troubles psychiques dans les établissements pénitentiaires. La méta-analyse de Fazel et Danesh parue en 2002 dans *The Lancet*<sup>1</sup> fait notamment état d'environ 4 % de patients psychotiques dans le monde. Une étude conduite par F. Rouillon et B. Falissard, à la demande des ministères de la Santé et de la Justice, semble indiquer, au-delà de toutes les précautions méthodologiques et interprétatives qui s'imposent, que cette situation revêt une acuité particulière dans les prisons françaises.

On peut s'interroger sur la légitimité de cette surreprésentation, et pour cela, revenir sur les différentes hypothèses qui permettent d'en rendre compte tant du côté du fonctionnement judiciaire que de celui de l'évolution de l'offre de soins psychiatriques. Il s'agit en d'autres termes de dénaturer l'interprétation intuitive qui verrait dans la surreprésentation carcérale des malades mentaux un produit de leur surcriminalité pour saisir, au cœur d'une double dynamique institutionnelle, pénale et sanitaire, l'ensemble des déterminismes sociaux qui concourent à cette situation.

#### ***Du côté des champs pénal et carcéral***

▶ *La prégnance contemporaine de la représentation sociale associe trop spontanément dangerosité et maladie mentale.* Cette association contribue à un mouvement de surpénalisation de la maladie mentale, notamment lorsque l'altération du discernement est retenue en vertu de l'article 122-1 alinéa 2 du Code pénal (CP). Ce mouvement s'inscrit lui-même dans une transformation historique plus globale, caractérisée par l'affaissement progressif de l'idéal réhabilitatif du système pénal et, parallèlement, par une focalisation accrue sur les objectifs de protection, de neutralisation et de gestion des risques, contribuant ainsi à la répression accrue des nouvelles figures de la dangerosité.

▶ *L'absence relative de dispositifs d'identification des troubles psychiques à un stade précoce de la procédure pénale, notamment lorsqu'il s'agit d'actes de nature délictuelle.* Les conséquences de cette absence relative sont elles-mêmes renforcées par la multiplication des recours aux comparutions immédiates et aux procédures de jugement rapide, multiplication qui tend à exacerber les décalages et les tensions constitutives entre temporalité judiciaire et temporalité sanitaire.

▶ *La confusion potentielle du statut de la psychiatrie en milieu carcéral.* Certaines expertises qui concluent à l'altération du discernement concluent également à la nécessité d'une prise en charge en service médico-psychologique régional (SMPR), forgeant ainsi la croyance selon laquelle le SMPR peut devenir, malgré son inscription carcérale, un lieu de soin à part entière et non pas simplement un lieu « où l'on soigne ». Cette confusion peut exacerber le malaise de personnels soignants qui observent avec amertume que leur présence en prison tend à légitimer la répression pénale de la maladie mentale.

▶ *L'incapacité concrète de nombreux malades mentaux à remplir les conditions nécessaires à l'obtention d'un aménagement de peine.* Cela conduit à allonger la durée concrète de leur détention et, en conséquence, participe à leur surreprésentation statistique.

---

<sup>1</sup> Fazel S., Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;16:545-50.

### **Du côté du champ psychiatrique**

▶ *L'offre de soins psychiatriques.* Elle a connu des évolutions majeures ces trente dernières années. La demande de soins a considérablement augmenté quantitativement et évolué qualitativement en direction de la prise en charge de nouvelles formes de pathologies allant au-delà des catégories diagnostiques traditionnellement prises en charge. C'est ainsi qu'ont désormais recours au système de soins des personnes présentant des états dépressifs réactionnels, anxieux, concernées par la précarité socio-économique, ou présentant des troubles de la personnalité qui influent sur leur adaptation sociale. C'est la raison pour laquelle le dispositif a dû reconfigurer son organisation pour y répondre dans un cadre qui a porté l'accent sur des structures ambulatoires, l'intervention de psychiatrie dite de liaison et d'urgence et dans la communauté civile.

▶ *La désinstitutionnalisation.* La politique de santé mentale définie pour les patients présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants s'est parallèlement orientée vers la désinstitutionnalisation et la priorisation des missions de réinsertion sociale. L'émergence des problématiques de citoyenneté et des droits des usagers (cf. loi du 4 mars 2002<sup>2</sup>) est venue en appui de ces orientations générales cependant que les ressources budgétaires consacrées à la psychiatrie sont restées contraintes, interdisant en particulier des restructurations significatives du parc architectural. La politique de sectorisation, qui constitue le socle de l'organisation des soins et assure leur continuité, a rarement permis que puissent s'aménager des solutions d'accueil adaptées intégrant la dimension de nécessaire contenance des personnes présentant des troubles importants et aigus du comportement. Dans ce contexte général, les équipes de psychiatrie de secteur, sollicitées sur une multiplicité de fronts, se sont généralement senties démunies pour assurer leur prise en charge.

▶ *L'évolution de l'activité des personnels paramédicaux.* L'inscription culturelle du personnel paramédical s'est infléchie, abandonnant l'affiliation à une culture psychiatrique traditionnelle, caractérisée par un certain savoir-faire dans la gestion de la conflictualité et le compagnonnage avec les patients présentant des troubles chroniques, au profit d'une approche plus générale et moins spécifique au décours d'une importante réforme de la formation infirmière.

▶ *Les difficultés d'hospitalisation.* Le fonctionnement de ce système de soins rencontre actuellement un certain nombre de difficultés, dont l'effet cumulatif vient en éprouver la disponibilité. La pression de la demande en hospitalisation complète est aujourd'hui telle que les établissements connaissent en quasi-permanence un manque de lits, qui génère un certain nombre d'effets pervers : accueil dans un autre secteur que celui d'appartenance du patient, augmentation du *turn over* et pression à la sortie, préoccupation prévalente des soignants pour les problèmes d'effectifs, risque de *burn out* des équipes, sollicitation des urgences, etc. Ce manque chronique de lits d'accueil dans les structures psychiatriques, en premier lieu lié aux capacités autorisées par les budgets dans un cadre réglementaire précis, entraîne couramment des ruptures de soins.

▶ *La démographie des psychiatres.* Le paramètre de la démographie des psychiatres doit également être abordé. À l'échéance des années 2015, le nombre des médecins spécialistes en psychiatrie aura diminué de 25 %. La diminution du *numerus clausus* des étudiants en médecine, l'évolution du temps de travail et des attentes sociales des praticiens, la

---

<sup>2</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.



féminisation du corps professionnel ont participé à ce mouvement qui ne pourra, en dépit des mesures correctives envisagées récemment, être évité.

► *Le déficit du support social.* Enfin, un dernier élément, et non le moindre, doit être pris en compte. Si l'on considère que les différents registres de ce constat croisé sont contributeurs du phénomène de surreprésentation des malades psychiques dans les établissements pénitentiaires, c'est en intégrant une dimension dynamique qui fait aussi de la pénalisation un phénomène aux déterminants sociaux. Cette surpénalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques est, de l'avis de tous les acteurs de leur prise en charge et des experts consultés au cours de l'audition, à mettre en lien avec leur situation de précarité psychologique et sociale, leur handicap et leurs difficultés cognitives, confrontés qu'ils sont à la complexité pratique et relationnelle de la vie contemporaine et à la dureté de la société. Pour ces personnes en effet, souffrant de troubles psychiques graves et durables, le nécessaire support social fait souvent défaut.

L'isolement, le manque de ressources et d'habiletés sociales, l'insuffisance de savoir-faire pragmatiques dans les domaines du logement et de l'économie domestique, ainsi que le retard à la mise en place, à un niveau répondant véritablement aux besoins, des dispositifs de compensation relevant des mesures envisagées par la loi du 11 février 2005<sup>3</sup> et nécessitées par leur handicap psychique, caractérisent ces personnes et en font des citoyens vulnérables aux situations sensibles.

Enfin, il convient de rappeler l'importance cruciale de la fiabilité du système de soins en matière de suivi des traitements pour les personnes qui ne sont pas toujours demandeuses de soins.

Il convient donc de développer une politique globale associant un niveau élevé de suivi sanitaire et médico-social dans la cité, des structures d'accueil en hospitalisation à temps plein et spécifiquement des unités dédiées à l'accueil des personnes présentant des troubles graves du comportement, un aménagement législatif permettant une contrainte de soins ambulatoires et le développement des articulations entre secteur de psychiatrie, unités pour malades difficiles (UMD), SMPR et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), structures de soins en milieu hospitalier placées sous surveillance pénitentiaire.

Les UHSA devraient pouvoir participer à leur place à la restauration d'un lien et à la continuité thérapeutique, sous réserve qu'elles restent justement dimensionnées, soigneusement évaluées pour les premières implantées, en lien avec les UMD, et qu'elles gardent leurs objectifs de soins actifs, préservant une articulation avec les équipes de terrain, SMPR et secteur psychiatrique. Il importe qu'elles ne soient pas la préfiguration d'un modèle non sanitaire de défense sociale.

Il faudra également être attentif à ce que les UHSA n'aient pas un effet pervers en induisant un déplacement vers la prison de sujets présentant manifestement des pathologies psychiatriques qui s'expriment par des troubles du comportement demandant à être contenus, mais qui ne devraient pas tous relever de la prison même si des soins peuvent y être dispensés par une équipe psychiatrique.

---

<sup>3</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

## Question 1

# Quelle est la place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels sont les enjeux ?

### I. ÉTAT DES LIEUX

Un paradoxe, déjà souligné, doit être rappelé : les recours aux expertises psychiatriques sont de plus en plus fréquents, les missions assignées aux experts sont de plus en plus étendues tandis que leur évolution démographique est des plus alarmantes.

#### I.1. Les constats qui s'imposent

##### *I.1.1. La multiplication des textes relatifs à l'expertise*

L'évolution du droit pénal est caractérisée dans notre pays par la multiplication des conditions dans lesquelles une expertise pénale peut ou doit être requise par les juridictions. Il en est ainsi, en référence au Code de procédure pénale (CPP), au stade de l'enquête, de l'instruction, du jugement ou de l'exécution de la peine.

##### *• Au stade de l'enquête*

En application du droit commun, trois articles dans le CPP y font référence. D'abord, l'article 63-3 permet un examen médical pendant la garde à vue, à la demande de l'intéressé, de l'officier de police judiciaire (OPJ), du parquet ou encore d'un membre de la famille. Ce texte est complété par l'article 63-4 alinéa 4 qui offre à l'avocat la possibilité, durant cette période de garde à vue, de faire des observations et ainsi de suggérer la nécessité d'un examen médical. Ensuite, les articles 60 et 77-1 permettent, respectivement sur décision de l'OPJ ou sur réquisition du procureur, de procéder à des « examens techniques ou scientifiques ».

À cela s'ajoutent des dispositions particulières pour certaines catégories d'infractions. À ce titre, en matière de criminalité organisée, l'examen médical pendant la garde à vue est obligatoire (art. 706-88). Par ailleurs, et cette fois relativement aux infractions sexuelles (catégorie visant les meurtres ou assassinats d'un mineur précédés ou accompagnés d'un viol, les actes de torture ou de barbarie, les agressions ou atteintes sexuelles, le proxénétisme à l'égard d'un mineur et les recours à la prostitution d'un mineur), l'expertise médicale est obligatoire avant tout jugement au fond (art. 706-47-1). Le CPP prévoit que « *les personnes poursuivies pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 doivent être soumises, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire* ». Il s'agit donc d'une expertise psychiatrique, l'expert étant interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins. Cette remarque a valeur dans de nombreux autres articles du CPP repris ci-dessous où l'expertise médicale est de fait une expertise psychiatrique.

##### *• Au stade de l'instruction*

Selon l'article 81 alinéa 8 du CPP, un examen médical et un examen psychologique peuvent être ordonnés par le juge d'instruction au titre des investigations utiles à la manifestation de la vérité. De leur côté, les parties sont en droit de faire une demande en ce sens, à laquelle le juge d'instruction, en cas de refus de sa part, doit répondre par une ordonnance motivée.

En principe facultative à ce stade, l'expertise devient obligatoire dans une hypothèse spécifique visée à l'article 167-1 du CPP aux termes duquel « *lorsque les conclusions de l'expertise sont de nature à conduire le juge d'instruction à déclarer qu'il n'y a pas lieu à poursuivre en application des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du CP, (...) la partie civile dispose d'un délai de quinze jours pour présenter des observations ou formuler une demande de complément d'expertise ou de contre-expertise. La contre-expertise demandée par la partie civile est de droit. Elle doit être accomplie par au moins deux experts* ». La nature de la mission impose deux experts psychiatres.

▪ *Au stade du jugement*

- Jugement par le tribunal correctionnel

Dans le cadre d'une audience de comparution immédiate, l'article 397-2 du CPP offre la possibilité au tribunal, d'office ou à la demande des parties, de procéder à un supplément d'information, lequel peut être un examen médical. Dans cette hypothèse, le tribunal est dans l'obligation de renvoyer l'affaire à une audience prochaine qui ne peut avoir lieu dans un délai inférieur à 2 semaines. Pendant cette période, la mise en détention provisoire est fréquemment ordonnée, comme le permet le CPP.

Dans le cadre d'une citation directe ou d'une convocation par l'OPJ, l'article 463 du CPP ouvre la possibilité au tribunal d'ordonner un examen médical au titre d'un supplément d'information.

- Jugement par une cour d'assises

L'article 283 du CPP permet au président de la cour d'assises, dans le cadre de ses pouvoirs facultatifs ou exceptionnels, d'ordonner, s'il l'estime utile, une expertise médicale.

À ce stade, quelle que soit la juridiction de jugement, l'expertise obligatoire est prévue dans deux cas :

- le premier résulte de l'article 131-36-4 du CP issu de la loi du 17 juin 1998<sup>4</sup>. La juridiction de jugement ne peut en effet prononcer une injonction de soins que s'il a été établi après une expertise médicale que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement ;
- le second prévaut, depuis la loi du 12 décembre 2005<sup>5</sup>, lorsque la juridiction de jugement envisage d'ordonner, dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire, un placement sous surveillance électronique mobile. Dans cette hypothèse, l'article 131-36-10 du CP précise que l'expertise médicale a pour objet de constater la dangerosité de l'individu.

▪ *Au stade de l'exécution de la peine*

Le CPP soumet le juge de l'application des peines, désireux de prononcer une injonction de soins<sup>6</sup> ou un placement sous surveillance électronique mobile<sup>7</sup> postérieurement à la condamnation, aux mêmes impératifs que ceux imposés à la juridiction de jugement.

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

<sup>6</sup> Art. 763-3 al. 3 du CP. Cette obligation existait déjà dans la version première de cet article tel que rédigé par la loi du 17 juin 1998.

<sup>7</sup> Art. 763-3 dernier alinéa (issu de la loi du 12 décembre 2005) renvoie à l'article 763-10 exigeant un examen destiné à évaluer la dangerosité et à mesurer les risques de commission d'une nouvelle infraction.

Par ailleurs, l'expertise médicale est également rendue obligatoire dans plusieurs autres cas :

- avant toute décision d'aménagement de peine pour les personnes condamnées au titre de l'une des infractions visées à l'article 706-47 du CPP (un expert) ou pour meurtre, assassinat ou viol d'un mineur de moins de 15 ans (deux experts)<sup>8</sup> ;
- avant la libération de la personne incarcérée lorsque celle-ci a été condamnée plus de 2 ans auparavant à un suivi sociojudiciaire comprenant une injonction de soins pour laquelle il était prévu qu'elle s'exécuterait à la suite de la peine privative de liberté<sup>9</sup> ;
- lorsqu'un condamné demande à être relevé de la mesure de suivi sociojudiciaire prononcée par la juridiction de jugement<sup>10</sup> ;
- au titre du suivi, par le juge de l'application des peines, de la personne condamnée au placement sous surveillance électronique mobile<sup>11</sup> ;
- avant toute suspension de peine décidée pour motif médical grave<sup>12</sup> ;
- et durant cette suspension lorsqu'elle a été ordonnée pour une condamnation prononcée en matière criminelle<sup>13</sup> ;
- avant toute décision du tribunal de l'application des peines de mettre fin à la période de sûreté prononcée par une cour d'assises à l'encontre d'un condamné à la réclusion criminelle à perpétuité<sup>14</sup> ;
- avant que le juge de l'application des peines ne décide d'une surveillance judiciaire à l'encontre d'une personne condamnée à une peine privative de liberté d'une durée au moins égale à 10 ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi sociojudiciaire était encouru mais non prononcé<sup>15</sup>.

Pour clore l'inventaire des textes de droit positif et illustrer la diversité des hypothèses où une expertise est envisagée par le CPP, il convient de signaler les deux articles suivants :

- art. 149 du CPP : la personne qui a fait l'objet d'une détention provisoire au cours d'une période terminée par une décision de non-lieu, de relaxe ou d'acquiescement devenue définitive a droit à réparation intégrale du préjudice moral et matériel que lui a causé cette détention. À la demande de l'intéressé, le préjudice est évalué par expertise contradictoire ;
- art. 626 du CPP : un condamné reconnu innocent à la suite d'un pourvoi en révision a droit à la réparation intégrale du préjudice matériel et moral que lui a causé la condamnation. À la demande de l'intéressé, le préjudice est évalué par expertise contradictoire.

---

<sup>8</sup> Art. 712-21 du CPP issu de la loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

<sup>9</sup> Art. 763-4 al. 1<sup>er</sup> du CPP issu de la loi du 17 juin 1998.

<sup>10</sup> Art. 763-6 du CPP issu de la loi du 17 juin 1998.

<sup>11</sup> Art. 763-10 du CPP issu de la loi du 12 décembre 2005. Un an au moins avant la date de libération de la personne condamnée à un placement sous surveillance électronique mobile, un examen destiné à évaluer sa dangerosité et à mesurer le risque de commission d'une nouvelle infraction doit être effectué. Au vu de cet examen, le juge de l'application des peines détermine la durée du placement sous surveillance. Six mois avant l'expiration du délai fixé, le juge statue selon les mêmes modalités, autrement dit en faisant procéder à un nouvel examen de dangerosité, sur la prolongation dudit placement. En toute hypothèse, celui-ci ne peut excéder 4 ans en matière délictuelle et 6 en matière criminelle.

<sup>12</sup> Art. 720-1-1 al. 2 du CPP introduit par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins.

<sup>13</sup> Nouvel alinéa inséré, par la loi du 12 décembre 2005, à l'article 720-1-1 CPP. Une expertise médicale destinée à vérifier que les conditions de la suspension sont toujours remplies doit intervenir tous les 6 mois. Auparavant, il appartenait au juge de l'application des peines de décider de l'opportunité d'ordonner ou non une nouvelle expertise médicale une fois que la suspension avait été prononcée. Cette liberté, dorénavant, ne vaut plus qu'à l'égard des condamnés pour une infraction délictuelle.

<sup>14</sup> Art. 720-4 al. 4 du CPP dans sa rédaction résultant de la loi du 9 mars 2004. Auparavant, en effet, l'expertise, introduite par la loi du 1<sup>er</sup> février 1994, était laissée à l'appréciation du juge de l'application des peines.

<sup>15</sup> Article 723-29 du CPP inscrit dans une section 9 issue de la loi du 12 décembre 2005 et intitulée « Dispositions relatives à la surveillance judiciaire de personnes dangereuses condamnées pour crime ou délit ».

### ***1.1.2. L'équilibre entre justice et santé, donc entre prison et hôpital, à l'aune de la démographie expertale***

Les experts psychiatres et psychologues sont particulièrement critiques sur la nature de leurs missions comme sur les conditions dans lesquelles elles sont réalisées. De moins en moins nombreux à solliciter leur inscription sur les listes auprès des cours d'appel, ils soulignent la multiplication des missions, la difficulté de leur pratique, notamment en milieu pénitentiaire, la lourdeur de leur prise de responsabilité, la surcharge de travail et de disponibilité imposée par l'appel d'assises, comme la dégradation continue de la rémunération de la pratique des expertises, tellement l'écart se creuse entre les ressources expertales et celles des autres sollicitations institutionnelles que psychiatres et psychologues peuvent investir de par leur statut.

Selon les chiffres retranscrits dans le rapport de la mission parlementaire sur la dangerosité rendu par J-P. Garraud en octobre 2006<sup>16</sup>, la France comptait, au 1<sup>er</sup> janvier 2004, près de 14 000 psychiatres en exercice. Parmi eux, seuls aujourd'hui 700 à 800 sont inscrits sur les listes des cours d'appel et de la Cour de cassation. Ces chiffres sont confortés par J-P. Kahn, expert entendu par la commission d'audition<sup>17</sup>. Des disparités géographiques importantes sont déjà constatées. Il est admis qu'il y a un psychiatre pour 1 000 habitants environ à Paris contre un psychiatre pour 10 000 habitants dans les régions les plus défavorisées<sup>18</sup>. Ces données tendent à rendre plus que préoccupante la situation de l'expertise dans certaines cours d'appel. Certaines cours ont de plus en plus de difficultés pour obtenir des expertises pré-sentencielles, mais il ne faut pas non plus oublier les problèmes de réalisation des expertises de pré-libération dans nombre d'établissements pénitentiaires accueillant des détenus condamnés à des longues ou moyennes peines, éloignés des bassins de population ou des villes universitaires dans lesquelles exercent les experts psychiatres.

Surtout, compte tenu de la structure d'âge des psychiatres et des départs prochains à la retraite, les projections actuelles envisagent d'ici 2015 une diminution de leur nombre d'environ 20 %. De manière assez naturelle, tout porte à craindre qu'elle s'accompagne d'une diminution corrélative du nombre des experts si l'attractivité du travail expertal n'est pas renforcée.

## **I.2. Remarques suggérées par l'état des lieux**

### ***1.2.1. L'absence de disposition spécifique sur l'expertise psychiatrique***

Au pénal, la définition de l'expertise se trouve à l'article 156 du CPP, qui toutefois se contente d'une définition générale sans déclinaison plurielle au fil des multiples expertises, notamment psychiatriques, qui sont possibles.

Ainsi aucune disposition légale ne vient expressément préciser les contours de l'expertise psychiatrique pénale. D'une manière générale, les dispositions prévoyant la réalisation d'expertises, en pratique confiées à des psychiatres, évoquent une « expertise » ou une « expertise médicale » sans plus de précision. Tout au plus, l'article 122-1 du CP, interrogeant sur la présence ou non de troubles psychiques ou neuropsychiques au moment

---

<sup>16</sup> Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à M. Jean-Paul Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Octobre 2006.

<sup>17</sup> Jean Pierre Kahn. Comment envisager une formation adaptée des psychiatres à la pratique expertale ? Comment envisager l'évaluation des pratiques et la formation permanente ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

<sup>18</sup> Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan Psychiatrie et santé mentale. 2005-2008.

de la commission de l'infraction, implique qu'il soit recouru à une expertise psychiatrique, de même lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'utilité d'un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins.

Ce constat n'est pas anodin et pourrait être compris comme un apparent désintérêt du législateur sur le contenu, le fond de l'expertise psychiatrique, alors que parallèlement leur nombre ne cesse de s'accroître.

### ***1.2.2. La multiplicité des expertises obligatoires et de la dualité des experts***

Selon le recensement opéré à partir des dispositions du CPP, sur les 27 articles traitant de l'expertise ou de l'examen médical, 17 d'entre eux imposent au juge qu'il y soit procédé et 5 requièrent que l'expertise soit réalisée par plusieurs experts<sup>19</sup>.

Il apparaît très clairement que, pour leur très grande majorité, les cas dans lesquels le législateur impose l'expertise correspondent à ceux qui s'inscrivent dans la phase post-sentencielle du procès pénal.

Ce mouvement a été amorcé avec la loi du 17 juin 1998<sup>20</sup> qui a créé le suivi sociojudiciaire et prévu qu'il puisse être accompagné d'une injonction de soins. À l'origine, cette mesure ne concernait que les auteurs condamnés pour une infraction sexuelle relevant de la liste de l'article 706-47 dans sa rédaction actuelle. La commission Santé-Justice<sup>21</sup> avait recommandé d'étendre l'injonction de soins à toutes les personnes souffrant de troubles mentaux en lien avec l'infraction commise. La loi du 12 décembre 2005<sup>22</sup> a choisi d'étendre la liste des infractions pour lesquelles la peine de suivi sociojudiciaire est encourue. Sont dorénavant concernés :

- les crimes d'atteintes volontaires à la vie prévus par les articles 221-1 à 221-5-1 du CP ;
- les crimes de torture ou actes de barbarie prévus par les articles 222-1 à 222-6 du CP ;
- les crimes de viols prévus par les articles 222-23 à 222-26 du CP ;
- les délits d'agressions sexuelles visés aux articles 222-27 à 222-31 du CP ;
- les délits de corruption de mineurs et d'atteintes sexuelles sur mineur de moins de 15 ans prévus par les articles 227-22, 227-23, 227-25 et 227-26 du CP ;
- les crimes d'enlèvement et de séquestration visés aux articles 224-1 à 224-5-2 du CP ;
- les destructions, dégradations ou détériorations dangereuses pour les personnes prévues par les articles 322-6 à 322-10 du CP, à l'exception de l'article 322-6-1 du CP.

---

<sup>19</sup> Pour l'essentiel, ce sont les mêmes textes qui, imposant l'expertise, obligent à la pluralité d'experts, même si un strict parallèle ne peut être relevé, la loi du 12 décembre 2005 n'exigeant jamais que les nouvelles expertises obligatoires soient réalisées par deux experts.

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

<sup>22</sup> Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

Dernièrement, le rapport de J-P. Garraud<sup>23</sup> sur la dangerosité a préconisé l'extension de la peine de suivi sociojudiciaire à l'ensemble des infractions d'atteintes aux personnes. Un des justificatifs avancés repose sur « *le constat selon lequel une dangerosité criminologique peut se manifester pour la première fois au travers d'un passage à l'acte d'une faible ou d'une moindre gravité, de sorte qu'en n'autorisant pas le prononcé du suivi sociojudiciaire à l'encontre des auteurs de tels actes délictueux – comme des violences par exemple – la société se prive d'un moyen supplémentaire de détection et de prévention d'une dangerosité susceptible de se manifester dans le futur de manière exacerbée* ».

Ces constats amènent indéniablement à conclure que le législateur valorise l'expertise de « dangerosité » au détriment de l'expertise de « responsabilité », ce qui a été maintes fois évoqué au cours de l'audition publique. Ainsi, les tenants d'une prévention accrue de toutes les formes de récidive voient dans la première l'une des manières d'identifier les facteurs de réitération alors que la majorité des psychiatres insistent pour revenir aux valeurs cardinales de leur profession, en l'occurrence le diagnostic de la maladie mentale et les traitements à prodiguer.

Dans la perspective de la diminution attendue du nombre des psychiatres et des experts, la multiplication programmée d'expertises évaluant la dangerosité – dont la fiabilité, la finalité et la faisabilité sont encore l'objet de discussions parfois polémiques – ne laisse pas d'inquiéter. En effet, comment concilier cette pénurie et cette prolifération alors que, d'une part, aucune certitude n'est acquise quant au lien « expertise de dangerosité-prévention de la récidive », et que, d'autre part, nombre de jeunes psychiatres affichent un manque d'intérêt pour les pratiques expertales.

Il y aurait par conséquent nécessité de recentrer ces dernières sur leurs finalités premières, à savoir aider le magistrat dans sa prise de décision pour fixer, d'une part, la procédure à envisager et, d'autre part, la peine à prononcer. L'irruption de l'expertise psychiatrique dans le champ post-sentenciel, génératrice de contentieux mais aussi d'incertitudes, mérite également que soient posées en termes clairs les conditions dans lesquelles une aide peut être apportée aux juridictions de l'application des peines.

Il a été rappelé en effet par de nombreux experts, tels B. Gravier<sup>24</sup> et F. Millaud<sup>25</sup>, que l'expertise psychiatrique ne constitue pas à ce niveau la seule source d'informations pour les magistrats et que les données pénitentiaires, policières, sociales, voire économiques, restent en effet ici essentielles à toute décision de libération, anticipée ou non. Les seuls critères utilisés par les experts psychiatres pour déterminer la dangerosité d'un condamné ne peuvent suffire.

Il s'agit donc de repositionner l'expertise psychiatrique dans l'échelle de ces éléments de telle façon que le recours à cette dernière ne soit pas ainsi envisagé de manière systématique et surtout qu'elle n'intervienne que dans les situations où elle apparaît véritablement nécessaire.

---

<sup>23</sup> Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à M Jean-Paul Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Octobre 2006.

<sup>24</sup> Bruno Gravier (Lausanne). Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

<sup>25</sup> Frédéric Millaud (Montréal). En quoi les données de la littérature internationale permettent-elles de répondre à certaines questions concernant la prédictibilité du comportement en psychiatrie et en psychocriminologie ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

C'est à ces conditions qu'elle pourra revêtir une véritable utilité tant pour le magistrat que pour le condamné et que l'expert jouera pleinement son rôle.

## II. L'EXPERTISE DE RESPONSABILITÉ : L'ARTICLE 122-1 DU CODE PÉNAL

En droit pénal, lorsqu'une infraction est commise, la responsabilité pénale de l'agent ne peut être reconnue que si trois conditions sont réunies :

- d'abord la qualification de l'acte ;
- ensuite la culpabilité de l'auteur ;
- enfin l'imputabilité de l'acte, c'est-à-dire la vérification que l'auteur a la capacité nécessaire pour répondre pénalement des conséquences de son comportement.

Comme l'a analysé J. Pradel<sup>26</sup>, c'est au travers de l'intentionnalité du crime et du délit qu'est étudiée en droit pénal français l'irresponsabilité pénale. L'article 121-3 du CP prévoit qu'il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre. Tout crime est donc intentionnel, tout délit est normalement intentionnel sauf imprudence, négligence ou mise en danger, et il n'y a point de contravention en cas de force majeure. Les exclusions de la faute sont décrites en droit pénal français avec les causes objectives d'irresponsabilité (justification fondée sur une injonction ou justification fondée sur une permission) et les causes subjectives d'irresponsabilité.

Les principes de l'irresponsabilité pénale de l'article 122-1 du CP sont donc précis : leur nature juridique est la non-imputabilité qu'il convient de déterminer au moment des faits. Le CP rappelle que les juges de répression apprécient souverainement l'état mental de la personne poursuivie et que l'irresponsabilité pénale découle de la perte du libre arbitre, quelle que soit la nature du trouble mental qui en est à l'origine.

L'expertise psychiatrique de responsabilité a ainsi pour but 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. Comme le souligne J. Pradel, la démarche de l'expertise psychiatrique pénale est diagnostique et justifie qu'elle soit réalisée par un psychiatre qui a compétence pour rédiger le certificat d'hospitalisation d'office (HO) éventuelle.

L'article 64 de l'ancien CP énonçait « *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action* ». Cette formulation était directement inspirée des travaux de Pinel insistant sur l'opposition radicale entre le malade mental, irresponsable et relevant d'une prise en charge psychiatrique, et le criminel, responsable et donc punissable.

La remise en cause par nombre d'auteurs de la simplicité de la clinique de l'aliénation établie par Pinel a amené à une complexification de l'expertise psychiatrique. Est ainsi apparu le concept de « responsabilité semi-atténuée des semi-aliénés ». La circulaire Chaumier du 20 décembre 1905 traduit cette évolution en demandant à l'expert « *de dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité* ».

---

<sup>26</sup> Jean Pradel (Poitiers). En droit pénal, quels sont les fondements de l'expertise psychiatrique pénale, quelles en sont les évolutions dans le procès pénal, et quels sont les objectifs différentiels de l'expertise psychiatrique et l'examen médico-psychologique ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).



L'article 122-1 du CP, inscrivant cette différenciation, consacre, en son alinéa 1<sup>er</sup>, l'irresponsabilité pénale, et, en son alinéa 2, ne précise pas la nature de la responsabilité atténuée qu'il devrait introduire. Ainsi :

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

En conséquence, désormais l'étude de la responsabilité s'opère sur deux niveaux en fonction des signes présentés lors des faits : abolition du discernement ou altération de celui-ci sans que le CP ne donne, dans ce dernier cas d'altération du discernement, de précision sur la peine, ni d'indication de durée en cas d'incarcération.

## II.1. Le traitement pénal

En réalité, dans le sillage de l'expertise retenant une altération du discernement, la maladie mentale tend à être criminalisée par les juridictions de jugement. Il est en effet fréquent que soient incarcérés et condamnés des patients, parfois en rupture de soins, ayant commis des faits en relation directe avec leur pathologie, allant du trouble du comportement à de graves passages à l'acte.

### **II.1.1. Les irresponsabilités pénales prononcées au titre de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal sont de plus en plus rares**

Quelques données chiffrées illustrent cette constatation (cf. *tableaux 1* et 2). Aucun chiffre postérieur à 2003 n'est encore à ce jour disponible, même si des données non encore publiées laissent penser qu'une baisse importante se confirme avec 203 non-lieux 122-1 en 2004 et 212 en 2005.

**Tableau 1.** Évolution du nombre de dossiers art. 64, puis 122-1 du CP (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 1994) (source : rapport de la commission Santé-Justice<sup>27</sup>).

	1987	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02	04	05
<b>Nb</b>	444		511		372		370		340		190	211	286	287	299	285	203	212
<b>%</b>	0,46	0,51	0,67	0,55	0,51	0,72	0,61	0,51	0,46	0,42	0,28	0,45	/	/	/	/	/	/

Les chiffres communiqués par la Chancellerie, après avoir été en pourcentage des affaires criminelles, sont maintenant communiqués en nombre total de 122-1 ; aucun chiffre n'est disponible concernant l'article 122-1 alinéa 2.

<sup>27</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

**Tableau 2.** Non-lieux pour irresponsabilité pénale liée à des troubles mentaux (source : rapport de la commission Santé-Justice).

Année	Ordonnances de non-lieu	Dont pour irresponsabilité pénale liée à des troubles mentaux	%
1998	9 377	211	2,3
1999	9 423	286	2,8
2000	7 698	287	3,7
2001	6 483	200	4,6
2002	5 282	285	5,4
2003	3 902	233	6
Évolution 1998/2003	- 58 %	+ 10,4 %	+ 160,9

À ces chiffres, il convient d'ajouter les classements sans suite pour irresponsabilité pénale qui passent de 2 385 en 1998 à 3 157 en 2000 et 3 294 en 2002, dans une augmentation qui est constante depuis 1998. De la même façon, on retient une croissance des classements sans suite pour état mental déficient, qui passe de 4 946 en 1998 à 5 431 en 2000 et 5 773 en 2002. La même tendance est retrouvée pour 2004 et 2005 (cf. *tableau 3*).

**Tableau 3.** Évolution des classements sans suite pour troubles mentaux entre 1998 et 2005 (Annuaire statistique de la Justice).

Année	Classements sans suite pour irresponsabilité pénale	Classement sans suite pour état mental déficient	Total
1998	2 385	4 946	7 331
1999	2 885	5 356	8 241
2000	3 157	5 431	8 588
2001	3 186	5 359	8 545
2002	3 294	5 773	9 067
2003	3 705	6 089	9 794
2004	4 021	6 233	10 254
2005	4 074	5 574	9 648

### ***II.1.2. La reconnaissance d'une responsabilité pénale atténuée au titre de l'article 122-1 alinéa 2 se traduit par la présence en prison de personnes souffrant de troubles mentaux***

• *Les données actuelles sur les troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires*

F. Rouillon<sup>28</sup> a présenté lors de l'audition une étude coordonnée par un groupe d'experts, sous l'égide d'un comité scientifique présidé par les représentants des ministères de la Santé et de la Justice et associant des représentants des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire. Elle a été réalisée par le groupe d'étude en épidémiologie et en santé publique Cemka-Eval avec un cofinancement des ministères de la Justice et de la Santé.

L'étude a comporté trois phases distinctes qui reposent sur le même principe de recueil de données, à savoir une évaluation diagnostique effectuée par un binôme d'enquêteurs sur la base d'un guide d'entretien prédéfini incluant différents types de données et d'outils

<sup>28</sup> Frédéric Rouillon (Paris). Quelles sont les données actuelles sur les troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

standardisés. Cette approche a été adaptée aux spécificités de chaque étude (objectif et population particulière interrogée). Ces études ont été réalisées conformément aux exigences de la loi Huriet sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, et ont reçu un avis favorable d'un comité consultatif de protection des personnes dans les recherches biomédicales. Toutes les procédures requises de respect des personnes (demande et recueil du consentement des personnes détenues, procédure de signalement aux équipes sanitaires intervenant en milieu carcéral) ont été scrupuleusement respectées. Les résultats exposés se limitent à la prévalence des troubles mentaux dans cette population.

En pratique, deux cliniciens (un psychiatre et un psychologue clinicien) ont rencontré ensemble la personne interrogée. Le psychologue a conduit dans un premier temps un entretien structuré conformément aux directives du MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), instrument largement utilisé en épidémiologie psychiatrique. Le psychiatre a poursuivi par un entretien libre avec la personne détenue. Cet entretien a porté également sur des données personnelles, familiales et judiciaires avant l'incarcération. À la suite de ces entretiens, les deux cliniciens ont donné chacun, indépendamment l'un de l'autre, un (ou plusieurs) diagnostic(s) issu(s) du MINI et de la clinique. Dans un second temps, ils se sont concertés et ont proposé un (ou plusieurs) diagnostic(s) dit(s) consensuel(s). Ils ont évalué également séparément, puis consensuellement la gravité de l'état de la personne (échelle de gravité CGI) et de ses antécédents.

Cette méthodologie n'est pas équivalente à celles qui ont été déployées en milieu carcéral et publiées à ce jour, mais il s'agit d'une méthodologie innovante, qui permet de recueillir et confronter des diagnostics psychiatriques à partir de plusieurs outils : le diagnostic final du binôme, les diagnostics de chaque investigateur et la conclusion d'une échelle standardisée de diagnostic des troubles psychiatriques (MINI).

Cette étude transversale a été réalisée dans 23 établissements pénitentiaires français pour évaluer la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale française. Mille personnes détenues, dont 800 hommes, ont été tirées au sort dans les établissements pénitentiaires de France métropolitaine (plan de sondage en grappe en fonction du type d'établissement pénitentiaire : 100 détenus dans 2 maisons centrales, 250 détenus dans 5 centres de détention et 450 dans 13 maisons d'arrêt), 100 femmes détenues (2 établissements) et 100 hommes détenus dans un établissement d'un département d'outre-mer (Martinique). Ont été réalisés 998 entretiens entre juillet 2003 et septembre 2004 : 798 hommes et 100 femmes détenus en métropole, et 100 hommes incarcérés dans le DOM. Le taux de participation a été de 57 %, avec des variations selon les établissements pénitentiaires.

Selon les populations, 35 % à 42 % des détenus ont été considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades (échelle de gravité CGI). Les antécédents personnels et familiaux ont été jugés de gravité manifeste, importante ou parmi les plus graves pour 42 % des hommes détenus en métropole et pour la moitié des femmes et des hommes détenus dans le DOM. Au final, un entretien sur cinq (22 %) a débouché sur une procédure de signalement auprès de l'équipe soignante de l'établissement, en accord avec la personne détenue sauf en cas considéré comme d'urgence. Dans cette enquête la concordance interjuge a varié de 0,87 pour la dépression à 0,64 pour la schizophrénie.

D'après le rapport de l'expert et selon les niveaux d'interprétation qu'il propose en fonction notamment de la concordance interjuge, la prévalence de la schizophrénie est retrouvée comprise entre 3,8 et 8 % et celle des psychoses chroniques non schizophréniques entre 1,6 et 8 %. Les troubles dépressifs concernent 35 à 40 % des détenus. Dans la population française générale, les prévalences de ces troubles n'ont jamais été évaluées avec une méthodologie comparable. Cependant il est communément admis que la prévalence de la schizophrénie en France est d'environ 1 % et que 5 % des Français présenteraient un état dépressif une année donnée. Ces données sont à confronter à celles de la littérature et notamment aux chiffres donnés par la méta-analyse de Fazel et Danesh<sup>29</sup> qui pour les psychoses schizophréniques retrouvent une prévalence de 4 % dans les établissements pénitentiaires de tous les pays ayant publié des données épidémiologiques sur les troubles mentaux en détention.

• *La surpénalisation des justiciables au comportement altéré*

De l'avis général des acteurs de terrain, il apparaît que les juridictions répressives françaises, loin de tenir compte *in mitius* des dispositions du second alinéa de l'article 122-1 du CP, renforcent au contraire le quantum des peines prononcées dans un apparent souci de défense sociale. L'esprit de l'article 122-1 alinéa 2 est ainsi détourné : paradoxalement, il vaudrait mieux « bénéficier » d'une responsabilité totale sans expertise plutôt que d'une responsabilité partielle en application de l'article 122-1 alinéa 2 après expertise reconnaissant l'altération du discernement. La rédaction actuelle de l'article 122-1 alinéa 2 prend en compte la pathologie tant au titre de la responsabilité qu'au titre du soin et favorise un traitement judiciaire du trouble psychiatrique et non pas une prise en compte de la pathologie et du traitement qu'elle devrait nécessiter. Cette constatation laisse penser que les juridictions priorisent la défense sociale en pointant le trouble du comportement et en exprimant une défiance vis-à-vis des prises en charge psychiatriques.

## **II.2. La recherche d'une solution inspirée du droit comparé**

Toutes les législations, sauf la France, donnent au juge pénal le pouvoir de décider des mesures de contrôle et de soins appliquées aux délinquants atteints de troubles mentaux.

La commission d'audition s'appuie sur un rapport du Sénat de 2004<sup>30</sup> qui retranscrit les solutions adoptées par les législations de 8 pays quant aux mesures appliquées aux délinquants souffrant de troubles mentaux.

Selon le CP suédois, il est impossible de condamner un délinquant malade mental à une peine de prison, la juridiction pouvant acquitter le coupable si elle estime qu'aucune autre peine ne peut être appliquée.

En Allemagne, les personnes dont la capacité de discernement est considérée comme amoindrie en raison de troubles mentaux ne bénéficient pas d'une exclusion de responsabilité, mais d'une réduction de peine qui, toutefois, reste, dans tous les cas, facultative. Le tribunal peut prononcer une mesure de rééducation et de sûreté : mesures éducatives, mesures curatives comme le placement en hôpital psychiatrique ou la désintoxication ou encore des mesures protectrices comme des interdictions

---

<sup>29</sup> Fazel S., Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;16:545-50.

<sup>30</sup> Sénat de la République française. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux, documents de travail du Sénat. Série législation comparée, 2004: p. 132:28.

professionnelles. Le placement en hôpital psychiatrique peut être ordonné dans certaines conditions : danger pour la collectivité, vraisemblable récidive ou dangerosité.

En Espagne, la responsabilité atténuée est également envisagée. Les délinquants à responsabilité atténuée restent punissables, mais ils bénéficient d'une réduction automatique de peine. Le tribunal peut prononcer une mesure de sûreté pour les délits, comme un placement en hôpital psychiatrique. La durée de placement ne peut dépasser la durée de la peine qui aurait été encourue.

Plus radicalement, aux Pays-Bas, le CP exclut la responsabilité des personnes atteintes de troubles mentaux. Elles ne peuvent donc faire l'objet d'une sanction pénale, mais seulement d'une « mesure judiciaire » qui se décline en placement en hôpital psychiatrique et « mise à disposition » dès lors que la personne représente un danger pour la collectivité.

Ces éléments de droit comparé mettent en évidence l'existence, dans ces législations, d'une volonté des législateurs de minorer les peines des délinquants malades mentaux déclarés pénalement responsables mais considérés comme ayant une altération de leur discernement, cela au profit de soins contraints. Le droit français, qu'il s'agisse des textes ou de la pratique judiciaire, ne semble pas avoir cette préoccupation, la loi prévoyant simplement la faculté pour le juge de tenir compte de l'altération des facultés mentales lorsqu'il détermine la peine.

Dans le souci de garantir aux personnes souffrant de troubles altérant leur discernement une prise en charge améliorée, il convient dès lors de s'interroger sur la possibilité d'introduire en France des dispositions spécifiques à l'image de celles en vigueur dans d'autres pays européens. Devant le constat d'une disjonction entre la psychiatrie et la justice, certaines pistes ont déjà été explorées. Une meilleure articulation entre CP et loi du 27 juin 1990<sup>31</sup>, la mise en place de soins ambulatoires sous contrainte, le contrôle judiciaire des soins pour les malades irresponsables, la réalité de l'atténuation des peines et une réorganisation des soins (peines réduites suivies d'obligation de soins) pour les cas d'altération du discernement selon l'article 122-1 alinéa 2 du CP sont autant d'exemples de propositions.

Selon la commission d'audition, le choix doit se porter sur l'introduction d'une excuse atténuante, à l'image de celle déjà existante dans l'ordonnance du 2 février 1945 pour les mineurs auteurs d'infractions pénales.

### **II.3 Une meilleure organisation du procès civil**

Malgré leur caractère exceptionnel, la médiatisation de crimes ou délits commis par des malades mentaux et la demande soutenue des victimes ou des familles de victimes afin que ces crimes ou délits soient reconnus par la justice rendent plus actuelle encore l'étude des conditions dans lesquelles l'institution judiciaire apporte une réponse à des faits criminels commis par des personnes atteintes de troubles mentaux. Lorsque l'auteur des faits punissables a été reconnu irresponsable, l'enquête et les poursuites pénales cessent immédiatement et un non-lieu est prononcé. Pour les victimes et leurs familles, cette situation est difficile à vivre et elles ont le sentiment que le débat judiciaire et la réalité des faits sont escamotés, compromettant chez elles le processus de deuil ou de réparation.

---

<sup>31</sup> Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Le garde des Sceaux avait en 2003 nommé une commission pour réfléchir à ce problème. Les conclusions de ce groupe d'experts avançaient que la question de l'irresponsabilité de l'auteur ne doit pas occulter la réalité des faits qui ont été commis et il avait été proposé que des procédures concernant les irresponsables ne s'achèvent plus par un non-lieu mais par une décision juridictionnelle avec l'objectif de reconnaître la réalité des faits et de fixer les dommages et intérêts dus aux victimes. La commission Santé-Justice<sup>32</sup> proposait quelques mois après « *la création d'une juridiction ad hoc statuant sur l'imputabilité des faits reprochés à une personne déclarée pénalement irresponsable en application de l'article 122-1 alinéa 1 du CP ainsi que sur les intérêts civils et d'éventuelles mesures de sûreté* ».

La commission d'audition pense que c'est au civil que la victime ou sa famille doivent être entendus et que doit être jugée leur réparation avec toute l'attention et la compassion souhaitables. Effectivement juger un malade mental irresponsable pose des problèmes multiples et attente aux fondements mêmes du droit et de son article 121-3 du CP qui prévoit qu'il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre, alors que l'irresponsabilité pénale a comme nature la non-imputabilité. La commission d'audition pense que l'audition du sujet par une juridiction pénale *ad hoc* ne peut que poser un problème pour l'évolution de l'auteur malade, lequel se trouverait confronté au paradoxe d'être reconnu comme malade non responsable par un expert psychiatre et adressé dans le même temps devant la justice pénale, avec le risque de discréditer ainsi le cadre des soins. Ce système aurait comme objet de déporter vers l'expert les responsabilités qui doivent être assumées par la justice. En revanche, la commission d'audition estime que l'audience civile devrait être renforcée dans la prise en compte de la souffrance des victimes et de leurs familles.

## **Recommandations**

**La réponse à la question posée conduit immanquablement à interpeller le législateur à l'interface de la santé et de la justice, l'expertise jouant de fait un rôle de régulateur entre la prison et l'hôpital. Les recommandations ne peuvent être destinées aux seuls psychiatres. La commission d'audition s'est donc intéressée au volet sanitaire comme à ce qui pourrait être une évolution souhaitable du droit pénal, sans prétendre dicter sa conduite au législateur.**

**L'expertise remplit de moins en moins le rôle de filtre visant à repérer les malades afin de leur donner des soins appropriés, du fait de la conjonction de facteurs multiples :**

- **célérité attendue de la justice dans le sillage des recommandations européennes rendant difficile pour l'OPJ et le parquet de se dégager des faits à juger pour prendre en compte l'éventuelle pathologie du justiciable, et pour le médecin, éventuellement réquisitionné dans le cadre de la garde à vue, de procéder à une évaluation clinique satisfaisante ;**
- **multiplication des obligations d'expertises prévues dans le Code de procédure pénale ;**
- **développement de l'expertise de dangerosité ;**
- **et, par contraste, démographie décroissante des experts psychiatres, certaines cours d'appel, avec une inégalité de répartition sur le territoire national, n'ayant plus d'experts.**

---

<sup>32</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

Dans le respect des missions qui incombent au législateur, la commission d'audition suggère :

- d'éviter de prévoir de nouveaux cas réglementaires ou législatifs de recours à l'expertise psychiatrique ;
- de privilégier les missions d'expertise à visée diagnostique et thérapeutique sur l'expertise de dangerosité, de façon à répondre à la mission première du psychiatre, c'est-à-dire donner des soins au malade mental.

Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire et les rares données épidémiologiques françaises comme internationales disponibles suggèrent que la prévalence des troubles mentaux est très supérieure parmi la population pénale par rapport à la population générale, malgré le recours à l'expertise psychiatrique de responsabilité. La commission d'audition établit un lien entre ces éléments et deux facteurs essentiels :

- la désinstitutionnalisation psychiatrique que connaît notre pays, comme tous les pays européens, visant à responsabiliser le patient dans ses soins et prônant une psychiatrie de plus en plus ambulatoire ;
- la réécriture du CP en 1994, introduisant deux niveaux dans l'analyse du discernement, l'abolition et l'altération, l'altération du discernement ne conduisant plus systématiquement à une atténuation de la peine. De ce fait, il a été signalé, notamment par les rapports d'inspection générale, que les malades mentaux considérés par les experts comme ayant un discernement altéré étaient souvent condamnés à des peines plus longues que celles qu'ils auraient pu encourir s'ils n'étaient pas malades mentaux. Bien qu'il ne soit pas possible de le confirmer par des données statistiques, la commission d'audition se fait ici l'écho des avis d'experts et des échanges nombreux au cours de l'audition.

Dans le respect des missions qui incombent au législateur, la commission d'audition suggère une réécriture de l'alinéa 2 de l'article 122-1<sup>33</sup> du CP. Cette nouvelle rédaction devrait permettre à la personne atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes de bénéficier d'une atténuation réelle de responsabilité avec minoration de peine, par exemple sous la forme d'une excuse atténuante de responsabilité partielle. La peine privative de liberté prévue ne pourrait être supérieure à la moitié de la peine encourue, la durée restante donnant lieu à une obligation de soins fixée et réévaluée en fonction de l'état clinique.

Les personnes condamnées au titre du 122-1 alinéa 2 et présentant des pathologies psychiatriques avérées connaissent peu d'aménagement de peine du fait d'une difficulté d'accès à la libération conditionnelle, en général soumise par le juge d'application des peines à l'engagement du secteur de soins psychiatriques dans une prise en charge adaptée. La commission d'audition recommande une meilleure coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux, pénitentiaires et judiciaires permettant à ces malades de ne pas être exclus des aménagements de peine prévus par le CPP.

---

<sup>33</sup> Art. 122-1 alinéa 2 du CP : « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

La commission d'audition estime indispensable que soient développées des recherches associant santé et justice ayant pour objet de corréler la pathologie psychiatrique constatée avec l'histoire clinique et la trajectoire pénale, en prenant en compte notamment l'existence ou non d'une réquisition dans le cas où une expertise a été pratiquée, la pathologie retrouvée par l'expert et ses conclusions, ainsi que les modalités du jugement et de l'application des peines.

La commission d'audition recommande qu'à l'échelle de chaque département les équipes de secteur intervenant en prison informent régulièrement les commissions médicales d'établissement et les conseils d'administration des établissements hospitaliers dont ils relèvent afin :

- de les mettre au courant des pathologies psychiatriques qu'elles rencontrent dans la prison ;
- de maintenir et promouvoir des structures hospitalières fermées susceptibles de recevoir des patients psychotiques chroniques et de préparer leur sortie au mieux pour éviter les ruptures de soins pouvant être à l'origine de passage à l'acte.

## **Question 2**

### **Quels sont les incidences, les problèmes et les débats actuels autour de la clinique expertale dans les différents temps judiciaires ?**

Les débats actuels autour de l'expertise psychiatrique pénale s'appuient sur le constat de la forte prévalence des malades mentaux dans les établissements pénitentiaires. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer en partie ce phénomène :

- la plus grande célérité de la justice avec une fréquence croissante des procédures de jugement rapide sans expertise posant le problème de l'absence de filtre efficace permettant de reconnaître les malades mentaux au moment de l'enquête en dépit de la fréquence des réquisitions ;
- le faible niveau de l'abolition du discernement retenu par les experts ;
- le fait que nombre de malades mentaux sont considérés comme ayant une altération du discernement ;
- la constatation avancée par plusieurs rapports d'une surpénalisation des malades mentaux ayant une altération du discernement ;
- les difficultés des expertises pénales post-sentencielles de pré-libération qui conduisent rarement à un aménagement des peines faute de pouvoir articuler des soins à la sortie de l'établissement pénitentiaire.

### **I. QUEL EST LE DEVENIR EN MILIEU PÉNITENTIAIRE DES MALADES MENTAUX POUR LESQUELS UNE ALTÉRATION DU DISCERNEMENT EST RETENUE PAR L'EXPERT OU DE CEUX QUI SONT TOTALEMENT RESPONSABILISÉS ?**

Le devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux est d'une actualité permanente et un enjeu majeur de santé publique comme éthique. La surreprésentation des malades mentaux en détention est confirmée dans tous les travaux internationaux et la situation de notre pays



peut apparaître encore plus préoccupante après avoir entendu le rapport de F. Rouillon<sup>34</sup>. La commission d'audition a pris en compte les limites des travaux internationaux publiés. Si ils décrivent la pathologie au moment de l'enquête, ils séparent encore difficilement les pathologies psychiatriques avérés de l'axe I du DSM-IV, des troubles de la personnalité de l'axe II, et notamment des personnalités limites à expression psychopathique, qui peuvent favoriser l'éclosion de décompensations psychotiques brèves, transitoires et réversibles. Ils évaluent encore plus difficilement l'incidence du milieu et notamment des mesures d'isolement et de séparation sur la genèse de psychoses réactionnelles brèves, autrefois assimilées à des psychoses carcérales. Ce problème se pose d'autant plus dans notre pays où la détention provisoire est largement utilisée et où la longueur des peines tranche avec le peu d'utilisation des sanctions alternatives à la détention et de la libération conditionnelle.

On peut comprendre la forte prévalence des troubles anxieux et de la dépression en milieu carcéral dans le sillage du passage à l'acte, de l'instruction ou du jugement. Celle-ci peut être reliée à la forte prévalence du suicide qui reste un problème de santé publique. En revanche, l'expertise psychiatrique pénale est avant tout concernée par la prévalence élevée des psychoses chroniques, schizophrénies ou psychoses paranoïaques. Les études publiées renseignent peu sur la nature des troubles psychotiques. Effectivement plusieurs situations cliniques peuvent être rencontrées qui diffèrent dans leurs rapports avec la pratique de l'expertise psychiatrique pénale :

- psychoses chroniques diagnostiquées avant le passage à l'acte criminel stabilisées ou non traitées ou en rupture de soins ;
- psychoses chroniques révélées par le passage à l'acte, avec ou sans signes précoces antérieurs ;
- psychoses chroniques apparues en détention, en séparant les psychoses du début de peine des psychoses tardives au cours des longues peines.

L'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle concerne les deux premiers cas alors que les expertises de pré-libération posent de tout autres problèmes dans le dernier cas. Les problèmes posés par la reconnaissance par l'expert d'un discernement altéré, et non aboli, concernent les deux premières catégories cliniques.

La surpénalisation des sujets reconnus comme atteints de troubles mentaux et considérés par l'expert comme ayant un discernement altéré est signalée par plusieurs rapports d'inspection générale, sans avoir pu être confirmée par un travail chiffré de la Chancellerie en provenance des cours d'appel, ni par aucun chiffre de l'administration pénitentiaire. Les travaux sur la santé mentale des détenus n'ont pas été corrélés aux conclusions des éventuelles expertises psychiatriques.

La commission d'audition estime indispensable que soient développées des enquêtes associant santé et justice ayant pour objet de corréler la pathologie psychiatrique constatée et son histoire clinique, la trajectoire pénale, en regard notamment de l'expertise ou de jugements rapides, et les caractéristiques et incidents du parcours pénitentiaire. Compte tenu de l'intérêt de ces recherches, et pour permettre la traçabilité des situations nécessaire à leur conduite, les obstacles techniques et juridiques, se rapportant notamment au secret professionnel, devraient être identifiés, puis faire l'objet de préconisations réglementaires pour être levés.

---

<sup>34</sup> Frédéric Rouillon (Paris). Quelles sont les données actuelles sur les troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

La commission d'audition a entendu le témoignage des professionnels et notamment des psychiatres de SMPR à travers les propos de C. Paulet<sup>35</sup> qui considère que « *les professionnels de santé mentale qui exercent en prison aujourd'hui font face à des conflits de loyauté qui les taraudent et les amènent à se poser la question de savoir s'il est légitime de soigner en prison des malades mentaux dont les troubles majeurs altèrent profondément et durablement leur capacité de discernement, leur compréhension du processus judiciaire en cours, leur adaptation à la réalité de la détention et le sens même de la peine* ». Le témoignage des professionnels de santé évoquant une augmentation de la prévalence des troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires peut être mis en rapport avec le développement des HO pratiquées en application de l'article D 398 du CPP, qui sont passées de 687 en 1998 à 1 547 en 2003.

L'évolution en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert est la résultante de capacités adaptatives réduites par la maladie, de réactions souvent pathologiques aux contraintes du milieu et d'une stigmatisation, qui dans de nombreux cas peuvent être responsables de décompensations chez des sujets auparavant relativement stabilisés. Cet effet pathogène du milieu fermé sur les pathologies psychiatriques est rappelé par les équipes du dispositif de soins hospitalier intervenant dans les établissements pénitentiaires depuis la loi du 18 janvier 1994<sup>36</sup>, que les interventions soient réalisées par le secteur de psychiatrie de proximité ou par les SMPR.

Il s'agit d'un exercice « limite » qui est fondé sur les mêmes principes déontologiques (soins à la personne malade ou en souffrance, facilitation de l'accès aux soins, respect du consentement du patient aux soins proposés et de la confidentialité des échanges, indépendance technique et statutaire des professionnels de santé qui appartiennent tous désormais au service public hospitalier) que les soins en milieu libre et sur des limites théoriques (incompatibilité du maintien en détention [article D 398 du CPP] de la personne détenue dont l'état justifie une hospitalisation psychiatrique sans consentement et de l'entrée en détention de la personne dont le discernement était aboli au moment des faits reprochés).

Ce dispositif de soins a cherché à répondre à l'ampleur des besoins et a développé une gamme d'outils gradués :

- soins ambulatoires diversifiés (secteurs de psychiatrie générale ou SMPR) dispensés dans chaque prison ;
- unités de recours régional en milieu pénitentiaire (SMPR) pour des soins intensifs et/ou spécialisés incluant l'hospitalisation de jour ;
- unités de recours régional en milieu hospitalier (UHSA) pour des hospitalisations à temps plein, librement consenties ou sous contrainte si nécessaire, dans des conditions d'accueil et de soins satisfaisantes, telles qu'elles sont en projet.

Il reste des difficultés majeures à tous les stades du parcours carcéral du malade mental détenu et particulièrement pour organiser les relais sanitaires et sociaux à sa sortie de prison, constat qui vient contredire le soubassement humaniste qui présidait aux théories inclusives qui ont alimenté le concept de responsabilisation pénale des malades mentaux et la notion d'altération du discernement de l'article 122-1-2 du CP. C'est aussi dans l'incapacité de s'adapter aux contraintes du milieu et la question récurrente de leur

---

<sup>35</sup> Catherine Paulet (Marseille). Quel est le devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

<sup>36</sup> Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

incompatibilité durable avec la détention ordinaire que se pose la question pour ces malades pour lesquels des aménagements de peine restent exceptionnels.

C'est donc à toutes les étapes du parcours du malade mental ayant commis un délit ou crime qu'il convient d'envisager les actions :

- premièrement, en réhabilitant l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 122-1 du CP qui permettrait de réduire le nombre de malades mentaux relevant de l'alinéa 2 du 122-1 ;
- deuxièmement, en réinterrogeant le contenu et le sens de l'article « *la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

C'est aussi la nécessité de développer les partenariats santé et justice, en rappelant le nécessaire secret professionnel, l'objet du travail du psychiatre, centré sur la personne et non sur le traitement de la délinquance et la prévention de la récidive, même si le soin peut, peut-être et de surcroît, y contribuer, et l'intérêt de prendre en compte la dimension du soin dans les aménagements de peine.

C'est enfin de prendre en compte les apports de C. Paulet<sup>37</sup> quand elle rappelle que la mise en place d'un dispositif de soins en milieu pénitentiaire ne doit pas cautionner l'idée que l'on peut incarcérer pour soigner les pathologies psychiatriques les plus sévères et qu'il faut au contraire restaurer les capacités des secteurs à contenir et accompagner les patients présentant des pathologies psychotiques chroniques.

Dans le même esprit que ce qui est proposé plus haut, il est aujourd'hui fondamental de développer les recherches sur les HO en application de l'article D 398 du CPP pour en comprendre les déterminants et la fréquence, et approcher les besoins auxquels elles répondent.

## **II. QUELS SONT LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LE MAGISTRAT DU PARQUET DANS L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE ET QUELLES SONT LES ATTENTES DE CE MAGISTRAT FACE AU PSYCHIATRE ?**

Lorsqu'une personne est placée en garde à vue, une pathologie mentale peut être suspectée :

- soit dès le début de la mesure si la personne est examinée par un médecin, à sa demande, à la demande du procureur de la République ou sur initiative de l'OPJ ;
- soit en cours de garde à vue si l'OPJ se rend compte que la personne tient des propos incohérents ou manifeste des troubles du comportement.

La réalisation de cet examen se heurte d'abord à un ensemble de difficultés matérielles : absence fréquente de pièce spécifiquement aménagée et de table d'examen, ainsi que de matériel médical. Une autre difficulté tient à la nécessité pour les enquêteurs de trouver très rapidement un médecin disponible.

Quand une personne placée en garde à vue manifeste des signes laissant penser qu'elle est susceptible de souffrir d'une aliénation mentale, la première préoccupation du magistrat du

---

<sup>37</sup> Catherine Paulet (Marseille). Quel est le devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

parquet est de savoir si l'état de santé de la personne est compatible avec la mesure de garde à vue.

Pour les enquêtes de flagrant délit, dans l'état actuel de la procédure, la faculté d'ordonner un examen psychiatrique approfondi, qui diffère du simple examen médical, le plus souvent dans le cours de la garde à vue, relève d'un pouvoir propre de l'OPJ (art. 60 du CPP). Pour les enquêtes préliminaires, l'examen psychiatrique approfondi peut être ordonné par le procureur de la République, ou sur autorisation de celui-ci par l'OPJ « *s'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques* » (art. 77-1 du CPP).

Si les questions posées au psychiatre par le parquet diffèrent habituellement peu de celles qui sont formulées par les juges d'instruction lorsqu'ils ordonnent des expertises (art. 156 du CPP), il semble important à ce stade très précoce de l'enquête d'avoir comme priorité d'identifier les personnes poursuivies présentant des troubles mentaux et de faire en sorte de leur donner les soins appropriés selon les modalités de la loi du 27 juin 1990<sup>38</sup>, et de rappeler l'importance d'une expertise à distance réalisée dans des conditions normales en dehors de la pression temporelle de la garde à vue. L'expertise réalisée en réquisition devrait être le filtre indispensable visant à diagnostiquer le trouble mental et à donner au patient les soins dont il relève.

## **Recommandations**

### **Prenant acte :**

- **de la surreprésentation et de la surpénalisation des malades mentaux en milieu carcéral ;**
- **des difficultés judiciaires, sanitaires et pénitentiaires qui imposent une vigilance particulière quant au repérage le plus en amont possible des personnes susceptibles d'être prioritairement orientées vers un dispositif de soin ;**
- **de la nécessité d'exercer cette vigilance dès la phase de garde à vue ;**
- **du fait qu'actuellement nombre de malades mentaux en garde à vue ne font pas l'objet d'un diagnostic psychiatrique ;**

**et rejoignant des conclusions du rapport de la commission Santé-Justice<sup>39</sup>, présidée par J-F. Burgelin, la commission d'audition recommande :**

- **que toute personne gardée à vue et susceptible d'être incarcérée fasse l'objet lors de son examen médical prévu par le CPP d'une attention particulière à la clinique psychiatrique ;**
- **qu'en cas de besoin soit diligentée une réquisition d'un psychiatre qui répondrait aux seules questions suivantes :**
  1. **La personne mise en cause présente-t-elle une pathologie psychiatrique ?**
  2. **Cette pathologie nécessite-t-elle des soins immédiats et, si oui, selon quelles modalités ?**
  3. **L'état psychique de la personne justifie-t-il la réalisation à distance d'une expertise psychiatrique ?**

---

<sup>38</sup> Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

<sup>39</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

- **de travailler entre hôpital et tribunal les modalités d'organisation permettant de réaliser dans de bonnes conditions des expertises en réquisition.**

**Cet examen doit être considéré comme un examen psychiatrique de premier contact ayant essentiellement un but diagnostique et non comme une expertise psychiatrique approfondie. Il doit être strictement contextualisé (lieu et circonstances de la rencontre), relever la symptomatologie présente et rester prudent dans ses conclusions, sans chercher à restituer la dynamique de l'apparition des troubles et leur relation avec les faits reprochés, qui relèvent eux d'une expertise psychiatrique ultérieure.**

**Cet examen doit pouvoir être réalisé dans des conditions matérielles satisfaisantes. À cet égard, la commission d'audition rappelle l'actualité des recommandations de la conférence de consensus de 2004 sur l'intervention du médecin en garde à vue<sup>40</sup>, selon lesquelles « *l'entretien du médecin avec la personne gardée doit être réalisé dans les délais les plus brefs, dans une langue réciproquement comprise, dans la confidentialité, la confiance et la sécurité* ». La mise en place d'unités de psychiatrie médico-légale, telles qu'elles existent sur certains sites, peut avoir un intérêt quand elles vont dans le sens d'une organisation contractualisée entre parquet et hôpital.**

### **III. COMMENT DISCUTER L'ABOLITION DU DISCERNEMENT FACE AUX ÉVOLUTIONS RÉCENTES DE LA CLINIQUE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE ?**

Comme l'a rappelé D. Zagury<sup>41</sup>, l'expertise psychiatrique pénale est une école de rigueur clinique et de clarté médico-légale. Une bonne expertise doit pouvoir être lisible par d'autres cliniciens, et par tous les intervenants du procès pénal. La complexité du cas ne doit pas nécessairement faire l'objet d'une réduction, mais les difficultés rencontrées et la logique formelle de la démarche doivent être explicitées. Certaines divergences de conclusion ne doivent pas aller au-delà d'un écart minime afin de ne pas ouvrir la porte aux jurisprudences personnelles, et secondairement, à la manipulation des experts. Une jurisprudence expertale doit pouvoir s'édifier.

Pour le juriste la jurisprudence est la solution suggérée par un ensemble de décisions suffisamment concordantes, rendues par les juridictions sur une question de droit. Dans le domaine de l'expertise médico-légale, il s'agit évidemment d'une analogie terminologique et elle a nécessairement ses limites car il est impossible, du fait de la logique de l'article 122-1 du CP, de prétendre pouvoir catégoriser toutes les occurrences, puisqu'elles concernent un rapport entre un état mental singulier et un acte particulier. Mais il faut bien s'accorder sur quelques principes directeurs, car faute d'être clairement énoncés comme cliniques, ils risquent d'être idéologiques.

Il est d'abord nécessaire de reconnaître que l'on assiste depuis quelques décennies à une évolution de cette jurisprudence expertale. Le taux de non-lieux psychiatriques clôturés à l'instruction a diminué sous la pesée de facteurs extrinsèques à la psychiatrie, sociétaux, démographiques et politiques, mais aussi de facteurs intrinsèques à notre discipline. Beaucoup de chiffres fantaisistes ont été cités. En réalité, il y aurait une « relative

---

<sup>40</sup> Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires et Société de médecine légale et de criminologie de France. Conférence de consensus. Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. Décembre 2004.

<sup>41</sup> Daniel Zagury (Paris). Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

stabilisation de ces non-lieux à un niveau bas » autour de 0,5 % jusqu'à 2002, une tendance à la diminution se confirmant depuis.

Il y a, dans toute expertise pénale, trois démarches :

- établissement du diagnostic actuel ;
- reconstruction du diagnostic rétrospectif (état mental au moment des faits) ;
- interprétation médico-légale du lien entre l'état mental au moment des faits et l'infraction, qui suppose de statuer sur le rapport direct et exclusif entre l'état mental et cette infraction.

La logique de l'article 122-1 du CP fait sans doute que l'on est passé d'une identification diagnostique pour donner des soins à un repérage beaucoup plus discriminatif, prenant en compte l'état mental au moment des faits et son rapport avec ceux-ci.

Le noyau dur du champ de l'abolition du discernement concerne les psychoses délirantes : l'expérience médico-légale montre que la plupart des crimes commis par les psychotiques le sont dans une phase processuelle de leur maladie. Mais il existe bien d'autres occurrences médico-légales : bouffée délirante aiguë, état confusionnel, épilepsie, manie, mélancolie, paranoïa délirante, impulsivité de l'héboïdophrène, état onirique, démence, impulsivité aveugle de l'hébéphrène, etc., pour autant que le seul tableau psychiatrique puisse rendre compte de l'infraction.

Ce principe est resté le même depuis un siècle et demi. Mais c'est l'exigence de l'interprétation médico-légale qui fait aujourd'hui toute la différence. Cette interprétation médico-légale, qui est d'ailleurs la source principale des divergences entre experts, bien avant la contradiction diagnostique, a posé problème depuis longtemps car elle contraint l'expert à sortir du seul champ de la médecine psychiatrique pour entrer dans celui de la discussion médico-légale, nécessairement moins scientifique. Il ne s'agit plus seulement de poser un diagnostic, mais d'interpréter la nature de l'acte dans son rapport de causalité avec la psychopathologie et en se situant au moment des faits. Une plus grande exigence médico-légale est donc requise pour conclure à l'abolition du discernement. En revanche, il persiste un noyau irréductible de cas répondant aux critères de l'abolition du discernement.

Il convient de rappeler que le nombre de malades mentaux et de personnalités pathologiques décompensés en prison est régulé par bien d'autres facteurs que l'expertise pénale. Certains ont décompensé après l'incarcération ou n'ont pas commis l'infraction en cause en réponse exclusive au processus pathologique. Il serait donc vain d'attendre d'un recours accru à l'abolition du discernement la modification d'un tel phénomène de masse.

### **III.1. Les « querelles » d'experts : abolition ou altération du discernement ?**

Il peut arriver que l'expert passe à côté du diagnostic. C'est dire tout l'intérêt de la dualité d'experts.

Il est un cas de querelle d'experts qui ne devrait jamais se voir : c'est la sous-estimation ou la surestimation du diagnostic pour justifier la conclusion. L'éthique de l'expert, c'est d'abord l'absolu respect de la clinique.

Mais c'est le plus souvent l'interprétation médico-légale qui oppose les experts, non le diagnostic rétrospectif. Dans certains cas, des divergences d'interprétation sont acceptables et, dans une certaine mesure, inévitables.

Il existe enfin des querelles d'experts qui sont absolument inacceptables car elles reposent sur des « jurisprudences expertales » strictement personnelles, telles que la substitution, pour les besoins de la cause, du deuxième alinéa au premier alinéa.

La loi, dans le déroulement de sa logique interne propre, a toujours laissé au clinicien français une latitude interprétative. C'est un espace de liberté et c'est aussi une fragilité. L'expert ne doit pas perdre de vue qu'il est engagé dans son activité, non seulement au titre de sa compétence et de sa crédibilité, mais aussi au titre de représentant d'une profession, la médecine psychiatrique, dont il faut défendre la légitimité, et que l'expertise psychiatrique reste le régulateur entre l'hôpital et la prison.

Le principe cardinal de l'interprétation expertale doit, aux yeux de la commission d'audition, rester le principe classique de l'irresponsabilité pénale du malade mental quand seule la maladie est à l'origine de l'infraction.

### **III.2. Interruption de traitement et abolition du discernement**

Il est désormais établi que la plupart des actes médico-légaux des malades mentaux rassemblent les critères suivants : antécédents de violence, survenue contemporaine d'une acuité délirante, interruption du traitement, association de la dimension psychopathique aux troubles psychotiques, usage d'alcool et de drogues.

Doit-on tenir compte de l'interruption de traitement quand un nouvel acte médico-légal est commis ? Dans certains cas la discussion médico-légale pourra prendre en compte ce facteur, sans que l'on puisse indiquer une ligne de conduite univoque, mais sans jamais faire de l'arrêt des soins un facteur de surresponsabilisation de l'expertisé, les psychiatres ayant bien en conscience la fragilité de l'alliance thérapeutique dans les premières années d'évolution des psychoses schizophréniques.

### **III.3. L'examen psychiatrique au cours de la garde à vue**

Comme l'a recommandé la conférence de consensus « Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles » tenue en 2001 sous l'égide de la Fédération française de psychiatrie<sup>42</sup>, ces examens en garde à vue doivent se borner à la recherche d'un éventuel trouble psychiatrique nécessitant des soins psychiatriques urgents et contre-indiquant la garde à vue. Cette réquisition ne doit pas remplacer l'expertise pré-sentencielle dans sa forme classique. Elle ne doit jamais dégager des traits de personnalité qui seraient utilisés comme arguments à charge pour un sujet qui nierait les faits à l'origine de sa garde à vue.

## **Recommandations**

**L'expertise psychiatrique, à travers l'identification de l'abolition du discernement, a pour objet de donner des soins à la personne malade plutôt que de l'exposer à la sanction pénale prévue par la loi.**

**L'abolition du discernement concerne toutes les situations cliniques et médico-légales dans lesquelles l'expert peut mettre en évidence un lien direct et exclusif entre une pathologie psychiatrique aliénante au moment des faits et l'infraction commise.**

---

<sup>42</sup> Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. Novembre 2001.

**Le champ de l'abolition du discernement garde toute sa pertinence et n'est en rien amputé par celui de l'altération du discernement.**

**Dans aucun pays il n'a été possible de lister tous les états pathologiques conduisant *a priori* à une proposition d'abolition du discernement et donc à une irresponsabilité pénale, même si entrent dans ce cadre, pour la plupart des experts, les psychoses schizophréniques, les psychoses paranoïaques chroniques, les bouffées délirantes, les épisodes aigus des troubles bipolaires et les troubles dépressifs sévères ou les troubles confusionnels. Dans tous les cas, il s'agit d'étudier l'incidence de la pathologie diagnostiquée sur le passage à l'acte au moment des faits.**

**Dans l'hypothèse d'une récurrence contemporaine d'une rechute liée à un arrêt de traitement, la discussion médico-légale doit prendre ce facteur en compte, sans que l'on impute au malade son inobservance, qui est fréquente dans les premières années d'évolution des psychoses schizophréniques quand l'alliance thérapeutique avec l'équipe de soins n'est pas encore solide.**

#### **IV. COMMENT ÉVALUER LA DANGEROUSITÉ DANS LE CADRE DE L'EXPERTISE ?**

La question de l'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique prend une place prépondérante dans le débat actuel. La confusion se renforce de manière inquiétante entre dangerosité et maladie mentale, conduisant à un amalgame des plus délétère par les conséquences sociales qui peuvent en découler et, en particulier, par le recours à de nouvelles formes de « grand renfermement », signant une sorte de folie, exorcisée de la psychose, mais marquée du sceau de la psychopathie et légitimant des mesures de privation de liberté pour une durée indéterminée dans des établissements spéciaux. Aussi rigoureuse soit-elle, l'évaluation de la dangerosité, à la faveur de la démarche expertale, est une construction qui procède d'une rencontre entre un sujet et celui qui l'évalue à l'aune de ses connaissances et de son expérience dans un processus unique. La rigueur des instruments et des références auxquelles l'expert fait appel pour rendre compte de cette expérience singulière n'en est que plus importante pour éviter que cette rencontre ne s'infilte de considérations morales ou de la pression sur le pronostic.

Pendant longtemps, les réflexions sur la dangerosité ont emprunté des cheminements parallèles entre criminologie et psychiatrie. D'un côté, les travaux criminologiques, dans le sillage de De Greeff, Pinatel et Hesnard, ont mis l'accent sur la notion de personnalité criminelle et ont construit une « criminologie clinique », se référant à des modèles explicatifs partant de théories de la personnalité dans lesquelles les apports psychanalytiques n'ont pas été en reste. D'un autre côté, les psychiatres œuvrant en dehors des domaines criminologiques ne considéraient la dangerosité que sous l'angle de l'atteinte à la sécurité dont le malade mental peut être l'auteur, soit en tant que sujet justifiant une mesure d'internement au sens de la loi de 1838, soit en tant que phénomène concomitant d'un état pathologique conduisant à l'irresponsabilité pénale. Le psychiatre ne doit-il intervenir que pour identifier la pathologie psychiatrique dont souffre le prévenu et apprécier le retentissement de celle-ci sur la responsabilité pénale et la dangerosité du sujet, ou doit-il proposer une compréhension de l'acte à travers les différentes lectures qu'il peut faire de l'individu ? Il s'agit là d'un dilemme irrésolu, source d'un profond malentendu dans ce qui peut être attendu du psychiatre.



L'opposition entre dangerosité psychiatrique et criminologique doit être discutée tant le champ a été profondément bouleversé par plusieurs lignes de forces qui devraient conduire à mieux distinguer espace clinique et champ judiciaire. Il devient, en revanche, indispensable de réorganiser la clinique de la dangerosité en ouvrant la démarche psychiatrique et psychopathologique à une plus grande exhaustivité, qui la laisse cependant au péril d'une instrumentalisation à laquelle tout expert devra rester attentif.

La dangerosité est un fait psychique troublant. Tout le monde s'accorde pour en relever la forte subjectivité et le flou des contours. L'évaluation doit être active, explorant avec une certaine systématique les différents domaines dont on connaît l'importance dans la genèse des comportements violents. Elle doit être longitudinale et prendre en considération certains aspects de l'histoire du patient. Elle doit aussi avoir pour préoccupation de distinguer les 3 composantes identifiées par Steadman dans la notion de dangerosité, à savoir les facteurs de risque, le dommage causé (intensité et type de violence utilisée) et le niveau de risque.

L'expert confronté à des troubles psychiques manifestes doit rester attentif à plusieurs ordres d'éléments. En premier lieu, associer un diagnostic de maladie psychique à un acte particulièrement grave conduit inévitablement à un surcroît de stigmatisation et risque de majorer la réponse pénale. En deuxième lieu, le diagnostic d'une pathologie psychiatrique ne suffit pas à être, en soi, porteur d'un pronostic de risque de comportement violent, mais c'est bien l'association de ce diagnostic avec d'autres facteurs situationnels qui rend compte du risque, que ces situations soient du registre clinique ou du registre social. En troisième lieu, la plupart des cliniciens possèdent une connaissance relativement pertinente des facteurs de risque conduisant à une possibilité d'acte violent.

Comme l'ont développé les experts de l'audition et notamment B. Gravier<sup>43</sup> et F. Millaud<sup>44</sup>, la littérature scientifique sur l'évaluation du risque de comportements violents met d'une manière ou d'une autre en perspective une série de facteurs résumés ci-dessous, en reprenant les axes définis par la *Mac Arthur Risk Assessment Study* ou les catégories définies par Hall en 4 polarités :

1. les facteurs historiques ;
2. les facteurs prédisposants ;
3. les facteurs contextuels ;
4. les facteurs cliniques.

Comme grande question clinique se pose celle des troubles de la personnalité. Dans ce domaine, on ne retrouve que peu d'études spécifiques. Pourtant, l'existence d'un trouble de la personnalité est considérée comme un facteur clinique devant être pris en compte dans toutes les études et modalités d'évaluation des comportements violents. Tous les cliniciens travaillant en prison ont pu, un moment ou l'autre, observer combien il peut être difficile de faire la part des choses dans des moments de tension extrême entre une manifestation comportementale, expression d'une opposition caractérielle, et l'angoisse psychotique qui semble submerger le sujet.

---

<sup>43</sup> Bruno Gravier (Lausanne). Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

<sup>44</sup> Frédéric Millaud (Montréal). En quoi les données de la littérature internationale permettent-elles de répondre à certaines questions concernant la prédictibilité du comportement en psychiatrie et en psychocriminologie ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

Tous les instruments développés s'organisent autour de deux polarités :

- les instruments actuariels qui, structurés à partir de variables anamnestiques ou sociodémographiques mesurables, donnent une probabilité quantitative, statistique, de risque, s'appliquant à des circonstances données et à une période donnée. Étant inscrites dans la trajectoire du sujet, ces variables sont peu susceptibles de se modifier et figent en quelque sorte le pronostic ;
- les méthodes d'évaluation basées sur un jugement clinique, associant connaissances empiriques concernant la violence et évaluation clinique pour aboutir à une estimation qualitative, tenant également compte, de façon beaucoup plus spécifique, du contexte individuel (passé et futur).

Le débat fait rage dans la littérature sur l'apport comparé de ces deux types d'instruments, les instruments purement actuariels étant généralement considérés comme ayant une meilleure validité prédictive que les jugements cliniques semi-structurés. Ces derniers sont, en revanche, plus adaptés à la démarche clinique permettant, notamment, à travers la mise en perspective des variables dynamiques (par exemple facteurs cliniques et facteurs de gestion du risque pour l'échelle HCR-20), une véritable réflexion intégrant le vécu quotidien des équipes et autorisant à dessiner des espaces de faisabilité thérapeutique et des stratégies d'évaluation tenant compte autant de la prise en charge actuelle que des possibilités futures. En tout état de cause, il convient, pour l'utilisation de ces outils, de tenir compte de l'existence ou non de travaux de validation de leur version française. La commission d'audition, prenant en compte le caractère encore expérimental de nombre d'instruments anglo-saxons et le fait que les versions françaises ne sont souvent pas encore validées, recommande une grande prudence quant à l'utilisation de tels outils qui ne devraient être utilisés que par des professionnels de santé confrontant les résultats à ceux de l'évaluation clinique.

L'expert ne doit jamais perdre de vue qu'une dangerosité est souvent ponctuelle et qu'elle doit être redéfinie selon la fluctuation de l'état mental, des facteurs environnementaux, des stressseurs, des traitements utilisés, etc.

Il ne faut jamais perdre de vue que le pronostic criminologique se trouve toujours confronté au risque de deux écueils : soit il s'obnubile de ce qui a fondé la violence du sujet le figeant dans l'image de sa violence, soit il se trouve pris dans la relation que le sujet est capable d'instaurer entre séduction, banalisation, voire emprise, et tombe dans les points aveugles de l'évaluation. Il ne s'agit pas seulement d'identifier et de mettre en exergue les facteurs de risque. Il ne s'agit pas non plus de livrer un score issu d'une échelle pour en faire un diktat définitif. Il est d'abord question de restituer une image la plus fidèle possible de la compréhension de ce qui se joue sur la scène de la violence intime du sujet, en mettant en perspective autant son histoire, sa vulnérabilité clinique, les authentiques possibilités thérapeutiques ou existentielles que sa capacité à identifier ses propres facteurs de risque. C'est en abordant ces interrogations que l'on pourra aussi s'interroger sur la capacité de récurrence, avatar de la dangerosité, entre le leurre du traitement pénal (penser qu'un sujet pourrait modifier du tout au tout sa structure psychique à la faveur de la punition ou de l'entreprise thérapeutique) et celui de penser que l'immuabilité de la structure du sujet signe son inamendabilité. La propension à la récurrence interroge sur l'expression comportementale de la compulsion de répétition, même s'il faut se garder de toute assimilation entre deux notions qui procèdent de champs épistémologiques radicalement différents. Mais à partir de quel moment ce constat clinique qui signe un contour psychopathologique préoccupant peut-

il se transcrire en termes de donnée pronostique ? C'est là tout le problème et le pas que certains franchissent et d'autres non et qui doit renvoyer à la modestie du travail de l'expert.

### **Recommandations**

L'expertise de pré-libération a pour objet l'évaluation de la dangerosité et l'appréciation du risque de récurrence. Dans ces deux cas, il s'agit bien d'apprécier le risque de dangerosité et de récurrence dans l'évolution clinique de la pathologie identifiée chez le malade et à travers l'observance thérapeutique que l'on peut attendre de lui. Pour autant, cette analyse clinique prospective ne donne en aucune façon une valeur prédictive absolue, le clinicien doit rester prudent et modeste. En outre, il convient d'éviter l'amalgame entre risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récurrence de l'acte délictueux.

Les experts de l'audition s'accordent pour considérer qu'il ne faut pas confondre dangerosité et maladie mentale. En première analyse, il convient toujours, en l'état des connaissances actuelles, de distinguer :

- la dangerosité psychiatrique : manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ;
- la dangerosité criminologique : prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte.

L'évaluation de la dangerosité doit veiller à ne pas stigmatiser le « malade mental ». Elle doit différencier plusieurs points : la situation dangereuse, les facteurs de risque, le niveau de risque, les dommages causés. Il s'agit d'une démarche qui applique au sujet non seulement la recherche de facteurs cliniques (psychoses, troubles de la personnalité, etc.), mais aussi de facteurs biographiques et de facteurs contextuels, en sachant que ces derniers peuvent être soit favorisant, soit avoir une valeur de protection.

La notion de dangerosité est une notion infiltrée de subjectivité qui ne se réduit pas à une analyse psychiatrique et qui nécessite une perspective pluridisciplinaire : en ce sens on peut parler de psychocriminologie.

Des instruments d'évaluation ont été proposés. La commission d'audition recommande la prudence quant à leur utilisation, qui doit toujours être réservée à des professionnels de santé confrontant les résultats de l'échelle utilisée à l'examen clinique.

Des travaux de recherche sont indispensables pour créer des échelles ou adapter les échelles anglo-saxonnes actuellement disponibles au contexte français.

## **V. EXPERTISE AUX ASSISES**

### **V.1. Généralités et aspects techniques**

Les magistrats soulignent souvent la disparité des rapports d'expertise, tant dans leur volume que dans la densité de leur contenu. Il apparaît par ailleurs qu'en fonction de la formation, mais aussi des intérêts théoriques des experts, le contenu des expertises psychiatriques pénales a évolué depuis quelques années du modèle ancien (expertise de responsabilité) vers une expertise prospective plus centrée sur la compréhension de l'acte et ses composantes psychocriminologiques.

Cette constatation a pu conduire certains auteurs à proposer trois niveaux d'expertise (cf. *tableau 5*).

**Tableau 5.** Les trois niveaux de l'expertise psychiatrique face aux nouvelles attentes de la justice

<b>Expertise psychiatrique</b>
<p><b>Niveau 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identification d'une pathologie psychiatrique ;</li> <li>- recherche d'une abolition éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 1 du CP ;</li> <li>- recherche d'une altération éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 2 du CP ;</li> <li>- évaluation de la dangerosité psychiatrique.</li> </ul>
<p><b>Niveau 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet.</li> </ul>
<p><b>Niveau 3</b> (sous réserve de formations multidisciplinaires en criminologie à développer) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse psychocriminologique du passage à l'acte ;</li> <li>- évaluation de la dangerosité criminologique.</li> </ul>

Comme cela sera souligné plus avant dans ce rapport, il est préconisé aux magistrats d'être vigilants quant à la qualité et à la pertinence des questions qui sont posées à l'expert, et qui vont déterminer le niveau d'analyse de l'expertise (cf. *tableau 5*).

Plusieurs des experts auditionnés ont fait remarquer la temporalité particulière de la procédure criminelle : il peut s'écouler en moyenne 2 ans entre la commission des faits et leur jugement en cours d'assises. Durant ce laps de temps, la position du mis en examen vis-à-vis des faits peut avoir varié, les caractéristiques de sa personnalité évoluées, on a pu voir apparaître ou disparaître des troubles psychopathologiques. Il semble donc possible d'avoir recours dans les cas particulièrement difficiles à une seconde expertise : celle-ci aurait pour avantage de permettre une mise en perspective diachronique de l'évolution du justiciable et de sa position par rapport aux faits. L'article 283 du CPP autorise déjà, avant le procès d'assises, le président à diligenter une nouvelle expertise.

## **V.2. Documents nécessaires à l'expert**

Lorsqu'il y a des antécédents psychiatriques avérés, il est souhaitable que l'expert puisse disposer de tous les éléments nécessaires pour documenter ces antécédents. Cela concerne en particulier :

- le ou les dossiers médicaux, particulièrement s'il y a eu hospitalisation(s) ;
- les expertises antérieures qui pourraient avoir été réalisées dans des affaires précédentes et dont la juridiction aurait connaissance.

### **■ Le dossier médical**

En matière d'expertise pénale, comme c'est le cas pour les expertises d'assurance, la communication du dossier ne manque pas de soulever des problèmes de déontologie au regard du secret médical.

La loi du 4 mars 2002<sup>45</sup> prévoit expressément un droit d'accès du malade à son dossier médical ; il peut aussi demander que le dossier soit transmis au médecin de son choix. Dans le cas particulier des hospitalisations sous contraintes en psychiatrie, le psychiatre peut demander que cette communication soit faite par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient. Si l'on se réfère à ces exemples, il ne semble donc pas y avoir d'obstacle à ce que le sujet expertisé demande (par écrit) que son dossier médical soit adressé à l'expert.

Rappelons que le magistrat instructeur peut faire saisir le dossier médical et le transmettre à l'expert sans en avoir pris lui-même connaissance.

Dans l'avenir, le dossier médical personnel informatisé devrait permettre une communication directe et immédiate, bien entendu si le sujet examiné en donne son accord.

### ■ Les expertises antérieures qui pourraient avoir été réalisées dans des affaires précédentes et dont la juridiction aurait eu connaissance

L'ensemble de ces documents peut permettre à l'expert de reconstituer le parcours de soins du justiciable et d'en repérer les éléments de ruptures.

### V.3. L'examen médico-psychologique

L'examen médico-psychologique n'a pas les mêmes fondements juridiques que l'expertise psychiatrique, son but et ses modalités sont également différents. Il s'attache à décrire la personnalité du justiciable et à déterminer dans quelle mesure cette dernière a pu influencer sur la commission des faits. L'examen médico-psychologique n'est donc pas centré sur le problème de la responsabilité (cf. art. 122-1 du CP).

Conçu au départ pour être réalisé conjointement par un médecin (psychiatre ou non) et un psychologue, il est parfois confié à un seul expert psychiatre.

Il apparaît qu'une mission propre pourrait être dévolue au psychologue. Elle correspondrait aux niveaux d'analyse 2 et 3 définis précédemment (cf. *tableau 5*).

Le rapport présenté par J-P. Garraud<sup>46</sup> recommande de redéfinir le champ d'action des psychologues cliniciens et d'envisager les possibilités d'articulation de leurs expertises avec celles des psychiatres (cf. *tableau 6*).

En outre le psychologue clinicien dispose d'outils spécifiques permettant d'évaluer certaines caractéristiques de la personnalité (épreuves projectives) et de mesurer les compétences cognitives.

Il ne semble pas souhaitable que lorsque le magistrat demande une expertise psychiatrique et un examen médico-psychologique, un même professionnel réalise les deux missions.

Il est préconisé aux experts, quelle que soit la nature des expertises demandées, que la rédaction tant du rapport que des conclusions soit faite dans un langage clair, précis et communément partageable par toutes les parties.

---

<sup>45</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>46</sup> Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à Monsieur Jean-Paul Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Octobre 2006.

**Tableau 6.** Articulation des expertises psychiatriques et des examens médico-psychologiques.

Expertise psychiatrique	Examen médico-psychologique
<p><b>Niveau 1 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identification d'une pathologie psychiatrique ;</li> <li>- recherche d'une abolition éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 1 du CP ;</li> <li>- recherche d'une altération éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 2 du CP ;</li> <li>- évaluation de la dangerosité psychiatrique.</li> </ul>	
<p><b>Niveau 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet.</li> </ul>	<p><b>Niveau 2 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet.</li> </ul>
<p><b>Niveau 3</b> (sous réserve de formations multidisciplinaires en criminologie à développer) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse psychocriminologique du passage à l'acte ;</li> <li>- évaluation de la dangerosité criminologique.</li> </ul>	<p><b>Niveau 3</b> (sous réserve de formations multidisciplinaires en criminologie à développer) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse psychocriminologique du passage à l'acte ;</li> <li>- évaluation de la dangerosité criminologique.</li> </ul>

#### V.4. L'expertise conjointe

Concernant l'expertise conjointe de l'auteur et de la victime, il n'y a pas de réelles données dans la littérature. Il s'agit davantage d'expériences personnelles issues de la pratique expertale que de données scientifiques objectives.

L'intérêt de ce type d'expertise est toujours d'apporter davantage d'éléments dans la compréhension des faits à partir de la confrontation des réponses données par l'auteur d'une part et par la victime d'autre part. Il ne s'agit cependant pas de déterminer la vérité.

La notion de lien victimologique, développée en psychocriminologie pour rendre compte de la relation complexe entre agresseur et victime, trouve tout son intérêt pour éclairer le passage à l'acte, mais davantage encore dans une perspective thérapeutique ultérieure. Cependant, il n'y a pas consensus pour qu'elle débouche sur une expertise conjointe auteur-victime par le même expert.

En revanche, il y aurait un intérêt à ce que les experts ayant examiné l'auteur et la victime soient invités à se rencontrer et à confronter leurs points de vue, et cela semble en tout cas utile lors des débats devant la cour.

## V.5. L'expertise contradictoire

La question de l'expertise pénale contradictoire est ancienne et fait plus que jamais débat dans le monde médico-judiciaire. En droit positif français, l'expertise pénale n'est pas contradictoire, contrairement à l'expertise civile.

Cependant, en application de la loi du 15 juin 2000<sup>47</sup>, il est inséré un article préliminaire précisant que « *la procédure pénale doit être équitable et contradictoire et préserver l'équilibre des parties* ». Par ailleurs, en droit européen, le principe du contradictoire est évoqué par les articles 1 et 6 de la Convention européenne des Droits de l'Homme qui disposent que toute cause doit être entendue équitablement.

Pour l'instant le principe de la procédure inquisitoire laisse à la juridiction le soin de choisir un expert.

Il existe actuellement une forte demande que soient introduits des éléments de contradictoire dans l'expertise pénale.

La loi du 5 mars 2007<sup>48</sup> tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale prévoit en particulier un renforcement du caractère contradictoire de la procédure d'expertise, avec notamment :

- la possibilité pour le procureur et les avocats des parties de faire valoir des observations quant aux questions posées à l'expert, ou de demander l'adjonction d'un autre expert ;
- la possibilité pour le magistrat instructeur de solliciter de l'expert un rapport d'étape si le délai de dépôt du rapport excède 1 an ; ou bien de demander un rapport provisoire qui pourra faire l'objet d'observations de la part des parties ;
- la numérisation des procédures, qui permettra ainsi une transmission plus rapide aux avocats des rapports d'expertise.

Il est donc clair que la contradiction fait son apparition dans le domaine de l'expertise pénale.

Mais il faut souligner que les conditions techniques de l'entretien psychiatrique sont difficilement compatibles avec la réunion d'experts telle qu'elle se pratique dans l'expertise contradictoire au procès civil et que la démographie des experts rend à terme peu applicables de telles orientations sauf à les limiter à des situations complexes où un débat est indispensable.

## Recommandations

### ■ Principes généraux

**Il est recommandé aux experts, quelle que soit la nature des expertises demandées, que la rédaction tant du rapport que des conclusions soit faite dans un langage clair, précis et communément partageable par toutes les parties.**

### ■ Possibilité d'une seconde expertise

**Du fait de la temporalité particulière de la procédure criminelle, il peut s'écouler en moyenne 2 ans entre la commission des faits et leur jugement en cour d'assises.**

---

<sup>47</sup> Loi n°2000-516 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes.

<sup>48</sup> Loi n°2007-291 du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale.

Durant ce laps de temps, la position du mis en examen vis-à-vis des faits peut avoir varié, les caractéristiques de sa personnalité évoluées, et on a pu voir apparaître ou disparaître des troubles psychopathologiques. Il peut être souhaitable dans les cas particulièrement difficiles d'avoir recours à une seconde expertise dans les semaines précédant le jugement d'assises : celle-ci pourrait avoir pour avantage de permettre une mise en perspective diachronique de l'évolution du justiciable et de sa position par rapport aux faits. L'article 283 du CPP permet, avant le procès d'assises, au président de diligenter une nouvelle expertise.

#### ■ Documents nécessaires à l'expert

Il est indispensable que l'expert puisse disposer dans un délai compatible avec sa mission de toutes les pièces nécessaires pour documenter les antécédents de la personne examinée, en particulier les éventuels rapports d'expertises antérieurs et le dossier médical si le sujet en demande par écrit la communication ou si il semble à l'expert indispensable que le dossier soit saisi par le magistrat d'instruction.

#### ■ Articulation des expertises psychiatriques et des examens médico-psychologiques

Trois niveaux d'expertise sont proposés, ainsi que l'articulation entre l'expert psychiatre et l'expert psychologue (cf. *tableau 6*).

En outre le psychologue clinicien dispose d'outils spécifiques permettant d'évaluer certaines caractéristiques de la personnalité (épreuves projectives) et de mesurer les compétences cognitives.

Il ne semble pas souhaitable que, lorsque le magistrat demande une expertise psychiatrique et un examen médico-psychologique, un même professionnel réalise les deux missions.

#### ■ Expertise conjointe

Bien que certains experts auditionnés aient souligné l'intérêt de l'expertise conjointe, en particulier au regard de la notion de lien victimologique, la commission d'audition recommande que ce soient deux experts différents qui assurent les expertises auprès de la victime et de l'auteur.

#### ■ Expertise contradictoire

La récente loi du 5 mars 2007<sup>49</sup> tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale introduit des éléments de procédure contradictoire dans la réalisation de l'expertise pénale. La commission d'audition estime que l'application de la loi ne sera pas simple, notamment dans les cours d'appel où le nombre des experts est très réduit ou quand ceux-ci sont peu expérimentés.

## VI. EXPERTISE DU MINEUR

La particularité de la justice des mineurs tient aux principes de l'ordonnance de 1945 qui dispose que la mesure éducative doit primer sur la sanction pénale, ce que la Convention internationale des droits de l'Enfant a repris depuis, en affirmant que « *le mineur doit être pris en charge, éduqué, protégé pour devenir un adulte à part entière* ». Cette ordonnance

---

<sup>49</sup> Loi n°2007-291 du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale.



fondatrice a été complétée par une seconde ordonnance en 1958 qui donne également à la justice des mineurs une fonction de prévention : c'est le dispositif d'assistance éducative.

Les experts auditionnés ont insisté sur les particularités de la clinique propre à l'enfant et à l'adolescent. Il s'agit d'une personnalité en devenir, ce qui exige de situer l'acte délictueux ou criminel par rapport au stade du développement du sujet. De ce fait, il apparaît particulièrement important que l'expert évalue alors où en est le mineur de sa maturation psychosexuelle : en effet, la maltraitance sexuelle représente 30 % de l'ensemble des maltraitances<sup>50</sup>.

Un certain nombre de particularités sont spécifiques à l'expertise des mineurs : la particularité de l'écoute, la manière de parler à un enfant, le rapport particulier au temps de l'enfant et de l'adolescent, la prégnance de la vie imaginaire chez l'enfant, cette dernière pouvant se confondre avec la manière dont l'enfant vit la réalité externe.

L'expertise psychiatrique pénale d'un mineur peut relever de deux situations : l'expertise de l'auteur d'une infraction ou l'expertise de la victime.

### **VI.1. L'expertise d'un mineur auteur d'une infraction**

La réponse à la question du diagnostic ne peut se résumer à un libellé nosographique. L'OMS recommande de ne pas porter de diagnostic de personnalité avant l'âge de 16 ans<sup>51</sup>. On doit aussi être prudent avant d'évoquer une évolution psychopathique possible, ce qui risque d'entraîner une contre-attitude des adultes ou des équipes susceptibles de prendre en charge ces mineurs.

Forte de ces spécificités, la discussion médico-légale doit pouvoir expliquer si le comportement délictueux correspond à l'expression de troubles structurés évolutifs, ou s'il s'agit d'un moment de crise développementale ; elle doit également expliquer les enjeux en cause et préciser les liens existant entre les perturbations relevées et le comportement délictueux avant de répondre à la question d'un traitement éventuel.

L'examen clinique ne suffisant pas, il y a nécessité de disposer de diverses sources d'information sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent : dossier, procès-verbaux des OPJ, informations provenant de l'école, des éducateurs en cas d'assistance éducative. La rencontre des parents est aussi vivement recommandée.

L'expert sera attentif à l'étude de la biographie du mineur, en cherchant à mettre en évidence les éventuelles ruptures, les perturbations des liens affectifs précoces et l'existence d'éventuels placements pour en apprécier les effets sur le développement de sa personnalité. Il sera aussi vigilant à évaluer son niveau d'efficacité cognitive.

Dans le cas particulier des mineurs auteurs d'agressions sexuelles, l'expert devra rechercher systématiquement chez eux une victimisation antérieure, dont la fréquence est signalée<sup>52</sup>.

---

50 Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Novembre 2003.

51 Schweitzer M.-G., Puig-Verges N. Responsabilité, discernement et hétéroagressions chez l'adolescent. Journal de médecine légale et droit médical, 1999 ;42(6) :479-84.

52 Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. Novembre 2001.

## VI.2. Expertise d'un mineur victime

La loi du 17 juin 1998<sup>53</sup> précise les conditions dans lesquelles le mineur victime peut faire l'objet d'un examen médico-psychologique ou d'une expertise psychiatrique, dont le but est d'apprécier le retentissement des faits sur l'état de santé psychique et la personnalité de la victime et de préciser si son état relève d'un éventuel traitement. Ces missions peuvent être ordonnées par le procureur de la République dès le stade de l'enquête, mais sont également fréquemment diligentées par le magistrat instructeur.

Il est vivement recommandé aux experts de visionner les enregistrements audiovisuels des victimes réalisés au cours de l'enquête, et qui sont en général versés au dossier transmis à l'expert.

Dans la réalisation de ce type de mission, il faudra être prudent quant à certaines techniques utilisées : interprétation inadéquate des dessins de l'enfant, utilisation des poupées sexuées, dont la capacité discriminante entre enfant victime et non victime n'a pas fait ses preuves.

Rappelons que l'entretien familial est essentiel pour la compréhension de la dynamique interne à la famille et l'évaluation de la récurrence transgénérationnelle des traumatismes d'ordre sexuel.

Le lien victimologique est particulièrement important à prendre en compte dans les cas de violences sexuelles, de même que devront être évalués les mécanismes de l'emprise que peu(ven)t exercer le (ou les) adulte(s) sur le mineur.

La consultation du dossier médical de l'enfant, dans le cas où il en existe un, en référence à la loi du 4 mars 2002<sup>54</sup>, pose un problème particulier chez les mineurs puisque ce sont les parents qui vont autoriser ladite consultation. Dans des cas de violence intrafamiliale, s'il y a refus, l'expert devra faire appel au juge des enfants pour que soit réalisée une saisie du dossier.

Les structures d'accueil spécialisées pour les victimes mineures (dispositif mentionné dans la conférence de consensus de 2003<sup>55</sup>) ont développé une compétence spécifique dans leur évaluation dont il serait souhaitable qu'elle puisse acquérir une valeur expertale.

Reste la question centrale de la « crédibilité ». Sur ce point la commission d'audition souscrit aux préconisations de la commission Viout<sup>56</sup> reprises plus avant dans la partie éthique de ce rapport et faisant l'objet d'une importante recommandation. La commission d'audition souscrit aux préconisations de la commission Viout concernant l'expertise, qui ont donné lieu à une circulaire évoquée plus loin.

---

<sup>53</sup> 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.

<sup>54</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>55</sup> Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Novembre 2003.

<sup>56</sup> Rapport du groupe de travail chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite « d'Outreau », présidé par Jean-Olivier Viout. Février 2005.

## Recommandations

La commission d'audition recommande :

- d'exiger que l'expert désigné pour évaluer un mineur (auteur ou victime) possède une compétence en pédopsychiatrie ou en psychiatrie de l'adolescent attestée par sa formation et par une pratique régulière de la spécialité ;
- dans le cas de l'expertise des mineurs auteurs d'infraction :
  - de ne pas porter de diagnostic de personnalité avant l'âge de 16 ans, suivant ainsi les recommandations de l'OMS,
  - de disposer de diverses sources d'information sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent : dossier, procès-verbaux des OPJ, informations provenant de l'école, des éducateurs en cas d'assistance éducative,
  - de rencontrer les parents et l'entourage familial. En effet, l'examen clinique ne suffit pas pour expliquer si le comportement délictueux est l'expression de troubles structurés évolutifs ou s'il s'agit d'un moment de crise développementale,
  - d'officialiser la communication du dossier d'assistance éducative aux instances pénales pour la conduite des investigations et demander sa transmission aux experts et aux parties,
  - de rechercher systématiquement, dans le cas particulier des mineurs auteurs d'agressions sexuelles, une victimisation antérieure, dont la fréquence est signalée ;
- dans le cas de l'expertise des mineurs victimes de violences sexuelles :
  - de favoriser le recours à une expertise précoce qui peut être réalisée comme l'autorise la loi du 17 juin 1998<sup>57</sup> à la demande du parquet ou sur réquisition dans une unité médico-judiciaire pour mineurs,
  - de visionner l'enregistrement audiovisuel réalisé pendant l'audition de la victime,
  - d'être prudent quant à certaines techniques utilisées (interprétation des dessins de l'enfant, utilisation des poupées sexuées),
  - d'évaluer soigneusement les mécanismes de l'emprise que peu(ven)t exercer le (ou les) adulte(s) sur le mineur,
  - de recourir à l'entretien familial, essentiel pour la compréhension de la dynamique interne à la famille et l'évaluation de la récurrence transgénérationnelle des traumatismes d'ordre sexuel,
  - d'abandonner l'expertise de crédibilité et de suivre le modèle d'expertise diffusé par la circulaire CRIM/AP n°05-10/E1-02-05 -2005<sup>58</sup>.

## VII. EXPERTISE POST-SENTENCIELLE DE PRÉ-LIBÉRATION

Avant les années 1990, si la demande d'expertise psychiatrique en vue d'une prochaine libération d'une personne condamnée était toujours possible, elle ne revêtait pas un caractère obligatoire. Depuis, le législateur a multiplié l'exigence d'expertise psychiatrique préalable à la libération des condamnés détenus.

Premièrement, l'on est passé de la faculté d'ordonner une expertise à l'obligation d'expertise, particulièrement pour les auteurs de violences sexuelles (loi du 17 juin 1998<sup>59</sup>) ou de crimes

---

<sup>57</sup> 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.

<sup>58</sup> Circulaire du ministère de la Justice CRIM/AP n°05-10/E1 du 2 mai 2005 relative à l'amélioration du traitement judiciaire des procédures relatives aux infractions de nature sexuelle diffusée pour attribution et application immédiate aux procureurs généraux près les cours d'appel et aux procureurs de la République près les tribunaux de grande instance, faisant suite au rapport du groupe de travail réuni par la Chancellerie dans les suites de l'affaire dite « d'Outreau » avec charge d'en tirer des enseignements (rapport dit Viout, février 2005).

d'une exceptionnelle gravité (loi du 12 décembre 2005<sup>60</sup>). Les auteurs de violences sexuelles condamnés à un suivi sociojudiciaire assorti d'une injonction de soins doivent aussi bénéficier d'une telle expertise.

Les missions du psychiatre chargé de l'expertise de pré-libération conditionnelle sont bien distinctes de celles concernant l'expertise pré-sentencielle de responsabilité pénale (cf. *tableau 7*) :

- décrire la personnalité de l'intéressé ;
- décrire son évolution depuis l'ouverture du dossier pénal en tenant compte des expertises antérieures ;
- décrire les éventuels troubles psychopathologiques qu'il présente ;
- émettre un avis sur l'attitude du sujet par rapport aux faits pour lesquels il a été condamné ;
- déterminer s'il présente une dangerosité en milieu libre, discuter les éléments favorables et défavorables du pronostic tant du point de vue de la réinsertion que du risque de récidive ;
- préciser s'il relève d'un suivi médical ou d'un traitement.

**Tableau 7.** Différences entre expertises pré et post-sentencielle (d'après Évry Archer<sup>61</sup>).

<b>Expertise psychiatrique en matière pénale</b>	
<b>Expertise pré-sentencielle de responsabilité pénale</b>	<b>Expertise post-sentencielle de pré-libération</b>
Discernement et contrôle des actes au moment des faits	Conduite en milieu ouvert après la libération envisagée
Rétrospective	Prospective
Synchronique	Diachronique
Séquentielle	Longitudinale
Imputabilité	Dangerosité
Indications ou contre-indications du jugement	Indications ou contre-indications de la libération conditionnelle
Peines	Mesures de sûreté
Choix de la sanction pénale et de son régime	Opportunité ou nécessité de la surveillance, de l'assistance et du suivi en milieu ouvert

La question centrale de cette mission prospective qu'est l'expertise de pré-libération est celle de la dangerosité et l'indication du risque de récidive. Pour autant la notion d'une mission prospective ne signifie pas qu'il faille lui accorder une valeur prédictive. En outre, il convient d'éviter l'amalgame entre risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récidive de l'acte délictueux.

Comme le souligne B. Gravier<sup>62</sup> entendu lors de l'audition, il ne faut pas confondre dangerosité et maladie mentale. En revanche, il convient encore et en première analyse

<sup>59</sup> 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.

<sup>60</sup> Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

<sup>61</sup> Évry Archer. Quelles sont les difficultés et limites de l'expertise de pré-libération, quelles questions doivent être posées à l'expert psychiatre ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

de distinguer :

- la dangerosité psychiatrique : manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ;
- la dangerosité criminologique : l'état dangereux réduit le sujet à la finalité d'un acte.

L'évaluation de la dangerosité doit veiller à ne pas stigmatiser le « malade mental », elle doit différencier plusieurs points : la situation dangereuse, les facteurs de risque, le niveau de risque, les dommages causés. Il s'agit d'une démarche qui appliquera au sujet non seulement la recherche de facteurs cliniques (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) mais aussi de facteurs biographiques, de facteurs contextuels, en sachant que ces derniers peuvent être soit favorisants, soit avoir une valeur de protection.

La notion de dangerosité est une notion infiltrée de subjectivité qui ne se réduit pas à une analyse psychiatrique et qui nécessite une perspective pluridisciplinaire : on a pu ainsi parler de psychocriminologie. Des instruments d'évaluation ont été proposés et sont analysés plus avant dans ce rapport. Ils font l'objet d'une recommandation quant à la prudence liée à leur utilisation.

### **Recommandations**

**La commission d'audition préconise une grande prudence dans la réalisation de l'expertise de pré-libération et notamment dans l'évaluation de la dangerosité psychiatrique ou criminologique et dans l'indication du risque de récidive. La commission d'audition incite à toujours rappeler l'importance d'éviter l'amalgame entre risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récidive de l'acte délictueux.**

### **VIII. EXPERTISE POST-SENTENCIELLE ET INJONCTION DE SOINS**

L'historique des premières articulations entre la santé et la justice remonte aux lois de 1954 sur les alcooliques dangereux et du 31 décembre 1970 sur les toxicomanies garantissant l'accès aux soins avec une nette différenciation entre soin et espace judiciaire.

Dans ce cadre d'alliance entre deux mondes aussi différents que la justice et la santé, la promulgation de la loi du 17 juin 1998<sup>62</sup> transforme la mission de l'expertise. Celle-ci participe désormais au fondement de la prise en charge thérapeutique qui sera mise en place ou poursuivie une fois la peine à temps terminée dans le cadre du dispositif de soins pénalement ordonné. L'organisation de ces soins nécessite une articulation entre des professionnels d'appartenance et de formations diverses : magistrats, médecin coordonnateur, service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), équipe de soins du secteur psychiatrique ou praticien traitant, etc. Il s'agit d'un travail de réseau.

**Dans ce protocole, l'expertise va devenir un outil de travail partagé, ce qui nécessite de se montrer particulièrement vigilant dans sa rédaction quant au respect des règles de déontologie (qui sont exposées plus avant dans ce rapport).**

L'expert veillera aussi à utiliser un vocabulaire compréhensible par tous les protagonistes et particulièrement par le probationnaire.

---

<sup>62</sup> Bruno Gravier (Lausanne). Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quels sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

<sup>63</sup> 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.

Sur le plan technique, il a pu être proposé que cette expertise se déroule en trois temps : examen psychiatrique « à l'aveugle », consultation minutieuse du dossier pénal, nouvelle rencontre pour finaliser le rapport.

L'expert doit pouvoir connaître l'ensemble des modalités de prise en charge ainsi que les capacités d'offre de soins et de travail en réseau, disponibles sur le lieu de vie future du sortant. Pour l'ensemble de ces questions, comme pour sa formation continue et sa documentation, il pourra s'appuyer, au même titre que les équipes soignantes, sur le dispositif interrégional des centres ressources d'aide au traitement des auteurs de violences sexuelles<sup>64</sup>.

L'expertise de pré-libération est un exercice particulièrement difficile, et comme le disait G. Ballet il y a près d'un siècle : « *L'expert affirme quand il a des éléments de certitude ; il doit rester dans le doute quand ces éléments lui manquent. Mais son devoir est de confesser ses hésitations et ses doutes avec non moins de netteté que ses certitudes.* »<sup>65</sup>

### **Recommandations**

**L'expert doit être conscient que son rapport d'expertise de pré-libération peut orienter les soins délivrés ultérieurement. Il doit agir avec modestie et savoir reconnaître les limites de sa compétence, dans le respect de la déontologie, en permettant cependant la transmission des informations nécessaires à la mise en place des soins, y compris éventuellement au probationnaire.**

**Il convient de préciser que l'expert doit disposer de l'ensemble des pièces nécessaires à l'accomplissement de sa mission, particulièrement le dossier pénal.**

**L'expert doit pouvoir s'appuyer sur les centres ressources disponibles tant pour l'aide à la décision que pour sa nécessaire formation.**

## **Question 3**

### **Quelles doivent être les évolutions de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?**

#### **I. LA CLINIQUE EXPERTALE DOIT-ELLE SE RESTRUCTURER, SE SPÉCIFIER ET RÉPONDRE À DE NOUVELLES DEMANDES ?**

##### **I.1. Les missions classiques de la clinique expertale**

La justification première de l'expertise psychiatrique dans le procès pénal, depuis deux siècles, est de permettre à la société de repérer le « fou » qui n'aurait pas eu conscience de son acte, n'aurait été capable ni de le vouloir ni de le comprendre et ne justifierait donc pas d'être puni. C'est le sens de l'actuel article 122-1 alinéa 1 du CP. Sa rédaction se centre sur trois notions essentielles :

- l'état mental au temps de l'action ;
- la capacité de discernement ;
- la capacité de contrôle des actes.

---

<sup>64</sup> Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux.

<sup>65</sup> Ballet G. Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française (août 1907).

La clinique expertale suppose un travail d'examen psychiatrique classique et approfondi à quoi doivent s'ajouter des éléments supplémentaires. La mission de l'expert est de répondre à plusieurs questions clés dont l'importance est majeure pour le procès, pour la détermination de la peine, pour le choix de son régime mais aussi parfois pour le fonctionnement social en général. Ainsi est-il impératif que l'entretien clinique puisse tâcher d'établir un rapport entre la pathologie ou la psychopathologie ou encore la structure de personnalité du sujet et les faits qui lui sont reprochés.

Il y a lieu de retenir des consensus sur les troubles qui abolissent le discernement et sur ceux qui peuvent simplement l'altérer ainsi que sur ceux qui abolissent le contrôle des actes ou qui simplement l'entravent. C'est à ce prix, si l'on peut de manière homogène déterminer les processus intellectuels, affectifs ou émotionnels qui sont en cause, que la réponse à la question cruciale posée par la société pourra être satisfaisante parce que la plus reproductible possible d'une expertise à une autre.

## **I.2. Nouvelles explorations de la clinique expertale**

Les développements de la clinique expertale doivent prendre en compte des éléments situationnels, en même temps que les éléments psychopathologiques, une tentative de compréhension du contexte situationnel. En particulier, il peut être particulièrement intéressant dans certaines affaires d'approfondir l'étude de l'interaction auteur-victime. De même, l'intervention d'une intoxication alcoolique ou d'une substance psychotrope, ou l'intrication d'une pathologie addictive peuvent être des facteurs déterminants de la problématique.

En ce qui concerne la dangerosité, l'accord se fait pour reconnaître que ce terme est clairement inapproprié. Il recouvre de fait une confusion entre, d'une part, les aspects cliniques fondant un pronostic sur la réitération d'actes de violence liés à une pathologie mentale (dangerosité psychiatrique), et, d'autre part, la question plus générale de la prévision de la récidive pénale. Celle-ci fait l'objet d'attentes fortes de la part de la justice envers la psychiatrie et doit être examinée sous l'angle de la « dangerosité criminologique », examen qui relève d'une approche spécifique et pluridisciplinaire.

### **■ Dangerosité psychiatrique**

La « dangerosité psychiatrique » est en rapport avec la pathologie. Il s'agit « *d'un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment lié aux mécanismes et à la thématique de l'activité délirante* » (cf. rapport de la commission Santé-Justice).

Comme l'ont rappelé les experts de l'audition et notamment F. Millaud, et comme le développe le groupe bibliographique, la littérature scientifique sur la violence des malades mentaux et le risque qu'ils représentent pour la société s'est précisée depuis les années 1990. Elle nous indique qu'il faut se garder de confondre crime et maladie mentale en ayant en mémoire par exemple que si dans les pays industrialisés le taux des homicides est compris entre 1 et 5 % pour 100 000 habitants, les troubles mentaux graves ne seraient responsables que de 0,16 homicide pour 100 000 habitants, la maladie mentale ne concernant que moins d'un homicide sur 20 à un homicide sur 50 selon les pays.

Comme le note le groupe bibliographique ayant étudié une importante littérature internationale, les études retrouvent des risques majorés de violence pour les malades mentaux quand ceux-ci ont des antécédents de violence, quand ils sont en rupture de soins

ou non observants, quand ils abusent d'alcool ou de drogue, qu'ils présentent une clinique paranoïde productive avec idées de persécution ou syndrome d'influence et hallucinations impérieuses ou une clinique pseudo-neurologique, ou encore quand on retrouve chez eux une personnalité psychopathique sous-jacente.

L'évaluation clinique de la dangerosité en termes psychiatriques propose plusieurs axes :

- mieux prendre en compte les comportements violents des malades mentaux en s'appuyant sur une clinique psychiatrique médico-légale précise telle qu'elle a été développée de façon très moderne par les aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle ;
- confronter le pronostic clinique, s'appuyant éventuellement sur des échelles de jugement clinique semi-structuré (HCR-20) et la prédiction statistique (ou actuarielle) ;
- préciser les pathologies et les facteurs de risque en utilisant de préférence un jugement clinique structuré, mais il faut souligner que la prédiction absolue de gestes de violence demeure impossible.

Les recherches actuelles s'orientent vers une utilisation judicieuse de ces données, des instruments d'évaluation en articulation avec le souci de fournir les meilleurs soins possible à cette population.

Des travaux cliniques approfondis éclairent les rapports psychodynamiques entre le passage à l'acte violent et la vulnérabilité identitaire. Ces études (C. Balier)<sup>66</sup> intègrent dans ces approches de la violence les dimensions dynamiques du fonctionnement du cadre thérapeutique et de la conduite des soins.

#### ■ Dangerosité criminologique

La « dangerosité criminologique » a été définie par la commission Santé-Justice<sup>67</sup> comme « *un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* ».

L'expertise psychocriminologique, telle qu'elle est de plus en plus souvent attendue par les juridictions, inclut dans les questions posées un ensemble d'items concernant l'évaluation de la dangerosité à venir du sujet, quel que soit son statut psychopathologique. Elle présuppose une évaluation pluridisciplinaire (psychocriminologique, sociocriminologique, socio-éducative, anthropologique, etc.) et surtout une prospective de la prise en charge à venir de la personne, laquelle pourrait nécessiter un suivi sociojudiciaire encadré et bien codifié.

L'appréciation d'une telle dangerosité criminologique implique un dispositif de prise en charge adapté de la personne repérée comme comportant un risque social identifié.

Une expertise psychocriminologique ne devrait être réalisée que par un praticien (psychiatre psychologue) ayant une qualification supplémentaire confirmée par une formation universitaire pluridisciplinaire en criminologie telle qu'elle est en train de se développer actuellement dans des villes comme Lille, Lyon, Poitiers, ou Rennes.

## II. QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES SUR LES QUESTIONS TYPES ?

Les questions types, reposant pour la plupart d'entre elles sur une circulaire du CPP

---

<sup>66</sup> C. Balier. Psychanalyse des comportements violents, le fil rouge. PUF, 1988.

<sup>67</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.



datant de 1958, sont les suivantes :

- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent ?
- L'infraction qui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies ?
- Le sujet présente-t-il un état dangereux ?
- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- Le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement, aboli ou entravé le contrôle de ses actes ?
- Préciser l'opportunité d'une injonction dans le cadre d'une injonction sociojudiciaire telle que définie par l'article 28 de la loi 98-468 du 17 juin 1998<sup>68</sup>.
- Faire toutes observations utiles à la manifestation de la vérité (question non systématique).

En tenant compte des progrès de la clinique psychiatrique et de l'évolution du monde social et judiciaire, une évolution de ces questions peut être préconisée.

La conférence de consensus sur la prise en charge des délinquants sexuels<sup>69</sup> et la commission Santé-Justice<sup>70</sup> ont proposé des évolutions des questions de la mission. Dans la pratique, les magistrats ont la possibilité de proposer au cas par cas d'autres questions ou d'autres formulations.

Tout en répondant aux attentes de l'autorité mandante, les questions guidant la mission pourraient trouver une formulation plus clairement clinique. Cette démarche appelle à considérer plusieurs points :

- existence et description d'une pathologie psychiatrique ;
- niveau de fonctionnement intellectuel du sujet ;
- personnalité du sujet selon les classifications internationales (CIM-10 en priorité) ;
- aspects psychopathologiques du fonctionnement psychique ;
- lien éventuel entre un ou plusieurs des aspects ci-dessus mentionnés et les faits reprochés ;
- discussion de l'abolition ou de l'altération du discernement en application des dispositions de l'article 122-1 1<sup>er</sup> alinéa puis 2<sup>e</sup> alinéa.

Ces questions communes à toutes les expertises constituent le socle permettant de comprendre l'état mental du sujet au temps de l'action.

Elles peuvent être complétées par d'autres questions plus spécifiques aux situations et aux pathologies :

- incidences des prises d'alcool et autres substances psychotropes, sur un mode aigu ou chronique ;
- dimension conjoncturelle ou situationnelle des faits ;
- interactions éventuelles auteur-victime ;
- appréciation d'un risque de réitération des actes dans le contexte psychiatrique ou psychopathologique ;

---

<sup>68</sup> 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.

<sup>69</sup> Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. Novembre 2001.

<sup>70</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

- opportunité d'une injonction de soins et de préconisations thérapeutiques ou socio-éducatives.

On peut envisager que les questions posées tiennent compte du type d'infraction, en particulier en matière de délinquance sexuelle.

#### ■ **Recommandation**

**La commission d'audition recommande une réécriture des questions types posées aux experts sous l'égide des ministères concernés par une commission rapprochant juristes et cliniciens.**

### **III. QUEL POURRAIT ÊTRE LE PLAN TYPE DE L'EXPERTISE PÉNALE EN ENVISAGEANT LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ANALYSE EN FONCTION DE LA FORMATION DE L'EXPERT ?**

De ces réflexions sur les questions types découle l'intérêt de proposer un plan type de réalisation et de rédaction de l'expertise psychiatrique pénale. L'intérêt de ce plan type serait de soutenir la qualité des rapports d'expertise, d'en faciliter la lecture par les différents acteurs du procès, et de conduire à une plus grande homogénéité des rapports sur l'ensemble du territoire.

#### ■ **Plan type**

##### **1. Introduction**

Présentation de l'expert, de la juridiction, de l'affaire et liste précise numérotée et exhaustive des questions posées.

##### **2. Documents consultés**

##### **3. Rappel des faits**

Dans ce court chapitre l'expert doit rappeler les faits tels qu'ils apparaissent à travers les documents consultés et les propos du sujet en notant s'il existe une divergence entre sa position au fil de l'enquête et de la procédure.

##### **4. Déroulement de l'examen**

Ce chapitre, qui doit également être très court, permet de situer la qualité de la relation expertale en fonction des conditions matérielles de l'examen, de l'investissement de l'expertisé, de sa compréhension de ce qu'est l'expertise ou encore de sa capacité à participer à un entretien. Cet aspect est beaucoup plus important qu'on ne le croit car on ne pourra pas avoir la même certitude dans les conclusions en fonction des conditions de réalisation de l'expertise.

##### **5. Lecture psychodynamique de la biographie**

Principaux repères :

- couple parental, conditions de la naissance, place dans la fratrie, développement psychomoteur, relations affectives intrafamiliales, image identificatoire de chacun des parents, scolarité et formation, vie professionnelle ;
- antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, consommation ou non de toxiques, vie de relation et loisirs, type de rapports humains habituels, rapport à la violence ;

- particularités de la vie sexuelle : ces aspects doivent être évidemment privilégiés dans les infractions à caractère sexuel. Ils supposent de s'intéresser à de nombreux paramètres : développement de la sexualité depuis la petite enfance ; existence ou non d'abus allégués ; orientation de la sexualité en fonction des divers âges de la vie ; âge des premières relations complètes ; rapport sexualité et affectivité ; type de relation avec les partenaires ; intensité de la vie sexuelle (hyper ou hyposexualité) ; déviances éventuelles ; évolution de la sexualité au fil du temps ; maltraitance et violences.

### **6. Examen psychiatrique**

Il doit être construit comme une observation psychiatrique classique à laquelle s'ajouteront certains aspects spécifiques de la clinique expertale.

La commission d'audition se contente d'insister sur les aspects les plus particuliers. Il est utile de retenir que, dans une grande proportion de cas, cet examen est négatif, c'est-à-dire qu'il ne met en évidence aucune pathologie psychiatrique grave. Il est néanmoins nécessaire que la rédaction du rapport puisse permettre aux lecteurs de vérifier que tous les aspects importants ont été explorés. Ainsi est-il préférable d'affirmer qu'il n'y a pas de pathologie dépressive ou pas de déficience intellectuelle plutôt que de ne rien mentionner, ce qui ne permet pas aux lecteurs de savoir si cela a été oublié par l'expert ou absent chez le sujet.

Quelques points spécifiques doivent toujours être mentionnés :

- qualité du contact ;
- fonctionnement intellectuel et cognitif (attention, concentration, mémoire, compréhension, association idéique, jugement, raisonnement, etc.) ;
- pathologie thymique ou troubles de l'humeur ;
- troubles psychotiques ;
- structure de personnalité ;
- mécanismes de défense habituellement utilisés, en insistant sur leur caractère souple ou au contraire rigide et répétitif ;
- gestion de l'agressivité et impulsivité ;
- caractéristiques de la sexualité ;
- rôle des toxiques au moment de l'acte ;
- selon les circonstances il peut être utile de développer à ce niveau les arguments qui permettront ensuite de préciser le lien victimologique.

### **7. Éventuel examen somatique**

### **8. Discussion**

Elle doit permettre au lecteur de suivre clairement le cheminement intellectuel et clinique aboutissant aux réponses aux questions posées dans la mission.

Cette discussion pourra développer trois niveaux d'analyse :

- analyse psychiatrique, apportant ainsi au lecteur sa compétence technique et scientifique ;
- analyse psychopathologique, du passage à l'acte et du lien victimologique, nourrissant la réflexion des acteurs pour comprendre l'acte et ainsi éviter au sens propre le *pré-jugé* ;

- analyse psychocriminologique, reliant l'acte à des éléments d'environnement, au type de lien victimaire et ouvrant sur la possibilité d'évaluer le risque de récidive. Il convient de rappeler toutefois que cette approche pluridisciplinaire nécessite une formation, des connaissances et des pratiques spécifiques.

## **9. Conclusion**

L'expert, dans cette partie, doit répondre précisément, dans l'ordre donné et de façon exhaustive, à chacune des questions posées dans la mission. Les réponses doivent être courtes et précises. Elles ne peuvent que reprendre les éléments qui sont apportés dans la discussion. Toute réponse qui laisserait apparaître des éléments qui n'ont pas été discutés auparavant est à proscrire.

## **Recommandations**

### **► La clinique expertale**

**L'expertise psychiatrique vient rassembler des éléments de clinique psychiatrique. Elle peut faire état de faits, d'un environnement psychologique et social, des circonstances contingentes du ou des passages à l'acte. Ces éléments, figurant dans le rapport de l'expert, viennent éclairer la justice sur le trouble mental et ses implications dans les faits, intégrant ainsi une dimension psychopathologique, avec ses limites, pour expliquer les faits.**

**Les expériences des experts tant dans leur pratique clinique psychiatrique que dans leur pratique d'expertise viennent apporter un éclairage aussi pertinent que possible entre une pathologie et des comportements, voire des faits. Les questions posées par les alinéas de l'article 122-1 du CP demandent des réponses alliant une connaissance de la clinique psychiatrique et plus particulièrement des pathologies impliquées dans des actes à caractère pénal.**

**La confrontation des expériences des différents experts, lors de l'audition, vient souligner l'intérêt de préciser une connaissance médico-légale qui soit consensuelle sur les troubles qui abolissent le discernement et ceux qui peuvent l'altérer, ainsi que sur les troubles qui abolissent le contrôle des actes ou qui l'entravent partiellement.**

**La psychiatrie médico-légale pourrait de manière plus homogène déterminer les processus intellectuels, affectifs ou émotionnels qui sont en cause. La réponse à la question cruciale posée par la société pourra être davantage satisfaisante si elle est la plus reproductible ou consensuelle d'une expertise à une autre.**

**Au-delà de la pathologie psychiatrique et des explications psychopathologiques, qui apportent des éléments de compréhension pour la réalisation des actes à caractère pénal, la clinique expertale doit bénéficier des apports d'une évaluation plus précise de certaines situations spécifiques aux confins de la psychopathologie individuelle.**

**Ainsi la question de l'interaction auteur-victime mérite attention et peut s'avérer déterminante pour une explication psychopathologique de faits délictueux ou criminels. Les consommations de produits à effet psychotrope sont aussi des facteurs déterminants pour certains passages à l'acte et il importe d'éclairer le contexte de ces consommations addictives qui entraînent des pathologies du**

comportement, soit dans le contexte d'une dépendance bien avant la commission des faits à caractère pénal, soit dans le cadre d'une consommation occasionnelle.

La question de la dangerosité revient nécessairement dans les questions posées par les juridictions pour que les sanctions pénales soient adaptées à la pathologie psychiatrique impliquée dans les actes commis, mais aussi aux autres pathologies psychiatriques et à leur évolution respective avec le temps et les conditions de vie durant et après l'incarcération.

Les expertises post-sentencielles, qui se multiplient en raison de l'évolution du droit pénal, viennent interroger cette évolution des pathologies et des risques de récidive de faits à caractère pénal. Ainsi l'expert se trouve devoir répondre plus fréquemment à la question de la dangerosité.

Cette question implique pour l'expert une orientation prospective de l'expertise et demande de prendre en compte tant l'environnement des soins psychiatriques, avec les dispositifs nécessaires durablement pour les soins, que l'environnement psychosocial, qui par divers paramètres contribue à accentuer ou diminuer la dangerosité criminologique.

Dans cette évolution des demandes de la justice vis-à-vis de l'expertise psychiatrique pénale, la psychiatrie médico-légale doit se structurer davantage par la formation et la confrontation des experts pour que se dégagent des consensus quand ils sont possibles.

#### ▶ Questions types posées aux experts

Les missions confiées aux experts se multiplient mais étendent le champ des questions posées par la justice, notamment pour les suites des sanctions pénales qui impliquent des risques liés à la dangerosité psychiatrique, mais aussi psychocriminologique. Les questions posées par les juges sont en effet appelées à se différencier suivant les situations et les attentes de la justice pour de meilleures coopérations entre la justice et l'environnement psychologique, médical et social. Parfois elles peuvent s'éloigner des réponses apportées par la psychiatrie médico-légale.

La commission d'audition recommande une actualisation et une harmonisation nationale, sous l'égide des ministères concernés et après avis de la communauté scientifique et juridique, des questions types posées aux experts.

#### ▶ Proposition de plan type du rapport de l'expert

Le plan type suivant est proposé.

##### a) Introduction

Présentation de l'expert, de la juridiction, de l'affaire et liste précise numérotée et exhaustive des questions posées.

##### b) Documents consultés

##### c) Rappel des faits

Dans ce court chapitre, l'expert doit rappeler les faits tels qu'ils apparaissent à travers les documents consultés et les propos du sujet en notant s'il existe une divergence entre sa position au fil de l'enquête et de la procédure.

#### **d) Déroulement de l'examen**

Ce chapitre, qui doit également être court, permet de situer la qualité de la relation expertale en fonction des conditions matérielles de l'examen, de l'investissement de l'expertisé, de sa compréhension de ce qu'est l'expertise ou encore de sa capacité à participer à un entretien. Cet aspect est beaucoup plus important qu'on ne le croit car on ne peut pas avoir la même certitude dans les conclusions en fonction des conditions de réalisation de l'expertise.

#### **e) Lecture psychodynamique de la biographie**

Principaux repères :

- identifications parentales, carences affectives et éducatives éventuelles, place dans la fratrie, développement psychomoteur, relations affectives intrafamiliales, image identificatoire de chacun des parents, scolarité et formation, vie professionnelle ;
- antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, consommation ou non de toxiques, vie de relation et loisirs, type de rapports humains habituels, rapport à la violence ;
- particularités de la vie sexuelle : ces aspects doivent être évidemment privilégiés dans les infractions à caractère sexuel. Ils supposent de s'intéresser à de nombreux paramètres : développement de la sexualité depuis la petite enfance, existence ou non d'abus allégués, orientation de la sexualité en fonction des divers âges de la vie, âge des premières relations complètes, rapport sexualité et affectivité, type de relation avec les partenaires, intensité de la vie sexuelle (hyper ou hyposexualité), déviances éventuelles, évolution de la sexualité au fil du temps, maltraitance et violences.

#### **f) Examen psychiatrique**

Il doit être construit comme une observation psychiatrique classique à laquelle s'ajoutent certains aspects spécifiques de la clinique expertale.

La commission d'audition insiste sur les aspects les plus particuliers. Il est utile de retenir que dans une grande proportion de cas cet examen est négatif, c'est-à-dire qu'il ne met en évidence aucune pathologie psychiatrique grave. Il est néanmoins nécessaire que la rédaction du rapport puisse permettre aux lecteurs de vérifier que tous les aspects importants ont été explorés. Ainsi est-il préférable d'affirmer qu'il n'y a pas de pathologie dépressive ou pas de déficience intellectuelle plutôt que de ne rien mentionner, ce qui ne permet pas aux lecteurs de savoir si cela a été oublié par l'expert ou absent chez le sujet.

Quelques points spécifiques doivent toujours être mentionnés :

- qualité du contact ;
- fonctionnement intellectuel et cognitif (attention, concentration, mémoire, compréhension, association idéique, jugement, raisonnement, etc.) ;
- pathologie thymique ou troubles de l'humeur ;
- troubles psychotiques ;
- structure de personnalité ;
- mécanismes de défense habituellement utilisés, en insistant sur leur caractère souple ou au contraire rigide et répétitif ;

- gestion de l'agressivité et impulsivité ;
- caractéristiques de la sexualité ;
- rôle des substances psycho-actives au moment de l'acte ;
- selon les circonstances il peut être utile de développer à ce niveau les arguments qui permettront ensuite de préciser le lien victimologique.

#### **g) Discussion**

Elle doit permettre au lecteur de suivre clairement le cheminement intellectuel et clinique aboutissant aux réponses aux questions posées dans la mission.

Cette discussion peut développer trois niveaux d'analyse :

- analyse psychiatrique ;
- analyse du passage à l'acte et du lien victimologique, nourrissant la réflexion des acteurs pour comprendre l'acte et ainsi éviter au sens propre le *pré-jugé* ;
- analyse psychocriminologique, reliant l'acte à des éléments d'environnement, au type de lien victimologique et ouvrant sur la possibilité d'évaluer le risque de récidive. Cette approche pluridisciplinaire nécessite une formation, des connaissances et des pratiques spécifiques.

#### **h) Conclusion**

L'expert, dans cette partie, doit répondre précisément, dans l'ordre donné et de façon exhaustive, à chacune des questions posées dans la mission. Les réponses doivent être courtes et précises. Elles ne peuvent que reproduire des éléments qui sont apparus dans la discussion. Toute réponse qui laisserait apparaître des éléments qui n'ont pas été discutés auparavant est à proscrire, car elle ferait perdre la crédibilité à l'expertise.

## **Question 4**

### **Quelles doivent être les règles éthiques et déontologiques dans la pratique de l'expertise ?**

Il a paru nécessaire à la commission d'audition de rappeler en préambule un certain nombre de règles communes aux pratiques expertales :

- séparer les fonctions de médecin expert et de médecin traitant ;
- respecter le secret médical, avec deux incidences pour l'expert :
  - l'accès au dossier médical,
  - savoir limiter le contenu du rapport à ce qui est directement et exclusivement nécessaire à la mission (l'expertise doit respecter une neutralité vis-à-vis des éléments de l'accusation) ;
- rester dans le cadre de ses compétences, en rappelant la nécessité de compétences spécifiques dans le cas de l'expertise d'un mineur ou bien quand il s'agit de compléter l'expertise psychiatrique par une expertise psycho-criminologique. Les prescriptions thérapeutiques n'entrent pas dans le cadre de l'expertise ;
- la dualité de l'expert doit être demandée dans les affaires les plus complexes.

## **I. LORSQUE LES FAITS NE SONT PAS AVÉRÉS, LORSQUE LA PERSONNE LES NIE DURABLEMENT, QUELLE ATTITUDE L'EXPERT DOIT-IL AVOIR DANS SA RÉPONSE AUX QUESTIONS TYPES ?**

En l'absence de pathologie psychiatrique majeure, la description des traits de personnalité doit se limiter à une observation clinique objective. Lorsque l'examen ne retrouve que des traits de personnalité, l'expert doit garder à l'esprit que l'implication ou non du sujet dans les faits incriminés demeure comme une inconnue fondamentale dont la levée pourrait modifier des conclusions hâtives ou imprudentes. Dans ce contexte de négation des faits, l'expertise ne doit pas dégager de traits de personnalité pouvant être utilisés comme argument à charge.

Devant une pathologie psychiatrique avérée chez un sujet qui nie les faits, si l'expert ne peut mettre en relation des faits qui ne sont ni établis ni reconnus par le sujet avec la pathologie psychiatrique qu'il constate, il doit mentionner qu'il lui est impossible de répondre à la question d'une éventuelle relation entre la pathologie et les faits. Tout au plus, lorsque cela est possible, peut-il s'efforcer de décrire l'état clinique du sujet au moment où les faits incriminés se sont déroulés.

L'état dangereux ne pourra être apprécié qu'au regard de la dimension psychiatrique, puisque les aspects criminologiques ne sont pas clairement établis. Lorsqu'une pathologie psychiatrique majeure est à l'origine d'un état dangereux, les dispositions de la loi du 27 juin 1990<sup>71</sup> s'appliquent.

La nature des troubles psychiatriques détermine la réponse en termes de soins. Que le sujet nie les faits ou qu'il les reconnaisse, la question majeure reste : quel est le sens d'une sanction pénale pour une personne atteinte d'une maladie mentale de dimension aliénante ? Il s'y ajoute un principe qui devrait être intangible : l'apport des dispositifs de soins psychiatriques en milieu carcéral ne transforme pas pour autant les maisons d'arrêt, les centres de détention et les centrales en lieux susceptibles de recevoir et de soigner les malades mentaux.

La question de la curabilité n'a de sens que s'il existe une pathologie psychiatrique pour laquelle l'expert peut mentionner des orientations thérapeutiques.

L'existence d'une maladie mentale de dimension aliénante place l'expert en situation difficile : il existe manifestement des troubles psychiatriques majeurs au moment de l'examen, mais ces troubles étaient-ils déterminants pour le passage à l'acte criminel au moment des faits ?

On doit distinguer :

- les troubles mentaux durables, évoluant sans rémission sur le mode de la chronicité, qui doivent faire avant tout envisager l'abolition du discernement ;
- les troubles épisodiques ou périodiques, faits de décompensations successives entrecoupées de périodes durant lesquelles les troubles s'apaisent sur un mode plus résiduel ; l'expertise qui demeure unique peut justifier plusieurs examens successifs.

Dans tous les cas, lorsque la pathologie psychiatrique impose des soins urgents, l'expert doit initier une hospitalisation d'office en application de l'article D 398 du CPP.

---

<sup>71</sup> Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.



Enfin, la question de l'injonction de soins pour les auteurs d'agressions sexuelles a été tranchée par la conférence de consensus de novembre 2001<sup>72</sup> qui recommande que la négation des faits poursuivis soit considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction de soins.

## **II. QUELS PEUVENT ÊTRE LES FONDEMENTS ET LA DYNAMIQUE ÉVOLUTIVE DE LA DÉONTOLOGIE EXPERTALE, DE L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES EXPERTS ET PROFESSIONNELS ?**

L'analyse de la bibliographie amène certaines réflexions sur l'esprit dans lequel l'expert devrait travailler.

L'expertise n'est pas un métier, le professionnel doit avoir une pratique clinique régulière afin d'écartier les dangers dénoncés par tous, mais encouragés par le système, de pratiques expertales quasi exclusives par des professionnels ayant interrompu la pratique institutionnelle et thérapeutique, ayant perdu leur indépendance vis-à-vis de l'autorité judiciaire mandante.

L'expert doit donc être un praticien exerçant parallèlement son activité clinique et thérapeutique ; il doit également être formé sur des compétences dépassant la psychiatrie classique.

L'élargissement de l'évaluation hors du champ de la psychiatrie pure est fréquemment soulevé, voire critiqué, par certains qui estiment qu'il ne relève pas des compétences d'un médecin psychiatre de se prononcer sur la dangerosité d'un individu ne présentant aucun trouble mental.

### **■ Le cas particulier de l'expertise de crédibilité**

Dans le prolongement du rapport du groupe de travail présidé par le procureur général Viout<sup>73</sup> chargé de tirer les enseignements de l'affaire d'Outreau, plusieurs préconisations ont été proposées afin d'améliorer l'expertise des enfants victimes d'infractions sexuelles. Ces préconisations ont retenu toute l'attention de la commission d'audition qui les valide intégralement. Ces dossiers reposent très souvent sur la parole du plaignant. La circulaire CRIM/AP n° 05-10/E1-02-05-2005<sup>74</sup> rappelle que cette parole, qu'il ne faut pas sacraliser, doit cependant être reconnue dans sa spécificité. Le concept de crédibilité avait initialement pour objet de déterminer la présence ou l'absence de pathologie de type mythomanie ou affabulation. En l'absence de tels facteurs pathologiques, le plaignant était présumé crédible au sens médico-légal du terme. Avec le temps, cette notion a connu un glissement sémantique entraînant une confusion entre crédibilité médico-légale et vérité judiciaire.

Pour éviter cette dérive, source d'ambiguïté, la circulaire proscrit l'expertise de crédibilité et préconise une définition plus rigoureuse de la mission de l'expert. Elle diffuse auprès des parquets un modèle d'expertise en remplacement de l'expertise de crédibilité. Ce modèle a

---

<sup>72</sup> Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. Novembre 2001.

<sup>73</sup> Rapport du groupe de travail chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite « d'Outreau », présidé par Jean-Olivier Viout. Février 2005.

<sup>74</sup> Circulaire du ministère de la Justice CRIM/AP n° 05-10/E1 du 2 mai 2005 relative à l'amélioration du traitement judiciaire des procédures relatives aux infractions de nature sexuelle diffusée pour attribution et application immédiate aux procureurs généraux près les cours d'appel et aux procureurs de la République près les tribunaux de grande instance, faisant suite au rapport du groupe de travail réuni par la Chancellerie dans les suites de l'affaire dite « d'Outreau » avec charge d'en tirer des enseignements (rapport dit Viout, février 2005).

été élaboré par les experts judiciaires membres du groupe de travail et comprend les points suivants :

- relever les aspects de la personnalité du plaignant, dire s'il présente des troubles ou anomalies susceptibles d'affecter son équilibre psychique ;
- indiquer son niveau d'intelligence ;
- analyser les circonstances et le contexte de la révélation : rechercher les facteurs éventuels de nature à influencer les dires du plaignant ;
- décrire le retentissement éventuel et les modifications de la vie psychique depuis les faits en cause. Peuvent-ils être évocateurs d'abus sexuels<sup>75</sup> ?
- faire toute remarque utile sur le récit du plaignant et sur son évolution depuis la révélation, sous l'angle psychologique ou psychopathologique ;
- indiquer le degré de connaissance et de maturation du plaignant en matière sexuelle ;
- formuler, dans la mesure du possible, un pronostic sur le retentissement observé ;
- dire s'il est opportun de conseiller un suivi thérapeutique.

Techniquement, cette nouvelle mission type est un retour aux fondamentaux de la pathologie psychiatrique et ne se prononce plus ni sur la question de la crédibilité ni sur la valeur du témoignage. Outre les éléments contextuels, la réponse à cette mission s'envisage sous l'angle de la psychopathologie. Ce retour au champ psychiatrique est déontologiquement et éthiquement satisfaisant. Si l'expert était sollicité pour une mission d'expertise de crédibilité, il serait de son devoir de refuser la mission.

### III. QUELS SONT LES ÉLÉMENTS COMPARATIFS AVEC LES ÉTATS EUROPÉENS ?

La bibliographie comparative dans ce domaine est quasi inexistante et mériterait d'être développée dans le cadre de travaux de recherches contournant la difficulté de l'opposition entre la *Common Law* et le droit romain.

Au niveau européen, trois niveaux de l'expertise psychiatrique semblent cependant se dégager :

- le *niveau 1* concerne l'identification d'une pathologie psychiatrique, le questionnement sur l'abolition du discernement au moment des faits, la dangerosité en psychiatrie ;
- le *niveau 2*, qui correspond à une demande de plus en plus fréquente des juridictions, concerne la lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet. Ce point, qui est également abordé par l'expertise médico-psychologique, est à l'origine au moment des assises d'un débat contradictoire entre le psychiatre et le psychologue dont l'intérêt a été souligné au cours de l'audition par l'expert<sup>76</sup> ;
- le *niveau 3* d'analyse psychocriminologique et de dangerosité criminologique fait appel à des compétences spécifiques qui restent à développer hors du champ clinique de la psychiatrie et de la psychologie (cf. *tableau 7*).

La littérature nationale et internationale concernant des études ou des analyses comparatives entre les différents systèmes d'expertise psychiatrique pénale est quasi

---

<sup>75</sup> Une étude attentive des comportements doit être faite permettant d'identifier ce qui peut être dû à un traumatisme d'autre origine face à un traumatisme sexuel.

<sup>76</sup> Pierre Lamothe (Lyon). Quels peuvent être les fondements et la dynamique évolutive de la déontologie expertale, de l'articulation avec les autres experts et professionnels ? Quels sont les éléments comparatifs avec les autres États européens ? Audition publique. L'expertise psychiatrique pénale (rapport d'expert).

inexistante. À l'instar de la France, la tendance du droit européen est de provoquer des expertises longitudinales, notamment après jugement, dans une tentative de prédiction de la dangerosité.

En Hollande, l'expertise d'un sujet est adressée au juge qui peut décider d'une orientation en détention, d'une hospitalisation psychiatrique ou d'une orientation au sein d'un centre qui a vocation à procéder à une expertise et une évaluation de la dangerosité. L'expertise en centre découle d'un examen pouvant durer jusqu'à 7 semaines, puis la personne est réorientée vers une structure carcérale, ou hospitalière dans la moitié des cas. L'expertise est réalisée par une équipe pluridisciplinaire présidée par un juge qui supervise le rapport final.

En Allemagne, à côté de l'effort considérable en termes de formation des experts, les modalités d'évaluation sont renforcées au moyen de grilles d'analyse destinées à mieux mesurer le risque de récidive. L'objectif est la recherche de critères d'appréciation plus homogènes.

En Belgique, à travers la loi de défense sociale du 9 avril 1930, modifiée en 1964, les juridictions d'instruction et de jugement peuvent décider d'un internement au titre d'une « mesure de protection » et non d'une peine. Une commission de défense sociale, attachée à chaque maison d'arrêt, décide du placement ultérieur en hospitalisation psychiatrique. Il existe donc une pratique d'expertise réalisée par un collectif, comme en Hollande, et non une pratique d'individu isolé lors de ce temps judiciaire particulier de décision.

On peut noter que, hors de l'Union européenne mais avec une culture voisine, la Suisse, qui avait un système proche de la France, vient de confier au procureur seul la conduite de l'instruction.

Dans le même esprit, au Canada, le dispositif concernant les personnes dangereuses comprend notamment la possibilité de prononcer une peine à durée indéterminée. La loi C55 adoptée en 1997 relative à la « déclaration de délinquant dangereux » donne lieu à une évaluation psychiatrique pendant 60 jours. Une expertise est réalisée et l'État donne ou non suite à cette demande. Étant donné les enjeux judiciaires (possibilité d'enfermement sans limite), des précautions entourant ce délai d'examen sont nécessaires.

Dans l'expertise psychiatrique, les positions européennes dépendent de l'histoire pénale de chaque pays, de son inscription dans le système de la *Common Law* ou, au contraire, dans celui du droit romain. Ces systèmes définissent des conceptions quasi philosophiques de la responsabilité pénale dans tous les stades du procès, de sa phase préparatoire (dont les investigations) à l'exécution des peines. La différence majeure porte sur le caractère accusatoire ou inquisitoire de la procédure, la France étant pratiquement une des seules à avoir un juge d'instruction qui est chargé d'instruire à la fois à charge et à décharge.

L'expertise n'est pas un prérequis nécessaire au procès dans certains pays et il existe une très grande variabilité dans le mode de désignation des experts. En règle générale, la juridiction d'instruction ou de jugement nomme les experts, mais la notion de liste semble floue (venant notamment d'être supprimée par l'Autriche), les experts pouvant être choisis sur proposition des parties ou dans un tour d'astreinte ou de fonction. Finlande, Suède et Portugal ont opté pour les agences nationales s'occupant de médecine légale et

indépendantes de la justice, tandis que le Danemark et l'Angleterre ont un système qui s'apparente à nos territoires de santé.

Le mode d'investigation de l'expert est la plupart du temps laissé libre, supposé être encadré par les questions qu'on lui pose, qui sont elles-mêmes plus ou moins figées. En règle générale, même lorsque l'expertise est contradictoire, l'examen est conduit par l'expert en colloque singulier avec la personne examinée sans la présence des parties.

## **Recommandations**

**Il paraît nécessaire à la commission d'audition de rappeler en préambule un certain nombre de règles communes aux pratiques expertales :**

- **séparer les fonctions de médecin expert et de médecin traitant ;**
- **respecter le secret médical en limitant le contenu du rapport à ce qui est directement et exclusivement nécessaire à l'accomplissement de la mission et à la réponse aux questions posées ;**
- **rester neutre vis-à-vis des éléments de l'accusation ;**
- **rester dans le cadre de ses compétences (l'expertise d'un enfant devrait toujours être réalisée par un pédopsychiatre, une expertise à orientation psychocriminologique ne devrait être réalisée que par un professionnel formé à la psychocriminologie et dans une approche multidisciplinaire) ;**
- **les prescriptions thérapeutiques n'entrent pas dans le cadre de l'expertise ;**
- **la dualité de l'expert doit être demandée dans les affaires les plus graves.**

En l'absence de pathologie psychiatrique majeure, la description des traits de personnalité doit se limiter à une observation clinique objective. Lorsque l'examen ne retrouve que des traits de personnalité, l'expert doit garder à l'esprit que l'implication ou non du sujet dans les faits incriminés demeure comme une inconnue fondamentale dont la levée pourrait modifier des conclusions hâtives ou imprudentes. Dans ce contexte de négation des faits, l'expertise ne doit pas dégager de traits de personnalité qui seraient utilisés comme argument à charge.

La question de l'injonction de soins pour les auteurs d'agressions sexuelles a été tranchée par la conférence de consensus de novembre 2001<sup>77</sup> qui recommande que la négation des faits poursuivis soit considérée comme une contre-indication à toute injonction de soins.

La commission d'audition préconise le développement des interfaces entre psychiatres et psychologues experts, lors de la formation initiale des deux catégories de professionnels comme lors de la formation continue. Des lieux de réflexion tels que colloques ou congrès spécialisés sont aussi à développer, notamment dans un contexte francophone.

La commission d'audition recommande aux magistrats de supprimer définitivement les missions d'expertise de crédibilité.

---

<sup>77</sup> Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. Novembre 2001.

## Question 5

### Comment développer la qualité expertale ?

#### I. EN DEHORS DE LA FORMATION PSYCHIATRIQUE, QUELLES SONT LES COMPÉTENCES REQUISES DE L'EXPERT ?

L'expert doit avoir une compétence psychiatrique sans faille et un minimum d'expérience clinique et thérapeutique de plusieurs années en ce domaine. Avant de passer en revue quelques compétences spécifiques que les acteurs du procès sont en droit de demander à chaque expert psychiatre, il n'est pas inutile de rappeler des compétences spécifiques qu'il doit acquérir durant sa formation psychiatrique :

- clinique et psychopathologie des troubles de la personnalité ;
- clinique et psychopathologie de la violence ;
- clinique et psychopathologie des troubles de la sexualité.

Autres compétences plus spécifiques nécessaires :

- niveau satisfaisant de formation en droit pénal et en procédure pénale ;
- notions de criminologie, notamment en matière d'infractions violentes et d'infractions sexuelles ;
- déontologie de l'expertise : l'expert doit parfaitement connaître les articles du Code de déontologie relatifs à l'expertise, car la situation de l'examen d'expertise est par essence délicate. Les articles concernés sont :
  - Article 105 : *Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.*
  - Article 106 : *Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert 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.*
  - Article 107 : *Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.*
  - Article 108 : *Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que des éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission ;*
- compétences particulières en matière d'écoute et de conduite d'entretien ;
- capacité d'analyse critique des données de la littérature. Cet aspect est en principe acquis actuellement durant les études de médecine. Cette connaissance doit être réactivée pour permettre d'analyser des données épidémiologiques, ou des études cliniques et thérapeutiques relatives au diagnostic et au traitement de certains troubles pouvant créer des comportements de violence, des risques de passage à l'acte, des déviations sexuelles ;
- compétences dans le domaine de la rédaction. Il s'agit de se faire comprendre par un lecteur qui n'est pas un professionnel de la psychiatrie ;

- compétences dans l'expression orale. La spécificité de l'expertise psychiatrique pénale est la nécessité que le rapport soit défendu à l'occasion de la procédure orale propre aux cours d'assises. L'expert doit être capable de restituer son travail sans lire précisément le rapport de façon à communiquer le mieux possible avec les acteurs du procès d'assises. Cela suppose concision, pédagogie, écoute et capacité rapide d'adaptation en fonction des questions. De même que pour les aspects précédents, une formation spécifique est hautement nécessaire.

L'expertise psychiatrique est indissociable du procès pénal depuis des siècles. Elle doit éclairer les acteurs du jugement et éviter au sens propre le *pré-jugé* en permettant de mieux faire connaître la personnalité du délinquant, les conditions psychologiques de la réalisation de l'acte, les critères éventuels de récidive ou de limitation de la récidive. Le développement actuel de la psychiatrie, aussi bien dans la clinique, dans la psychopathologie que dans la thérapeutique ou les études épidémiologiques, le permet. Une évolution dans la mission confiée à l'expert et dans sa formation doit conduire à ce que tous les éléments que la psychiatrie est susceptible d'apporter soient mis à disposition de la justice, quelles que soient la complexité ou la spécificité des cas présentés.

## **II. QUELS SONT DANS NOTRE PAYS LES OBSTACLES À UNE PRATIQUE EXPERTALE DE QUALITÉ ? QUELS POURRAIENT ÊTRE LES CRITÈRES D'ATTRACTIVITÉ POUVANT SOUTENIR ET MAINTENIR LA DÉMOGRAPHIE EXPERTALE ?**

### **■ La qualification des experts**

L'évolution des missions d'expertise : les diversifications des missions ont amené à un besoin de renforcement des compétences professionnelles de l'expert car elles nécessitent des formations spécifiques. Si les conditions relatives à la désignation des experts ont été modifiées par la loi du 11 février 2004<sup>78</sup>, l'appréciation de la compétence expertale reste insuffisamment définie par les textes. Il serait utile que soient précisées par le législateur les conditions d'acquisition de la qualité d'expert et les conditions de suivi de la compétence de l'expert dans le temps. Cela suppose une meilleure articulation entre les cours d'appel et les universités contribuant à la formation en troisième cycle des experts et en lien avec les compagnies d'experts.

### **■ La formation des experts**

La formation à la fonction d'expert qui reposait autrefois sur le tutorat ou le compagnonnage n'a pas été remplacée par une formation organisée, initiale et continue, globalement répartie sur le territoire. Dans le sillage du renforcement des formations universitaires en troisième cycle, la mise en place d'un dispositif autorisant les juridictions à valoriser le tutorat et le compagnonnage doit être développée.

### **■ Les conditions d'accueil**

Le cadre des expertises en milieu carcéral est jugé en général médiocre. Les faiblesses portent à la fois sur les locaux mis à disposition et les horaires d'accès limités. Améliorer ces conditions suppose une diminution des temps d'attente, l'assouplissement des jours et tranches horaires d'accueil et la mise à disposition de locaux adaptés permettant la

---

<sup>78</sup> Loi n°2004-130 du 11 février 2004 réformant le statut de certaines professions judiciaires ou juridiques, des experts judiciaires, des conseils en propriété industrielle et des experts en ventes aux enchères publiques.

confidentialité et un examen dans des conditions humaines et décentes. Les conditions d'examen en garde à vue ne permettent que rarement cette confidentialité et le respect des personnes, nécessaires tant pour l'expert que pour le sujet examiné.

Les conditions d'examen en cabinet d'exercice libéral posent des problèmes de sécurité de par l'isolement des praticiens dans leur activité ; un cadre institutionnel convient davantage pour ces examens réalisés par des praticiens libéraux quand ils peuvent les réaliser dans des locaux adaptés.

Certaines expertises sont réalisées dans l'urgence à la demande du parquet au motif d'une proximité de la commission des faits incriminés. Ces examens ont leur intérêt dans cette proximité temporelle des faits, mais ne permettent pas toujours une bonne évaluation de la dimension psychopathologique (cf. *question 1*).

Dans la conférence de consensus sur l'intervention du médecin en garde à vue<sup>79</sup>, le jury attirait l'attention sur les limites d'une expertise psychiatrique réalisée dans le temps de la garde à vue et sur la prudence qui doit accompagner son interprétation.

L'expertise psychiatrique pénale dans ses missions appelle à considérer le diagnostic psychiatrique et psychopathologique en relation avec les faits (analyse rétrospective). Cette expertise doit s'inscrire aussi dans une temporalité prospective pour apprécier les orientations envisageables. Ces objectifs ne sont pas compatibles avec une quelconque précipitation et peuvent justifier deux temps dans l'expertise, voire deux expertises à des moments différents.

#### ■ La rémunération

La rémunération des expertises psychiatriques apparaît insuffisante au regard de la complexité des missions, des difficultés liées à leur réalisation, du temps nécessaire, des conditions matérielles et de secrétariat, et les nécessaires auditions en cour d'assises et cour d'assises d'appel.

#### ■ L'amélioration de l'attractivité expertale

L'amélioration de la qualité des expertises passe par une formation attractive dont le compagnonnage représente un facteur essentiel. Le rétablissement d'une dualité des experts dans leurs missions permettrait de favoriser cette formation pratique et cette transmission des valeurs et des intérêts de cette fonction.

### **III. COMMENT ENVISAGER UNE FORMATION ADAPTÉE DES PSYCHIATRES À LA PRATIQUE EXPERTALE ? COMMENT ENVISAGER L'ÉVALUATION DES PRATIQUES ET LA FORMATION PERMANENTE ?**

L'enjeu est de disposer d'un nombre suffisant d'experts bien formés et de qualité, répartis sur l'ensemble du pays en fonction des besoins. Ce qui interroge les notions de formation initiale et continue et la démographie actuelle des psychiatres.

---

<sup>79</sup> Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires et Société de médecine légale et de criminologie de France. Conférence de consensus. Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. Décembre 2004.

### **III.1. Une formation initiale de premier niveau, obligatoire pour tous**

La formation initiale est avant tout clinique et devrait inclure un enseignement permettant de redonner à la psychiatrie légale la place qui a été historiquement la sienne. Pour ce faire, cet enseignement devrait fournir des connaissances sur l'histoire de la psychiatrie et ses rapports avec le droit et des bases de médecine et de psychiatrie légales. Ces éléments permettraient aux psychiatres en formation de prendre conscience précocement de leurs devoirs vis-à-vis de leurs patients et de la société, notamment en matière d'expertises en vue de la protection des personnes, et d'éveiller leur intérêt pour ces pratiques qui leur incombent, plus particulièrement comme praticiens hospitaliers. Cette initiation à la pratique médico-légale et d'expertise s'inscrit dans la continuité de l'action thérapeutique, fait partie des missions du service public et facilite une première approche avec les dispositifs judiciaire et social.

### **III.2. Une formation initiale de second niveau**

La formation initiale de second niveau consiste au renforcement de formations diplômantes, telles la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaire (DESC) de psychiatrie médico-légale et le développement de diplômes inter et transuniversitaires appliqués à l'expertise légale.

La création du DESC de psychiatrie médico-légale souhaitée par le ministre de la Santé devrait être une priorité. Elle devrait être étendue après une première habilitation actuellement envisagée pour trois universités.

Cette formation concerne l'acquisition de savoirs théoriques précis en matière de droit, de fonctionnement de l'institution judiciaire, de procédures administratives et judiciaires, en particulier au pénal, comme la connaissance des modalités d'application des peines, mais aussi de la criminologie et des différents aspects diagnostiques et thérapeutiques en relation avec la psychiatrie et la psychologie légales. Des stages pratiques pourraient être mis en place en partenariat étroit avec le ministère de la Justice. Une telle formation nécessite la mise en place d'un tutorat permettant l'association, au sein d'un même collège, d'un expert « confirmé » et d'un expert débutant ou « stagiaire » qui serait ainsi formé par son tuteur dans le cadre d'un « compagnonnage », avant de pouvoir être inscrit sur une liste. Une telle solution présenterait l'avantage d'éviter ou de limiter le sentiment de crainte et de solitude ressenti par les experts débutants et de revenir à la pratique de la double expertise, tout en intégrant les nouvelles dispositions de la loi du 11 février 2004<sup>80</sup>.

### **III.3. Formation pratique et transdisciplinaire**

La formation à la pratique de l'expertise au pénal doit aussi promouvoir une interdisciplinarité et une interpénétration des champs thérapeutique et judiciaire.

Alors que la filière des DESC n'est, en principe, accessible qu'aux médecins psychiatres, il apparaît souhaitable de promouvoir l'interdisciplinarité de certaines filières diplômantes (DU, DIU, etc.) en ouvrant ces diplômes aux psychiatres, mais aussi aux psychologues et aux juristes, et d'en élaborer les maquettes de façon que ces enseignements permettent aux différents professionnels de comprendre les concepts et méthodes de chacun. Actuellement, l'expert psychiatre et l'expert psychologue ne disposent, sauf cas individuels, que de très peu de références de pratiques et d'identité communes. Cela est évidemment très

---

<sup>80</sup> Loi n°2004-130 du 11 février 2004 réformant le statut de certaines professions judiciaires ou juridiques, des experts judiciaires, des conseils en propriété industrielle et des experts en ventes aux enchères publiques.



dommageable à la cohérence d'une approche psychopathologique intégrative. Les professionnels soignants doivent pouvoir s'initier, au cours de leur formation, aux procédures pénales. Inversement, les professionnels du monde judiciaire devraient acquérir certaines connaissances relatives aux cadres théoriques de référence en matière de psychologie clinique, de psychiatrie, de criminologie. En somme, il s'agit de développer, entre professionnels à l'identité et aux missions distinctes, une « signification partagée » leur permettant de dialoguer utilement afin de coordonner au mieux leurs actions.

#### **III.4. Des conditions précises pour l'inscription sur les listes d'experts**

Une formation complémentaire universitaire initiale (DESC) ainsi qu'un nombre minimal d'années de pratique professionnelle devraient pouvoir être exigés pour une inscription initiale sur une liste d'experts.

Il est nécessaire de prévoir également les conditions et les moyens d'une formation continue pour les experts, comme cela sera prochainement une exigence pour tout autre exercice professionnel. Les cadres universitaires types (DU ou DIU), assurant une formation interprofessionnelle, ou des *Journées annuelles* dans différents congrès ou journées professionnelles offrant, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays, des programmes scientifiques et pédagogiques validant, sous forme de points (« crédits »), une formation continue sous responsabilité universitaire mixte (facultés de droit et de médecine) sont des voies à explorer.

#### **III.5. De la « professionnalisation » et de la formation continue**

Seule la clarification de l'exercice de l'expertise par les psychiatres hospitaliers peut éviter les pièges d'une opposition caricaturale entre les « *serial experts* » et ceux qui ne voient dans la pratique de l'expertise que « corruption du soin et trahison ». Si l'on souhaite rendre possible l'exercice occasionnel mais régulier de l'expertise psychiatrique, au civil comme au pénal, tout en évitant le risque de dérive professionnelle déjà mentionné, il faut que l'activité d'expertise puisse être prise en compte dans les cadres réglementaires et financiers, au titre des missions et activités d'intérêt général (MIGAC) et valorisées comme telles (RIM-psy) par les établissements publics de santé et les tutelles (ministères, ARH, DRASS, DDASS, etc.). De même, les formations initiales et continues devraient être prévues et financées sur le temps de travail et des enveloppes budgétaires spécifiques allouées aux établissements à cette fin. Il paraît évident que l'accroissement du nombre d'experts compétents dans un avenir proche permettra seul d'éviter les pièges d'une pratique quasi professionnelle de l'expertise, coupée d'un ancrage dans une pratique de terrain. Une articulation sera nécessaire avec les récentes obligations en matière de formation médicale continue.

Une autre solution serait de s'acheminer vers un statut salarié de psychiatre expert, « détaché » sur la justice, à temps plein, mais durant un temps limité, comme cela est possible dans la fonction publique. Cette possibilité, si elle ne paraît pas facilement généralisable dans le contexte actuel, aurait, en revanche, le mérite de favoriser l'essor de fonctions d'enseignement initial et continu, de favoriser des recherches dans le domaine de la psychologie, de la psychiatrie légale et de la criminologie, dans des domaines sensibles tels que la dangerosité, les troubles graves de la personnalité, etc. Le développement et l'encadrement de tels travaux universitaires pourraient contribuer à revaloriser ce type de pratique et permettre dans le cadre de « centres ressources », tels que préconisés par le

rapport de la commission Santé-Justice<sup>81</sup>, de mettre en place un centre de documentation et d'information en matière de travaux scientifiques menés, en matière d'enquêtes médico-psychologiques, de psychiatrie légale, de psychocriminologie, etc.

La surexpertise dans des domaines particuliers mériterait d'être considérée, non pas pour tous les experts, mais pour répondre, tant au niveau local qu'à l'échelon national, à des problématiques de plus en plus complexes, justifiant le recours à des professionnels, universitaires ou non, bénéficiant d'un champ de compétence plus spécifique, du fait de leurs travaux et par rapport à certaines questions qui leur sont posées.

La psychiatrie et la psychologie clinique, comme toutes les autres disciplines, n'échappent pas à la surspécialisation. C'est pourquoi, il paraîtrait important également de pouvoir revenir, dans certaines conditions, à la pratique de la double expertise. S'il l'estime nécessaire, l'expert doit pouvoir solliciter, auprès du juge, l'adjonction d'un collègue. La création d'un réseau national d'équipes ressources régionales ou interrégionales pourrait également contribuer à l'amélioration tant du statut que de la qualité des expertises et des experts judiciaires en psychiatrie.

#### **IV. QUELLES SONT LES ATTENTES DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE DANS LE DOMAINE DE LA FORMATION INITIALE ET PERMANENTE DES PSYCHIATRES EXPERTS ?**

Les attentes du ministère de la Justice ont été précisées à partir des travaux menés sous l'égide de J-F. Burgelin, qui ont donné lieu à un rapport de la commission Santé-Justice<sup>82</sup> déposé en juillet 2005, des travaux conduits par J-O. Viout<sup>83</sup>, qui a animé le groupe de travail chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite « d'Outreau », de la réflexion de la commission d'enquête parlementaire sur cette même affaire, et enfin des travaux de J-P. Garraud<sup>84</sup> qui a conduit une mission parlementaire sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux.

Malgré les difficultés démographiques, celles liées au recrutement majoritaire des experts parmi les médecins hospitaliers et la multiplication des expertises demandées, le ministère de la Justice ne souhaite pas voir créer un corps d'experts professionnels qui serait coupé de la réalité clinique.

La pratique clinique qui doit demeurer le socle de la qualification expertale s'acquiert en milieu hospitalier comme en secteur libéral. Le ministère de la Justice se félicite de voir nombre de praticiens hospitaliers devenir experts près les cours d'appel, et pense qu'il ne serait pas pour autant malvenu que des psychiatres exerçant en cabinet fassent également acte de candidature. Les exigences posées par le législateur dans le processus d'inscription des experts sur les listes ne doivent d'ailleurs pas à cet égard, pour des professionnels tels que des médecins psychiatres, être considérées comme un parcours d'obstacles insurmontables, et dissuader d'éventuels candidats. Cette exigence de formation doit être

---

<sup>81</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

<sup>82</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

<sup>83</sup> Rapport du groupe de travail chargé de tirer les enseignements du traitement judiciaire de l'affaire dite « d'Outreau », présidé par Jean-Olivier Viout. Février 2005.

<sup>84</sup> Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à M Jean-Paul Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Octobre 2006.

entendue comme s'appliquant d'une part à la dimension spécifique de la psychiatrie en matière médico-légale, d'autre part au contexte très particulier de la procédure pénale.

Les formations initiale et continue des psychiatres doivent être renforcées afin de mieux prendre en considération les problématiques relatives à la dangerosité psychiatrique dans la pratique clinique.

La formation initiale nécessite un enseignement médico-légal et l'instauration du DESC. En matière de formation continue est préconisée la multiplication des DU spécifiques.

Il apparaît indispensable de trouver un langage commun entre magistrats et experts psychiatres, et un lieu pour l'exprimer. Des difficultés de communication, en particulier dans l'emploi de termes techniques, ont pu apparaître entre professionnels de la justice et de la médecine, et être source de malentendus et *a fortiori* avec les médias et l'opinion publique. Il convient donc de chercher à y remédier. L'enseignement de la méthodologie de l'expertise judiciaire, celui de la méthodologie de la rédaction des rapports, les exigences de la déontologie judiciaire peuvent se faire de diverses façons : dans le cadre de DU, dans le cadre d'un enseignement que dispenseraient les sociétés savantes ou les compagnies d'experts, dans le cadre d'une « école de formation des experts », dans le cadre de groupes de travail à mettre en place avec des magistrats des cours d'appel et des experts confirmés auprès des mêmes cours, comme cela se fait déjà. Les possibilités sont multiples et doivent être explorées.

J-P. Garraud<sup>85</sup> a proposé que soit créée, au niveau local pertinent, une instance de dialogue et de collaboration. Placée sous la présidence des chefs de cour, elle réunirait tous les acteurs appelés à intervenir dans une instance judiciaire et notamment les experts psychiatres. Elle aurait pour objectif d'échanger sur les différents cadres d'intervention des professionnels et d'explicitier les difficultés de leurs missions respectives. Sur la base de référentiels de formation partagés, des modalités pratiques de collaboration seraient définies et inscrites dans un protocole. La participation régulière à ces rencontres serait un élément de la formation continue. L'articulation avec l'université et notamment les facultés de droit, de médecine et de psychologie apparaît indispensable.

Le tutorat qui s'inscrit dans la logique de la formation initiale ou continue des experts trouve sa place dans le cadre des DU, mais pourrait aussi être mis en place en dehors de cet enseignement.

## **V. COMMENT ÉTABLIR UN TRAVAIL DE RECHERCHE EN PSYCHIATRIE CRIMINELLE ET EN PSYCHOCRIMINOLOGIE ASSOCIANT PSYCHIATRES, PSYCHOLOGUES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX ?**

La ressource bibliographique internationale sur le thème de la recherche en psychocriminologie est particulièrement pauvre. Le développement de cette matière suppose l'organisation de recherches et de formations spécifiques dans ce domaine, en particulier sur le plan épidémiologique (mise en place d'études longitudinales de suivi d'auteurs d'infractions et d'études évaluant l'impact en termes de récidive de la sanction pénale

---

<sup>85</sup> Rapport sur la mission parlementaire confiée par le Premier Ministre à M Jean-Paul Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Octobre 2006.

comme le préconisait la commission Santé-Justice<sup>86</sup>). La participation active des centres ressources à cette recherche sera indispensable.

Le clinicien se heurte à une difficulté ancienne à prédire la violence. Les études réalisées récemment dans ce domaine ont mis en évidence les défauts méthodologiques des premières études et ont montré que la prédiction à court terme par les cliniciens de la violence nécessite une importante rigueur clinique. On distingue la prédiction clinique, la prédiction actuarielle et l'utilisation du jugement clinique structuré. Plusieurs limites sont associées aux instruments d'évaluation sur les plans méthodologique et épistémologique, mais aussi éthique puisque l'évaluation du risque devrait être motivée avant tout par le désir de proposer les meilleurs soins et de gérer le risque en fonction d'éléments cliniques, de plus susceptibles d'évoluer sous l'effet des traitements. La question des « faux positifs » est aussi soulevée. On se tourne donc de plus en plus vers l'utilisation du jugement clinique structuré (à l'aide d'outils comme l'HCR-20) pour évaluer la dangerosité psychiatrique. Notre pays utilise très peu ces outils et des travaux d'adaptation à la clinique française comme de formation des équipes de soins sont à promouvoir.

Ainsi, la littérature scientifique sur la violence des malades mentaux et le risque qu'ils représentent pour la société est devenue plus précise. Elle nous indique un niveau de risque plus élevé que pour la population non malade même si la proportion de malades mentaux demeure faible parmi l'ensemble des auteurs de violences. Cela nous incite à évaluer les facteurs de risque et à utiliser un jugement clinique structuré, mais la prédiction absolue de gestes de violence demeure impossible. Les recherches actuelles s'orientent vers une utilisation judicieuse de ces données et vers des instruments d'évaluation en articulation avec la clinique, dans le souci de fournir les meilleurs soins possible à cette population. Il existe cependant une tentation actuelle d'utiliser des échelles d'évaluation indépendamment de toute évaluation clinique, laissant en particulier à des enquêteurs non médecins la prédiction du risque de violence. Au vu de la littérature, la commission d'audition se prononce clairement contre ce type de pratiques.

## **VI. QUELLES PROPOSITIONS ÉVOLUTIVES PEUVENT ÊTRE FAITES DANS LA PRATIQUE EXPERTALE, SA RECHERCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ? QUELLE PLACE POUR LES CENTRES RESSOURCES ?**

Le caractère pluriel de la dangerosité des individus suppose une évaluation pluridisciplinaire, effectuée par l'ensemble des professionnels des champs judiciaire, administratif, social et sanitaire, aux fins de prévenir la récidive par la mise en commun des savoirs.

Ainsi la désignation d'un seul expert ou la commission successive d'experts isolés ne saurait suffire à une évaluation de qualité. La création d'un réseau d'équipes ressources régionales ou interrégionales paraît présenter une piste de réflexion intéressante dans ce domaine. Ces équipes seraient saisies par l'autorité judiciaire afin d'apprécier la dangerosité d'auteurs d'infractions pénales. Des séquences d'évaluation échelonnées dans le temps pourraient permettre une appréciation de l'évolution de la personnalité de l'individu expertisé. Ces équipes ressources pourraient être constituées non seulement d'experts sanitaires (médecins, psychologues), sociaux et administratifs, mais aussi de magistrats et de membres de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

---

<sup>86</sup> Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

La mission d'évaluation confiée aux membres de ces équipes ressources doit être distincte de leur mission originelle. De telles équipes auraient également la mission de développer des actions de recherche et une formation pluridisciplinaire en matière d'évaluation de la dangerosité, et d'organiser avec l'ensemble des partenaires concernés les relations nécessaires dans le cadre d'un réseau. Bien évidemment ces missions auront vocation à se développer en lien étroit avec les universités et avec les organismes de recherche spécifiques (Inserm, CNRS, ENM, etc.) et par la participation des équipes ressources à des programmes de recherche. Les praticiens en position d'expertise pourraient obtenir des informations nécessaires à la réalisation de leur activité d'expertise, discuter des aspects les plus complexes des situations rencontrées, favoriser une confrontation positive des pratiques, une évaluation de ces dernières en mettant en lien les différentes équipes de psychiatrie et les autres professionnels. Ces centres pourraient également apporter une aide aux équipes de soins dans le cadre de la gestion de dossiers complexes. Il faudrait également structurer les liens institutionnels entre des équipes de psychiatrie et les acteurs judiciaires et pénitentiaires autour du suivi, et susciter chez les différents acteurs du soin un intérêt pour la prévention des actes violents.

Le projet national de création de centres ressources qui s'inscrit dans la circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2006-168 du 13 avril 2006<sup>87</sup> s'intègre pour l'instant dans les objectifs concernant les auteurs de violences sexuelles. L'élargissement des missions des centres ressources à des indications concernant les auteurs de violences non sexuelles n'est pas évoqué dans cette circulaire. D'autres sources bibliographiques préconisent la création de centres ressources ou d'évaluation pluridisciplinaire à visée expertale et psychocriminologique s'adressant à un spectre élargi d'auteurs de violences. La commission d'audition remarque la proximité des objectifs et des moyens mis en œuvre pour les obtenir, qui pourrait justifier l'élargissement des missions des centres ressources mentionnés dans le projet national. La commission d'audition recommande la création de centres ressources expérimentaux concernant les activités d'expertise et de soins pour d'autres types de délinquance.

## **Recommandations**

**La commission d'audition recommande que la formation des experts soit renforcée par toute formation universitaire appropriée et associe pluridisciplinarité, formation initiale et au cours du troisième cycle, formation continue et tutorat, et qu'elle s'intègre dans l'évaluation des pratiques professionnelles selon ses nouvelles modalités. Il serait utile que soient précisées par le législateur les conditions d'acquisition de la qualité d'expert et les conditions de suivi de la compétence de l'expert dans le temps. Cela suppose une meilleure articulation entre les cours d'appel et les universités contribuant à la formation en troisième cycle des experts et en lien avec les compagnies d'experts. L'amélioration de la qualité des expertises passe par une formation attractive dont le compagnonnage représente un facteur essentiel.**

**Une revalorisation de la rémunération des expertises psychiatriques pénales devrait être réalisée afin que les revenus des psychiatres qui acceptent de donner du temps à l'expertise psychiatrique pénale se situent au même niveau que les revenus qu'ils pourraient obtenir dans des pratiques institutionnelles réglementaires et en tenant**

---

<sup>87</sup> Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux.

**compte de leurs responsabilités et de la nécessité de formation complémentaire indispensable pour la pratique expertale.**

**La commission d'audition préconise également d'améliorer les conditions dans lesquelles sont réalisées les expertises en détention, ce qui suppose une diminution des temps d'attente, l'assouplissement des jours et tranches horaires d'accueil, et la mise à disposition de locaux adaptés permettant la confidentialité et des conditions de sécurité optimales.**

**La commission d'audition recommande que l'analyse psychocriminologique et de la dangerosité criminologique, située hors du champ clinique de la psychiatrie, fasse appel à des compétences spécifiques s'appuyant sur une formation complémentaire pour les psychiatres et les psychologues.**

**La commission d'audition recommande que l'usage éventuel des échelles d'évaluation du risque de dangerosité soit réservé aux cliniciens et ne soit pas dissocié d'une évaluation clinique.**

**S'inspirant des autres centres ressources, en particulier de ceux concernant l'aide au traitement des auteurs de violences sexuelles prévus par la circulaire du 13 avril 2006<sup>88</sup>, la commission d'audition recommande la mise en place de centres ressources expérimentaux concernant d'autres types de délinquance. Ceux-ci pourraient avoir un rôle pilote dans la formation des futurs experts et dans le développement de programmes de recherche multidisciplinaires dans ce domaine. Il est souhaitable, à moyen terme, qu'une articulation et une coopération puissent s'opérer entre ces différents types de centres ressources.**

**La commission d'audition recommande le développement de travaux de droit pénal comparé entre les différents pays européens, mais aussi de recherches multidisciplinaires portant plus spécifiquement sur l'expertise psychiatrique pénale.**

---

<sup>88</sup> Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux.

**FICHE DESCRIPTIVE**

<b>TITRE</b>	<b>Expertise psychiatrique pénale</b>
<b>Méthode de travail</b>	Audition publique
<b>Objectif(s)</b>	Répondre aux questions : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quelle est la place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels sont les enjeux ?</li> <li>- Quels sont les incidences, les problèmes et les débats actuels autour de la clinique expertale dans les différents temps judiciaires ?</li> <li>- Quelles doivent être les évolutions de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?</li> <li>- Quelles doivent être les règles éthiques et déontologiques dans la pratique de l'expertise ?</li> <li>- Comment développer la qualité expertale ?</li> </ul>
<b>Professionnel(s) concerné(s)</b>	Psychiatres, mais aussi les psychologues
<b>Demandeur</b>	Fédération française de psychiatrie et Direction générale de la santé
<b>Promoteur</b>	Fédération française de psychiatrie, avec la participation méthodologique et le concours financier de la Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	Comité d'organisation (président : Dr Gérard Rossinelli, psychiatre, Toulouse)
<b>Participants</b>	Comité d'organisation, experts, groupe bibliographique, commission d'audition (cf. liste des participants) Les membres de la commission d'audition et du groupe bibliographique ont remis une déclaration d'intérêts à la HAS. Coordination au sein de la HAS assurée par le Dr Patrice Dosquet, chef du service des recommandations professionnelles.
<b>Recherche documentaire</b>	La recherche documentaire destinée au groupe bibliographique a été réalisée sur la période janvier 2000-décembre 2006 par Mme Christine Devaux, documentaliste, avec l'aide de Mme Renée Cardoso du service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
<b>Auteurs du rapport et des recommandations</b>	Commission d'audition (président : Pr Jean-Louis Senon, psychiatre, Poitiers)
<b>Validation</b>	Avis de la commission évaluation des stratégies de santé de la HAS en mai 2007. Information du Collège de la HAS en mai 2007. Validation finale par la commission d'audition.
<b>Financement</b>	Fonds publics
<b>Autres formats</b>	Recommandations de la commission d'audition téléchargeables gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> et sur <a href="http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr">www.psydoc-fr.broca.inserm.fr</a> . Rapports des experts et du groupe bibliographique téléchargeables gratuitement sur <a href="http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr">www.psydoc-fr.broca.inserm.fr</a> .