



HAL
open science

L'évaluation du discernement ou du contrôle des actes par l'expert psychiatre : à partir de 127 rapports d'expertises en application de l'article 122-1 du Code pénal

Caroline Eyraud

► **To cite this version:**

Caroline Eyraud. L'évaluation du discernement ou du contrôle des actes par l'expert psychiatre : à partir de 127 rapports d'expertises en application de l'article 122-1 du Code pénal. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01755828

HAL Id: dumas-01755828

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755828>

Submitted on 6 Jun 2018

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

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

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

FACULTÉ DE MÉDECINE

sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

**MEMOIRE DE D.E.S DE PSYCHIATRIE POUR THÈSE
EN VUE DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée par

Caroline EYRAUD

Née le 29 août 1987 à Lyon

**L'évaluation du
discernement ou du
contrôle des actes par
l'expert psychiatre**

**A partir de 127 rapports
d'expertises en application
de l'article 122-1 du Code
pénal**

**Thèse soutenue à RENNES
le 11 octobre 2016**

devant le jury composé de :

Dominique DRAPIER

Professeur de Psychiatrie / Université Rennes 1 /
Président

Irène FRANCOIS-PURSSELL

Professeur de Médecine Légale et Droit de la
santé / Université de Dijon / *Juge*

Gabriel ROBERT

Maitre de Conférence des Universités en
Psychiatrie / Université Rennes 1 / *Juge*

Mylène LE DEZ

Médecin Psychiatre / UMD d'Albi / *Membre invité*

Mariannick LE GUEUT

Professeur de Médecine Légale et Droit de la
santé / Université Rennes 1 / *Directeur de thèse*

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| NOM Prénom | Sous-section de CNU |
|---|---|
| ANNE-GALIBERT Marie Dominique | Biochimie et biologie moléculaire |
| BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| BELLISSANT Éric | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| BELLOU Abdelouahab | Thérapeutique, médecine d'urgence, addictologie |
| BELOEIL Hélène | Anesthésiologie-Réanimation, médecine d'urgence |
| BENDAVID Claude | Biochimie et biologie moléculaire |
| BENSALAH Karim | Urologie |
| BEUCHEE Alain | Pédiatrie |
| BONAN Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| BONNET Fabrice | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale |
| BOUDJEMA Karim | Chirurgie générale |
| BOUGET Jacques | Thérapeutique, médecine d'urgence, addictologie |
| BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre | Biophysique et médecine nucléaire |
| BRASSIER Gilles | Neurochirurgie |

| | |
|---|---|
| BRETAGNE Jean-François | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| CARRE François | Physiologie |
| CATROS Véronique | Biologie cellulaire |
| CHALES Gérard Professeur des Universités émérite | Rhumatologie |
| CORBINEAU Hervé | Chirurgie Thoracique et cardiovasculaire |
| CUGGIA Marc | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| DARNAULT Pierre | Anatomie |
| DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite | Cardiologie |
| DAVID Véronique | Biochimie et biologie moléculaire |
| DAYAN Jacques Professeur des Universités associé | Pédopsychiatrie, addictologie |
| DE CREVOISIER Renaud | Cancérologie et radiothérapie |
| DECAUX Olivier | Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie |
| DELAVAL Philippe | Pneumologie, addictologie |
| DESRUES Benoît | Pneumologie, addictologie |
| DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| DONAL Erwan | Cardiologie |

| | |
|--|---|
| DRAPIER Dominique | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| DUPUY Alain | Dermato-vénéréologie |
| ECOFFEY Claude | Anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence |
| EDAN Gilles | Neurologie |
| FERRE Jean Christophe | Radiologie et imagerie médicale |
| FEST Thierry | Hématologie, transfusion |
| FLECHER Erwan | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| FREMOND Benjamin | Chirurgie Infantile |
| GANDEMER Virginie | Pédiatrie |
| GANDON Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| GANGNEUX Jean-Pierre | Parasitologie et mycologie |
| GARIN Etienne | Biophysique et médecine nucléaire |
| GAUVRIT Jean-Yves | Radiologie et imagerie médicale |
| GODEY Benoit | Oto-rhino-laryngologie |
| GUGGENBUHL Pascal | Rhumatologie |
| GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite | Parasitologie et mycologie |
| GUILLÉ François | Urologie |

| | |
|--|---|
| GUYADER Dominique | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| HOUOT Roch | Hématologie, transfusion |
| HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé | Médecine générale |
| HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| HUTEN Denis | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| JEGO Patrick | Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie |
| JEGOUX Franck | Oto-rhino-laryngologie |
| JOUNEAU Stéphane | Pneumologie, addictologie |
| KAYAL Samer | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| KERBRAT Pierre | Cancérologie et radiothérapie |
| LAMY Thierry | Hématologie, transfusion |
| LAVIOLLE Bruno | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| LAVOUE Vincent | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| LE BRETON Hervé | Cardiologie |
| LE GUEUT Mariannick | Médecine légale et droit de la santé |
| LE TULZO Yves | Réanimation, médecine d'urgence |
| LECLERCQ Christophe | Cardiologie |

| | |
|--------------------|--|
| LEGUERRIER Alain | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| LEJEUNE Florence | Biophysique et médecine nucléaire |
| LEVEQUE Jean | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| LIEVRE Astrid | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| MABO Philippe | Cardiologie |
| MALLEDANT Yannick | Anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence |
| MEUNIER Bernard | Chirurgie digestive |
| MICHELET Christian | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| MOIRAND Romain | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| MORANDI Xavier | Anatomie |
| MORTEMOUSQUE Bruno | Ophthalmologie |
| MOSSER Jean | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOULINOUX Jacques | Biologie cellulaire |
| MOURIAUX Frédéric | Ophthalmologie |
| ODENT Sylvie | Génétique |
| OGER Emmanuel | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| PERDRIGER Aleth | Rhumatologie |

| | |
|--------------------------|---|
| PLADYS Patrick | Pédiatrie |
| POULAIN Patrice | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| RAVEL Célia | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| RIFFAUD Laurent | Neurochirurgie |
| RIOUX-LECLERC Nathalie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROBERT-GANGNEUX Florence | Parasitologie et mycologie |
| SAINT-JALMES Hervé | Biophysique et médecine nucléaire |
| SEGUIN Philippe | Anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence |
| SEMANA Gilbert | Immunologie |
| SIPROUDHIS Laurent | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| SOMME Dominique | Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie |
| SULPICE Laurent | Chirurgie générale |
| TARTE Karin | Immunologie |
| TATTEVIN Pierre | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| THIBAUT Ronan | Nutrition |
| THIBAUT Vincent | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| THOMAZEAU Hervé | Chirurgie orthopédique et traumatologique |

| | |
|--|--|
| TORDJMAN Sylvie | Pédopsychiatrie, addictologie |
| VERGER Christian Professeur des Universités émérite | Médecine et santé au travail |
| VERHOYE Jean-Philippe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| VERIN Marc | Neurologie |
| VIEL Jean-François | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| VIGNEAU Cécile | Néphrologie |
| VIOLAS Philippe | Chirurgie Infantile |
| WATIER Eric | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie |
| WODEY Eric | Anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| NOM Prénom | Sous-section de CNU |
|------------------------|---|
| AME-THOMAS Patricia | Immunologie |
| AMIOT Laurence | Hématologie, transfusion |
| BARDOU-JACQUET Edouard | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie |
| BEGUE Jean-Marc | Physiologie |
| BOUSSEMART Lise | Dermato-vénérologie |
| CABILLIC Florian | Biologie cellulaire |
| CAUBET Alain | Médecine et santé au Travail |
| DAMERON Olivier | Informatique |
| DE TAYRAC Marie | Biochimie et biologie moléculaire |
| DEGEILH Brigitte | Parasitologie et mycologie |
| DUBOURG Christèle | Biochimie et biologie moléculaire |
| DUGAY Frédéric | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| EDELIN Julien | Cancérologie et radiothérapie |
| GALLAND Françoise | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale |

| | |
|---------------------|--|
| GARLANTEZEC Ronan | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GUILLET Benoit | Hématologie, transfusion |
| HAEGELEN Claire | Anatomie |
| JAILLARD Sylvie | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| LAVENU Audrey | Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques |
| LE GALL François | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE RUMEUR Elisabeth | Physiologie |
| MAHÉ Guillaume | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire |
| MARTINS Raphaël | Cardiologie |
| MASSART Catherine | Biochimie et biologie moléculaire |
| MENARD Cédric | Immunologie |
| MENER Éric | Médecine générale |
| MILON Joëlle | Anatomie |
| MOREAU Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| MOUSSOUNI Fouzia | Informatique |
| MYHIE Didier | Médecine générale |
| PANGAULT Céline | Hématologie, transfusion |

| | |
|---------------------------|--|
| RENAUT Pierric | Médecine générale |
| RIOU Françoise | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| ROBERT Gabriel | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| ROPARS Mickaël | Anatomie |
| SAULEAU Paul | Physiologie |
| TADIÉ Jean-Marc | Réanimation, Médecine d'urgence |
| TATTEVIN-FABLET Françoise | Médecine générale |
| TURLIN Bruno | Anatomie et cytologie pathologiques |
| VERDIER Marie clémence | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie |
| VINCENT Pascal | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Drapier

Pour l'enseignement apporté au cours de mon internat

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance

À Madame le Professeur François-Purcell

Pour l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail par votre regard pertinent et avisé

Pour avoir fait le déplacement de Dijon

Veillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance

À Monsieur le Docteur Robert

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail

En acceptant d'être membre de ce jury, recevez l'expression de ma profonde gratitude

À Madame le Docteur Le Dez

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail

Pour être venue d'Albi pour participer à ce jury de thèse

Recevez l'expression de ma profonde gratitude

À Madame le Professeur Le Gueut

Pour l'expérience et la connaissance que vous m'avez transmises et pour le plaisir que j'ai eu à les recevoir

Pour l'exigence bienveillante dont vous savez faire preuve

Pour la confiance et l'intérêt que vous avez porté à ce travail

Votre disponibilité, vos précieux conseils et votre minutieuse relecture ont été essentiels dans l'aboutissement de ce travail

Veillez trouver l'expression de mon respect et de ma profonde reconnaissance

A Marie-Lucie SCAILTEUX

Je t'adresse mes plus sincères remerciements pour ta disponibilité et ton aide précieuse qui ont permis la réalisation de ce travail

Au Docteur BOUVET

*Pour vos conseils avisés et pour la précision dont vous savez faire preuve
Soyez assuré de mon profond respect*

Au Docteur ABONDO

Je vous remercie d'avoir participé à l'élaboration de ce travail

A toute l'équipe du service de médecine légale du CHU de Rennes

Pour votre accueil chaleureux et votre soutien tout au long de cette année

A ceux rencontrés au cours de mon internat de psychiatrie

Pour votre bienveillance, votre empathie et votre humanisme sans quoi la psychiatrie perdrait de son sens

Pour votre optimisme et votre légèreté souvent nécessaires

Le temps passe mais les belles rencontres ne s'oublient pas

Je vous remercie infiniment

A Sébastien et Eric LE HEDE

Pour le plaisir que j'ai eu à apprendre la pédopsychiatrie à vos côtés.

A mes parents

Pour votre générosité et votre respect de l'autre

*Je vous remercie de m'avoir transmis votre tolérance, votre courage et de m'avoir toujours
laissé libre de mes choix*

A ma sœur et mon frère

Je vous aime

Que la vie soit douce et plaisante

A Margot, Victor et Marius

Pour la joie que vous me procurez par votre sourire insouciant.

Soyez heureux !

A Joëlle

Pour ton écoute et ta profonde générosité.

A Mélanie

Pour ton amour de la vie et ton soutien sans faille

Merci d'avoir été là

A mes amis, d'ici et d'ailleurs, d'avant et d'aujourd'hui

Pour tous ces moments plaisants passés à vos côtés et ceux à venir

A Mathieu

Pour tout ce que tu m'apportes

**L'évaluation du discernement ou du contrôle des actes par
l'expert psychiatre**

**A partir de 127 rapports d'expertises en application de l'article 122-1 du
Code pénal**

Forensic psychiatric assessment of legal insanity

**From 127 expert reports pursuant to article 122-1 of the French Criminal
Code**

Résumé

Introduction. L'expertise psychiatrique pénale de « responsabilité » repose sur trois notions essentielles que sont l'état mental de l'individu au temps de l'infraction, l'interprétation médico-légale du lien entre trouble mental et faits reprochés, et la « qualité » du discernement et du contrôle des actes. A ce jour, il n'existe, au sein du collège des experts psychiatres, aucun consensus quant à la définition ou aux modalités d'évaluation des concepts de discernement et de contrôle des actes. L'objectif principal de l'étude consistait à analyser par quelle démarche l'expert parvenait à conclure sur la qualité du discernement ou du contrôle des actes. L'objectif secondaire consistait à étudier les arguments avancés par l'expert pour qualifier le discernement ou le contrôle des actes afin de dégager des critères explicatifs communs.

Méthode. Une étude descriptive rétrospective a été réalisée à partir de 127 rapports d'expertises, en application de l'article 122-1 du Code pénal, de la cour d'assises et de la chambre de l'instruction de Rennes. L'état mental de l'individu au moment des faits et la réponse quant au lien entre trouble mental et infraction ont été étudiés et comparés selon que le discernement ou le contrôle des actes était conservé, altéré/entravé ou aboli. Les arguments de l'expert quant à sa conclusion sur la qualité du discernement ou du contrôle des actes ont été recueillis pour chacun des groupes.

Résultats. Dans 88,19% des rapports, l'expert ne distingue pas l'évaluation du discernement de celle du contrôle des actes. Dans 19,69% des rapports, il omet d'évaluer l'état mental de l'individu au moment des faits. Concernant l'exploration du lien entre diagnostic et infraction, l'expert ne motive pas sa réponse dans 33,07% des rapports. L'existence d'une corrélation n'est pas mise en évidence entre présence d'un lien, entre trouble mental et infraction, et discernement atteint – aboli et altéré – (RR=2,33 ; IC95% [0.94-5.79] ; p=0,067). L'expert ne retient pas de lien tout en concluant à une altération du discernement chez quatre individus. Il conclut à une abolition du discernement à partir du lien établi sur le diagnostic au jour de l'expertise chez deux sujets. En terme de répartition des catégories diagnostiques, le trouble psychotique est associé positivement à une abolition du discernement (p<0.001). Les troubles mentaux associés à une altération sont plus hétérogènes, représentés majoritairement par les troubles de personnalité (p<0.001). L'argumentation de l'expert quant à la qualification du discernement est présente dans 53,54% des rapports. Dix principaux arguments ont pu être mis en évidence dont le délire, la dissociation, la confusion ou les toxiques.

Discussion. La notion d'abolition apparaît plus univoque pour l'expert et son champ plus homogène, recouvrant celui de la psychose. Tandis que la notion d'altération apparaît beaucoup plus imprécise et son évaluation plus lacunaire. Ce constat peut s'expliquer par l'absence de définition des concepts de discernement et de contrôle des actes, ce qui peut restreindre l'expert à conclure sur le seul diagnostic d'une part, et par le manque de rigueur dans le raisonnement médico-légal face à l'imprécision de la mission d'autre part. Face à ce constat, il devient nécessaire de renforcer la validité de l'expertise. Dans cette optique, plusieurs dispositions émanant à la fois du juge et de l'expert peuvent être envisagées, dont la création d'un outil d'évaluation clinique.

Mots-clés : expertise psychiatrique, responsabilité pénale, discernement, contrôle des actes, article 122-1 Code pénal

Summary

Introduction. The forensic psychiatric assessment of « responsibility » is based on three essential concepts: the mental state of the individual at the time of the offense, the interpretation of the relationship between mental disorder and offense, and the « quality » of discernment and control of acts. Today, in the college of expert psychiatrists, there is no consensus for the definition or the methods to assess the concepts of discernment and control of acts. The main purpose of this article was to analyze how the expert was able to conclude on the quality of discernment or control of acts. The secondary purpose was to examine the arguments used by the expert to call discernment or control of acts in order to identify common explanatory criteria.

Method. A retrospective descriptive study was conducted from 127 expert reports of the penal Court of Rennes pursuant to article 122-1 of the French Criminal Code. The mental state of the individual at the time of the offense and the relationship between mental disorder and offense were investigated and compared, depending on whether the discernment or control of acts was conserved, altered/impaired or abolished. The expert's arguments were collected to identify explanatory criteria.

Results. In 88,19% of the reports, the expert doesn't differentiate the assessment of discernment that control actions. In 19,69% of the reports, the expert omits to assess the mental state of the individual at the time of the offense. About the exploration of relationship between mental disorder and offense, the expert doesn't justify his response in 33,07% of reports. The existence of a correlation link could not be found between the presence of the relationship between mental disorder and offense, and the affected discernment – altered or abolished – (RR=2,33; IC95% [0.94-5.79]; p=0,067). The expert doesn't retain a link, even concluding an altered discernment for four individuals. He concludes an abolished discernment from the link based on the diagnosis at the moment of the expertise for two individuals. In terms of distribution of diagnostic categories, the psychotic disorder is positively associated with abolition of discernment (p<0.001). Mental disorders associated with diminished discernment are more heterogeneous, predominantly represented by personality disorders (p<0.001). The argument of the expert as to the qualification of discernment is present in 53.54% of reports. Ten major arguments have been highlighted including delirium, dissociation, confusion or toxic.

Discussion. The notion of abolition appears more unequivocal to the expert and its field more homogeneous, covering the psychosis. The notion of alteration appears much more imprecise and its assessment more incomplete. Two reasons may explain this finding: the lack of definition of the concepts of discernment and control of acts, which may restrict the expert to conclude on the diagnosis alone on one hand, and the lack of rigor in the forensic reasoning with an imprecise mission, on the other hand. Given this situation, it becomes necessary to reinforce the validity of expertise. In this objective, both the judge and the expert may consider several adjustments, including the creation of a clinical assessment tool.

Keywords: forensic psychiatry, criminal responsibility, legal insanity, mental capacity, control of acts

Liste des abréviations

CP : Code pénal

CIM-10 : Classification internationale des maladies - 10^{ème} édition

DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 4ème édition

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 5ème édition

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

TP : Trouble de personnalité

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|------------------------------------|
| Préambule | 21 |
| I / L'évolution historique de l'expertise psychiatrique de « responsabilité » à travers le droit pénal ... | 21 |
| A) Du principe du libre-arbitre à la systématisation de l'expertise psychiatrique | 21 |
| B) Les dispositions de l'article 122-1 du nouveau Code pénal et ses conséquences sur la pratique expertale | 26 |
| II/ Le discernement et le contrôle des actes dans l'expertise psychiatrique de « responsabilité » : une nouvelle terminologie à définir | 32 |
| A) De multiples processus cognitifs, émotionnels et socio-moraux : vers une conceptualisation univoque du discernement | 32 |
| B) Le contrôle des actes : une évaluation délaissée pour sa complexité | 37 |
| L'évaluation du discernement ou du contrôle des actes par l'expert psychiatre | 45 |
| INTRODUCTION..... | 45 |
| METHODE | 46 |
| Echantillon..... | 46 |
| Critères d'inclusion et d'exclusion | 47 |
| Procédure..... | 47 |
| Analyse statistique..... | 48 |
| RESULTATS | 49 |
| Caractéristiques de l'échantillon étudié..... | 49 |
| Démarche expertale selon la qualité du discernement..... | 50 |
| Argumentation de l'expert au sujet de la qualification du discernement | 53 |
| DISCUSSION | 54 |
| Caractéristiques de l'échantillon | Erreur ! Signet non défini. |
| Principes de la démarche expertale et argumentation de l'expert ... | Erreur ! Signet non défini. |
| Perspectives | Erreur ! Signet non défini. |
| Limites..... | Erreur ! Signet non défini. |
| BIBLIOGRAPHIE (Préambule)..... | 60 |
| BIBLIOGRAPHIE (Article)..... | 66 |
| Liste des tableaux | 70 |
| | 20 |

Préambule

I / L'évolution historique de l'expertise psychiatrique de « responsabilité » à travers le droit pénal

Le principe de responsabilité pénale a évolué au cours des siècles. Son aspect actuel procède du tournant qui lui a été imprimé par les philosophes des Lumières au XVIII^{ème} siècle. Ils ont eu du « libre-arbitre » une interprétation laïque très éloignée de la doctrine Thomiste qui prévalait jusqu'à cette date. Cette laïcité s'est peu à peu imposée à l'écriture de la règle de Droit. Parallèlement, les aliénistes de l'époque, dont Pinel est la figure centrale, ont théorisé sur l'aliénation mentale. Ils ont imputé à l'aliénation qui prive l'individu de son libre-arbitre l'irresponsabilité pénale qui en découle. La manière dont le Droit a considéré le « fou » s'est donc modifiée et, sous la revendication médicale, l'expertise psychiatrique de « responsabilité » a pris son essor (A). Le Code pénal de 1994 a confirmé la nécessité de l'expertise psychiatrique pénale par la rédaction de l'article 122-1 relatif aux causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité. Les grands principes de la démarche expertale ont été réaffirmés mais la nouvelle rédaction juridique n'a pas été sans incidences sur la pratique expertale (B).

A) Du principe du libre-arbitre à la systématisation de l'expertise psychiatrique

Le droit pénal définit les infractions et en sanctionne les auteurs au nom de la société. Chaque société définit les conditions de la responsabilité pénale de ses citoyens et de facto les conditions de leur irresponsabilité. Bouley écrit « *la responsabilité est un concept intimement lié à une certaine façon de penser les rapports entre les individus, ses comportements et la société* » [1]. Le concept de responsabilité s'est modifié à travers les différents courants de pensée qui ont participé à l'élaboration du Droit et aux bouleversements qu'il a pu rencontrer. Jusqu'au XVIII^{ème} siècle, le droit pénal est profondément marqué par la morale chrétienne ; l'infraction pénale est une transgression aux règles posées par les hommes mais elle est surtout un manquement à la religion. Il faut attendre le siècle des Lumières pour que se fixent les trois éléments constitutifs de l'infraction tels qu'actuellement définis. Si les éléments légal et matériel sont demeurés en l'état, c'est bien l'élément intentionnel qui s'est trouvé profondément modifié par l'interprétation des Lumières. Elles font de l'homme un être agissant selon sa propre nature. Elles le libèrent de la faute originelle et au nom du libre-

arbitre permettent à l'homme de répondre de ses actes et de ses intentions non plus devant Dieu mais devant lui-même et la société. Kant, Beccaria et d'autres philosophes des Lumières ont posé le postulat de l'homme libre, de son vouloir et de son choix ; Kant étant celui qui a laissé probablement l'empreinte la plus durable en raison de l'influence qu'il a exercé sur la pensée juridique [2]. Selon lui, la responsabilité signifie « *l'engagement personnel d'un sujet totalement disponible et fondamentalement libre, qui a l'entière paternité d'une action dont il est intentionnellement et délibérément l'auteur* » [1]. En pleine connaissance de cause, le sujet agit et endosse la responsabilité de l'action qui lui est imputable. Cette position Kantienne est devenue celle du droit pénal (laïc). Pour Kant et ses adeptes, l'homme dispose de la liberté d'agir ; jouir pleinement de cette liberté fait de lui le responsable de ses actes et légitime la sanction dans le cadre d'une justice rétributive [3].

Cette conception va marquer la doctrine pénale du XIX^{ème} siècle. Face à l'éloignement des croyances traditionnelles et à l'affirmation du principe de libre-arbitre, l'attention va se porter non plus sur l'acte commis mais sur l'individu à l'origine de cet acte. Une période de basculement va s'installer entre une justice objective punissant des faits criminels d'une part, et une justice subjective, punissant des individus de peines graduées en fonction de leur santé mentale d'autre part [3]. L'émergence d'une justice subjective va consacrer la notion d'irresponsabilité pénale au motif de la maladie mentale. En effet, bien que l'irresponsabilité pénale des malades mentaux ait pu être reconnue par le Droit romain au Moyen Âge, la folie restait marquée du divin et le malade mental était puni comme n'importe quel criminel, voire plus sévèrement car on le soupçonnait de possession démoniaque. La conception laïque du droit pénal acquise au cours du XVIII^{ème} siècle se retrouve dans le Code pénal de 1810. La rédaction de l'article 64, notamment sous l'influence des travaux de Pinel, représente une étape déterminante. Il dispose : « *Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action* ». L'élément intellectuel est alors seul capable d'expliquer l'élément matériel du crime. Dans cette approche, la démence est assimilée à une maladie mentale aliénante de l'esprit privant l'individu de son libre-arbitre et la conséquence est l'irresponsabilité du « fou ». Le Droit ne considère plus « le fou » de la même manière et se lie à la médecine, et notamment à celle de la folie. On voit apparaître une « médicalisation de la responsabilité » [1] et par conséquent l'essor de l'expertise psychiatrique.

Cette revendication médicale est ancienne en matière de droit pénal. Au XVI^{ème} siècle, déjà, Jean Wier tente de médicaliser la sorcellerie ; Zacchias, médecin légiste du XVII^{ème} réclame, pour chaque « fou » à juger, un examen médical et une exonération pénale permettant des

soins adaptés. Malgré ces tentatives, jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle, les juges ne feront appel qu'exceptionnellement au médecin, s'estimant capables de décider seuls. À la fin du XVIII^{ème} siècle, Pinel participe lui aussi à la médicalisation de la responsabilité quand il attribue la folie à la maladie mentale et non à la volonté divine et qu'il fait du « dément » un malade. Mais, bien qu'il attire l'attention des médecins sur les aliénés criminels et propose un « traitement moral » au moment où le droit pénal est prêt à accéder à cette demande, les magistrats ne recourent pas à l'expertise psychiatrique. C'est grâce à Esquirol, le « père » de la loi du 30 juin 1838, qu'un regard médico-légal est porté sur le malade mental notamment avec l'exposé sur la monomanie [2]. Il est suivi par Georget, son disciple, qui développe en 1825 la monomanie homicide et soutient la nécessité d'un avis médical expert en matière de responsabilité pénale [1]. Une polémique entre aliénistes et magistrats s'engage, ceux-ci contestent la validité clinique de l'entité monomanie et réaffirment leur capacité à distinguer l'état de folie de celui de normalité. Largement critiquée, la monomanie va rapidement disparaître mais elle contribuera probablement à l'élaboration de la loi de 1832 (portant sur les circonstances atténuantes) dont le corolaire est l'expertise psychiatrique [1]. Pour exemple, en 1835, dans l'affaire Rivière, un juge d'instruction désigne un psychiatre pour évaluer la responsabilité de l'auteur accusé de l'égorgeage de sa mère, de sa sœur et de son frère [4]. Il est demandé au psychiatre, expert, d'expliquer les faits à juger et de déterminer à quel point est impliquée la volonté du sujet dans le crime. Outre l'élément matériel, d'autres éléments relèvent de l'évaluation clinique par l'expert. Ces éléments non définis par le Droit vont conduire à la création d'un champ médico-juridique nouveau dans l'évaluation de la responsabilité. En 1840, la théorie de la dégénérescence élaborée par Morel, par son caractère scientifique et sa causalité unique, induit la nécessité de l'expertise psychiatrique dans la détermination de la responsabilité pénale. Un équilibre entre santé et justice et donc entre asile et prison est recherché ce qui donne à l'expertise psychiatrique un rôle d'arbitrage. La clinique psychiatrique permet de repérer l'aliéné mental parmi les délinquants et la loi du 30 juin 1838 fixe les modalités du placement de tous malades mentaux en asile psychiatrique, notamment de ceux qui ont été déclarés irresponsables lors d'une procédure pénale. Le malade mental qui bénéficie de l'application de l'article 64 est donc déclaré irresponsable pénalement et interné sous le mode du placement d'office. En matière de responsabilité, la justice fonctionne à cette époque suivant la règle du « tout ou rien » : soit l'individu dispose d'une volonté libre et il est jugé responsable, soit il est déclaré dément et donc irresponsable ne pouvant être sanctionné.

Malgré sa place prépondérante dans la pratique psychiatrique du XIX^{ème} siècle, l'expertise pénale est loin d'être systématique en matière criminelle. Face aux réticences des magistrats, elle est, sous leur contrôle, mise en concurrence avec d'autres moyens judiciaires traditionnels qu'ils maîtrisent parfaitement [5]. Et même si, vers la fin du XIX^{ème} siècle, la présence des médecins en justice est moins contestée et si les magistrats la sollicitent plus souvent, ils ne le font que dans la mesure où sont émis des avis conformes à leur point de vue [5]. C'est au début du XX^{ème} siècle que l'expertise psychiatrique se généralise et, dans le même temps, se complexifie à la suite de la remise en cause de la simplicité de la clinique de l'aliénation établie par Pinel et sans doute de la contestation par certains juristes du système dichotomique de responsabilité [6]. En 1905, la circulaire Chaumié remet en cause le principe du « tout ou rien » en matière de responsabilité et énonce : « *il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelles mesures l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé* » [7]. Elle pose donc explicitement à l'expert la question de la responsabilité et attend de lui qu'il détermine le degré de responsabilité d'un prévenu. À cette fin, le juge d'instruction interroge systématiquement l'expert, non seulement sur la question de l'état de démence de l'inculpé au moment de l'acte (au sens de l'article 64 du code pénal), mais lui demande également de préciser « *si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité* » [7]. Cette circulaire introduit la notion de responsabilité atténuée et pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes responsables de leurs actes malgré un trouble mental ne relevant toutefois pas de l'aliénation totale. Une partie des champs juridique et médical y voit une innovation permettant de prendre en compte les caractéristiques singulières du prévenu [8], tandis qu'une autre partie la critique vivement [9]. Certains cliniciens s'opposent aux dispositions de la circulaire car ils considèrent qu'il n'existe pas de « demi-maladie » ni de « demi-responsabilité » et qu'ils estiment que statuer sur la responsabilité ne revient pas à l'expert mais au juge [9, 10]. Malgré les imprécisions tant médicales que juridiques de cette circulaire et les contestations qu'elle engendre, les expertises psychiatriques se généralisent progressivement et la légitimité de l'expert se confirme.

Au cours du XX^{ème} siècle, l'expert est amené à se positionner sur l'état de démence de l'inculpé au temps de l'action mais également sur les anomalies mentales pouvant atténuer sa responsabilité. Selon Rogues de Fursac en 1923, « *se prononcer sur la responsabilité d'un individu, c'est pour le médecin expert dire si cet individu doit être considéré comme aliéné* »

relevant de mesures médicales ou comme un criminel relevant de la répression pénale ; dans le cas où il n'est pas aliéné, dire s'il présente des anomalies mentales de nature à lui mériter l'indulgence de la justice » [11]. Selon Régis, être responsable suppose être libre de juger et de discerner c'est-à-dire de faire « le départ en ce qui est bien et ce qui est mal, ce qui est utile et ce qui est nuisible, entre ce qui est légal et ce qui est illégal » [12]. Il accepte d'ailleurs le concept de « responsabilité semi-atténuée des semi aliénés » comme dans l'hystérie, l'épilepsie ou encore l'alcoolisme [12]. Pour les principaux théoriciens du droit français des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, être responsable nécessite quatre facultés fondamentales : l'intelligence, le discernement ou la capacité de comprendre si une action est morale, la liberté et le contrôle de ses actions, la volonté [13]. Pour l'expert, s'ajoute à la difficulté d'évaluer la responsabilité, celle de qualifier la démence qui elle-même répond à plusieurs définitions. Cette difficulté s'aggrave lorsque l'on considère qu'à l'époque la notion de démence peut être comprise différemment selon qu'elle est utilisée par les psychiatres ou les hommes de loi. Pour Pinel, la démence tend à désigner « l'affaiblissement des fonctions intellectuelles » [14]. Pour Esquirol puis Kraepelin, plusieurs formes de démences existent, qu'ils spécifient en différentes entités cliniques. Face à ces évolutions médicales, les pénalistes vont considérer que le terme de démence est un terme générique qui doit être entendu comme synonyme d'aliénation mentale. Selon le Code pénal napoléonien, « la démence est non l'affaiblissement intellectuel, mais tout état mental qui enlève à l'individu son libre arbitre » [15]. À la différence de son prédécesseur, Esquirol considère qu'il existe plusieurs types d'aliénation mentale, auxquels peuvent être associés l'un ou l'autre de ces dysfonctionnements : un comportement en relation avec une aberration du jugement, une perversion des facultés affectives ou une impuissance de la volonté à résister à l'impulsion [14]. En 1907, Ballet confirme, au sujet de l'expertise médico-légale, que le sens du mot démence ne doit pas être pris dans l'acceptation restreinte que lui assigne la clinique psychiatrique (affaiblissement mental) mais qu'il désigne les troubles mentaux, quels qu'ils soient, susceptibles d'influencer pathologiquement les actes [10]. En réponse à l'article 64 puis à la circulaire Chaumié, l'expert doit non seulement établir l'existence de troubles psychiques mais démontrer que ces troubles existaient au temps de l'action. Si l'expert diagnostique un trouble mental au moment de l'infraction, il doit alors se prononcer sur le rôle que cet état pathologique a pu jouer dans l'accomplissement de l'acte reproché. L'expert ne doit donc pas seulement porter un diagnostic mais comme l'affirme Ballet « il doit montrer l'influence qu'ont eu sur les actes du prévenu et particulièrement sur l'acte incriminé, les tares constatées » [10]. La discussion médico-légale de l'expertise consiste à démontrer que « les troubles du jugement mis en relief

dans l'étude clinique expliquent bien l'acte antisocial, qu'il s'agit là d'un symptôme clinique de la maladie » [12]. Cela implique pour l'expert de confronter des paramètres cliniques (l'état mental au moment des faits) et des paramètres extra-cliniques (la nature des faits eux-mêmes) pour permettre au magistrat d'en tirer les conséquences de droit selon l'article 64 du Code pénal [16]. Cette discussion médico-légale découle de l'essence même de la loi et appartient donc bien au champ de l'expertise, même si à ce sujet et à l'époque de vifs débats ont pu avoir lieu.

Par la suite, l'évolution de la science va progressivement rattacher la notion de démence aux maladies neurologiques et les nouvelles nosographies psychiatriques vont dépasser le seul diagnostic de démence ou d'aliénation mentale. Il faudra alors admettre l'inadéquation du terme démence au sens de l'article 64 du Code pénal avec la nouvelle clinique médicale. Parallèlement, les controverses sur le sens donné par la circulaire Chaumié au concept de responsabilité atténuée auquel ne correspond aucune réalité scientifique et à la place du psychiatre dans cette détermination se poursuivent. L'article 64 est donc critiqué sur la forme mais également sur le fond. Une réforme du Code pénal de 1810 est progressivement envisagée. Entre 1975 et 1992, plusieurs avant-projets de réforme de l'article 64 annoncent l'article 122-1 du nouveau Code pénal de 1994.

B) Les dispositions de l'article 122-1 du nouveau Code pénal et ses conséquences sur la pratique expertale

L'article 122-1 s'inscrit dans la continuité de ces évolutions et modernise les conditions dans lesquelles peut être reconnue l'irresponsabilité pénale d'un malade mental ayant commis une infraction. Bien qu'il crée certaines évolutions formelles, il ne bouleverse pas, sur le plan juridique, le principe de l'irresponsabilité du malade mental. Il dispose ainsi dans son alinéa 1 que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » [17]. L'alinéa 2 dispose quant à lui que « *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* » [17]. Sur le fond, l'article 122-1 distingue désormais explicitement selon deux situations : celle de la personne dont le discernement ou le contrôle des actes est aboli et celle de la personne dont le discernement est altéré ou le contrôle des actes est entravé. A la première correspond

l'irresponsabilité pénale et à la seconde la responsabilité atténuée. Le nouveau Code pénal dépasse donc la dichotomie responsabilité/irresponsabilité pénale de l'article 64. Par cette réforme, le législateur entérine les pratiques déjà existantes et l'évolution du regard social porté sur « le fou », mais certains regrettent l'absence de véritable changement n'y voyant qu'un « toilettage symbolique du texte » [6]. Malgré les critiques, ce nouvel article a au moins l'intérêt de ne plus charger le psychiatre de la détermination du degré de responsabilité du prévenu mais de replacer la juridiction au centre de sa compétence, statuer sur la responsabilité. Selon l'article 122-1, il revient à la juridiction de tenir compte de cette circonstance (altération du discernement ou entrave du contrôle des actes) pour la détermination du quantum et du régime de la peine. Le juge reste souverain dans la décision d'application de cet article, cependant l'apport de l'expert demeure un étayage fondamental. En effet, si le juge est seul à statuer sur la responsabilité du prévenu, en pratique, seul l'examen de l'état mental de l'intéressé au moment des faits reprochés pourra lui permettre d'apprécier si les conditions d'application de l'article 122-1 sont réunies et ceci en raison de son incompétence médicale [6]. Sur le plan expertal, il ne s'agit donc plus pour le psychiatre de se prononcer sur la responsabilité pénale, du ressort du judiciaire, mais de lui apporter des éléments visant à l'éclairer afin qu'il prenne sa décision.

Comme le prévoit le code de procédure pénale, toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut ordonner une expertise [18]. La mission des experts ne peut avoir pour objet que l'examen de questions d'ordre technique et elle est précisée dans la décision qui ordonne l'expertise. Le recours à l'expertise est nécessaire dans certaines hypothèses où l'avis de l'expert est indispensable à la manifestation de la vérité ou à l'évaluation de la personnalité de l'auteur de l'infraction. Il en va ainsi des expertises psychiatriques de responsabilité [19]. L'expertise psychiatrique est systématique en matière criminelle et ordonnée selon la nature du délit commis en matière correctionnelle [20]. La formulation des questions généralement posées à l'expert psychiatre est directement inspirée du Code pénal. Les questions posées à l'expert par le magistrat, pour celles qui concernent la responsabilité pénale, sont classiquement les suivantes [21] :

1) *Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ? ou 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.*

2) *L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?*

3) *Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal ?*

Il s'agit donc pour l'expert d'établir la présence éventuelle d'un trouble psychique ou neuropsychique au moment des faits, d'établir la relation possible de ce trouble avec la commission des faits et d'évaluer la capacité du discernement et du contrôle des actes de l'intéressé au moment de l'infraction. Ces éléments sont et doivent être interdépendants. La démarche expertale du psychiatre est, en fait, assez proche de celle de ses confrères des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles si ce n'est qu'elle est explicitement indiquée voire formalisée par la mission. Selon les magistrats, il ne s'agit pas seulement pour l'expert de poser un diagnostic mais de faire le lien entre celui-ci et l'infraction et d'évaluer la capacité du discernement et du contrôle des actes si lien il y a. La place de l'interprétation médico-légale, auparavant débattue entre aliénistes, est affirmée par la réforme du Code pénal. Mais, malgré son ancrage, elle continue à poser problème et, en grande partie, à être à l'origine de divergences entre les experts [22-27]. Comme le rappelle Zagury, « *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* » [22]. Cette interprétation suppose donc d'autres connaissances, notamment criminologiques, afin d'établir le caractère déterminant de la symptomatologie psychiatrique dans le passage à l'acte criminel [28]. L'expert psychiatre doit ainsi démontrer l'infiltration psychopathologique dans le déterminisme de l'acte [29]. Cette discussion médico-légale est l'essence même de notre législation et elle serait trop souvent ignorée de l'expert méconnaissant les règles de l'expertise médico-légale [30]. Elle est également dotée d'une grande complexité en raison de la nécessité pour l'expert de reconstruire un diagnostic rétrospectif [24,31], c'est-à-dire au moment des faits, selon les dispositions de l'article 64 confirmées par la nouvelle rédaction du 122-1. Par définition, la loi exige de l'expert une évaluation de l'état mental de la personne au temps de l'infraction. Cela est rappelé par un arrêt de la Cour de cassation rendu le 7 octobre 1992 « *sans s'expliquer sur l'état mental de la prévenue le 2 mars 1991, date des faits reprochés, la cour d'appel a méconnu le sens et la portée du texte susvisé* » [32]. Une telle évaluation rétrospective est complexe, elle nécessite un effort d'investigation pour tenter de reconstruire l'état mental de l'individu au moment de l'infraction et une certaine interprétation de la signification du comportement infractionnel [33]. Cette difficulté inhérente à la pratique expertale de

« responsabilité », déjà soulevée par nos prédécesseurs, est d'autant plus prégnante que la durée peut être importante entre le moment de l'infraction et celui de l'expertise. Dans le registre des difficultés, on peut ajouter celles qui sont directement imputables aux progrès de la science, laquelle par ses thérapeutiques innovantes modifie plus rapidement l'état mental du sujet ; l'expert se trouve parfois face à un individu dont l'aspect clinique est totalement transformé par rapport au moment de la commission de son crime.

Si les grands principes de la démarche expertale psychiatrique définis par les missions types sont peu bouleversés, l'introduction dans le nouveau Code pénal des notions de trouble psychique ou neuropsychique, de discernement et de contrôle des actes, en lieu et place de la « démence » de l'article 64, crée une situation nouvelle pour l'expert psychiatre. Cette modification du langage pénal a des incidences et non des moindres sur la pratique expertale [34]. Bien que le terme de démence prêtait à confusion et ne correspondait plus aux évolutions de la science, certains regrettent l'utilisation du terme de trouble psychique ou neuropsychique considéré comme trop technique ce qui met l'expert en place de décideur [35]. D'autres auteurs y voient une notion trop floue, sans aucune définition précise [6], d'autres en revanche l'estiment nécessaire au vu de l'élargissement des nosographies [35]. Le terme de trouble psychique également désigné dans la clinique psychiatrique par le terme de trouble mental est complexe à définir. Il suffit pour le constater de se référer aux classifications internationales. Selon la 5^{ème} version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), un trouble mental « *est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation des émotions, ou d'un comportement d'un individu qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologique, biologique, ou développemental du fonctionnement mental sous-jacent* » [36]. L'Organisation Mondiale de la Santé qui publie la classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement définit les troubles mentaux comme « *des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales* » [37]. Au vu de ces définitions, il semble difficile de déterminer précisément les contours du trouble mental. On pourrait se référer à la définition de la maladie mentale possiblement plus consensuelle, hélas on ne connaît pas de définition unique et précise de la maladie mentale. Cette incertitude est un écueil supplémentaire pour la pratique expertale. La notion de maladie mentale dépend de l'approche théorique, des conceptions du normal et du pathologique, du contexte social ou encore culturel. Sa définition

peut selon les courants psychiatriques être extensive ou restrictive. Une vision d'ailleurs trop extensive, dédifférenciant les troubles de la personnalité et de l'orientation sexuelle des maladies mentales serait délétère voire catastrophique sur le plan médico-légal [38]. Certains auteurs ne considèrent pas les troubles de la personnalité et de la sexualité comme des maladies mentales [38]. La notion de maladie renverrait à celle de l'organicité avec une ou des causes bien identifiées et pour lesquelles il existerait des possibilités thérapeutiques propres. Cette notion serait considérée comme plus spécifique qu'un trouble, qui lui, se référerait à une perturbation de l'équilibre psychique, fonctionnel ou comportemental. En psychiatrie, le terme de trouble mental ou trouble psychique serait donc préférentiellement utilisé à celui de maladie. Sous ce terme, on regrouperait la maladie mentale (schizophrénie ou troubles de l'humeur), le retard mental, les troubles liés à l'abus de toxique ou encore les troubles de personnalité. Le terme « trouble psychique » pourrait donc être compris, notamment dans le cadre expertal, comme un terme générique réunissant les maladies et les dysfonctionnements (troubles). Le terme de « trouble neuropsychique » pourrait être entendu comme tout trouble mental dont l'origine est neurologique. On retrouve au sein de la CIM-10 les troubles mentaux dits organiques réunissant « *un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrale, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau* » [39]. Le syndrome de démence en fait d'ailleurs partie.

Bien que cette notion de « trouble psychique ou neuropsychique » énoncée dans l'article 122-1 n'ait pas été définie par les législateurs de l'époque, elle correspond assez justement à la clinique psychiatrique et son utilisation paraît nécessaire dans le cadre expertal. Elle permet, en effet, d'ouvrir le champ à une éventuelle sémiologie du discernement et du contrôle des actes en ne les restreignant pas à un trouble spécifique. Schweitzer conseille d'ailleurs aux experts, au sujet de leur diagnostic, de préciser à quelle classification internationale ils se sont référés. En effet, l'absence de référencement peut conduire à la multiplicité des interprétations du diagnostic ce qui participe aux divergences si critiquées en matière expertale [26,27]. Pour autant, si le référencement est un outil nécessaire, un commencement d'homogénéisation, il ne suffit pas, à lui seul à répondre à la question du discernement et du contrôle des actes. Le DSM-V, va dans le même sens lorsqu'il précise pouvoir être utilisé à des fins médico-légales tout en rappelant que le seul diagnostic clinique d'un trouble mental ne suffit pas à répondre aux critères juridiques interrogés par la mission d'expertise (comme par exemple pour la responsabilité pénale) ; dès lors, d'autres informations sont requises [36].

Quant aux notions de « discernement et de contrôle des actes », elles ne correspondent à aucune définition juridique et à aucune référence médicale. Pourtant, le terme discernement est depuis longtemps employé par le législateur. Il apparaît dans l'ancien Code pénal de 1810 puis dans la loi de 1912 sur la délinquance des mineurs et, bien que l'ordonnance de 1945 sur l'enfance délinquante rejette la notion tenue pour arbitraire [40], le discernement est réintroduit et perdure aujourd'hui au sein de l'article 122-8 du Code pénal. Ce concept est donc présent depuis plus de deux siècles dans nos lois, ce qui a pu faire dire à certains que la référence au discernement n'apportait pas de réelle modification aux pratiques antérieures [27]. Pour autant, aucun texte législatif n'en précise le sens et il faut remonter à 1956 pour tenter de trouver une définition à travers la jurisprudence. La Cour de cassation, dans le célèbre arrêt « Laboube » de 1956 évoque au sujet du discernement du mineur, « *l'enfant possédait le minimum de raison nécessaire pour comprendre la nature et la portée de l'acte qu'on lui reproche (...) que toute infraction (...) suppose en effet que son auteur ait agi avec intelligence et volonté* » [41]. Cette définition jurisprudentielle est demeurée unique et n'a jamais été suivie d'une définition communément admise. Et pourtant, l'article 122-1 demande à l'expert de déterminer la capacité de discernement d'un individu. Il le prie également de se prononcer sur « le contrôle des actes » du prévenu, notion quant à elle absente jusqu'en 1994 du champ juridique. Les nuances, également apportées par l'article 122-1, entre les termes d'abolition et d'altération ou d'entrave ont soulevé un débat clinique [42] et ont encore complexifié le travail de l'expert. Ces notions, par les multiples interprétations qu'elles permettent, sont sources d'imprécisions et d'indécisions et participent à compliquer l'analyse psychiatrique; face à cette complexification une modification de la démarche clinique de l'expert aurait dû apparaître.

Si les dispositions de l'article 122-1 du nouveau Code pénal confirment les grands principes de la démarche expertale psychiatrique, l'expert doit faire face à une nouvelle terminologie juridique qu'il ignore en partie. Si sur le principe de trouble psychique un consensus peut être trouvé par le référencement aux classifications évoquées plus haut, les notions de discernement et de contrôle des actes se heurtent toujours à un certain « vide médical ». Depuis l'entrée en vigueur de la loi, très peu d'auteurs ont explicité leur conception du discernement et du contrôle des actes ainsi que leur technique d'évaluation [43]. Il n'existe à l'heure actuelle aucune grille de lecture ou outil clinique, bien qu'il s'agisse de termes pivots de l'articulation entre justice et psychiatrie.

II/ Le discernement et le contrôle des actes dans l'expertise psychiatrique de « responsabilité » : une nouvelle terminologie à définir

La réforme du Code pénal introduisant l'article 122-1 a confronté l'expert psychiatre à une nouvelle terminologie étrangère à son champ d'exercice et sans référence à un consensus. Pourtant, la délimitation des concepts de discernement et de contrôle des actes semble fondamentale pour offrir à l'expertise pénale une assise et une validité scientifique. Plusieurs auteurs soulignent que les conclusions expertales divergent principalement en raison de la diversité d'appréciation de ces notions [25, 26, 27, 43, 44]. Après avoir abordé, à partir de la littérature médico-légale, les processus complexes que recouvre le concept de discernement (A), nous verrons que la notion du contrôle des actes est délaissée, considérée comme plus difficile à analyser par l'expert (B).

A) *De multiples processus cognitifs, émotionnels et socio-moraux : vers une conceptualisation univoque du discernement*

« Discerner » a longtemps signifié : « action de séparer, de mettre à part ». A partir du XVI^{ème} siècle, « discerner » semble désigner l'opération par laquelle on distingue intellectuellement entre deux ou plusieurs objets, en particulier le bien du mal, le vrai du faux. Deux siècles plus tard, « discerner » renvoie à la faculté de distinguer à juste titre entre des faits et des idées faisant appel au bon sens et à l'intelligence [15]. Mais progressivement, ce concept est remplacé par l'étude du jugement et des fonctions cognitives en lien avec les orientations théoriques dominantes au XX^{ème} siècle. Pourtant, selon Littré, le discernement entendu comme la faculté de bien apprécier les choses est à distinguer du jugement qui en dit plus. L'homme de jugement suppose qu'il se conduise avec raison et sagesse ; l'homme de discernement n'a pas nécessairement ces deux qualités, mais il a la netteté d'esprit, qui, semblable à la netteté de la vue, aperçoit les choses fines, délicates, difficiles à voir [45]. A la fin du XIX^{ème} siècle, les praticiens du Droit définissent le discernement comme la faculté de distinguer le bien du mal, le légitime de l'illégitime, le légal de l'illégal [46]. Au XX^{ème} siècle, Bricout définit le discernement comme les capacités « *de discrimination des éléments constitutifs de la situation, de leur perception puis de leur intégration psycho-sensorielle, de leur présentification comparée à celle des éléments apparentés, lesquels sont réactivés et réactualisés à partir de leurs engrammes mémorisés* » [47]. Le nouveau Code pénal quant à lui ne propose aucune définition du discernement bien qu'il s'y réfère dans l'article 122-1.

Cet usage juridique fait alors de la question du discernement une question clinique. Le terme de discernement intellectuel a pu être évoqué, entendu comme la capacité cognitive à reconnaître le bien du mal [48]. Pourtant, le discernement ne saurait être seulement une fonction cognitive.

Selon Schweitzer, un des principaux auteurs à s'être attardé sur ce concept, le discernement renvoie à une capacité ou à une compétence dont l'analyse doit s'intégrer dans une psychopathologie individuelle en interférence avec d'éventuels troubles psychiques ou neuropsychiques [27]. Il tient à différencier cette notion de celle du jugement en raison notamment de différences dans les mécanismes cognitifs en jeu [34, 44]. Le discernement ne concernerait pas seulement la chose, comme le jugement qui se limite à la chose présente, mais aussi les circonstances qui l'environnent pour en prévoir les suites et les effets faisant ainsi appel à l'anticipation [14]. Schweitzer propose alors d'assimiler le discernement à un processus de synthèse intégrant les perspectives d'une démarche d'analyse (relevant du champ cognitif) et d'une démarche de jugement (relevant du champ des valeurs individuelles et sociales), c'est-à-dire les options propres à la personne rencontrée et son rapport à la loi [34, 44]. Le discernement renvoie au fonctionnement psychique individuel et apparaît, selon ce même auteur, comme une composante de l'activité de pensée (cognitive-affective-émotionnelle) et aussi de la personnalité. De multiples processus psychopathologiques du champ cognitif, affectif-émotionnel et socio-moral peuvent donc perturber le discernement. Une fois les différentes composantes repérées, il faut intégrer cette évaluation à l'analyse clinique dans le cadre de l'expertise psychiatrique. Pour cela, Schweitzer propose de distinguer les éléments constitutifs d'un acte criminel : la volonté d'accomplir une action, la compréhension de la finalité à laquelle aboutit cet acte (renvoyant à l'anticipation des effets), l'anticipation des conséquences pour un tiers ou la collectivité et le maintien de la conscience que l'acte ou sa finalité sont frappés d'interdits sociaux ou moraux [14, 49]. Il s'agirait donc d'évaluer l'activité de pensée et la personnalité de l'individu dans l'ensemble des champs qu'elles recouvrent lors de l'acte infractionnel. L'analyse psychopathologique du passage à l'acte recouvre alors toute une perspective dynamique et développementale qui n'est pas forcément celle du psychiatre raisonnant davantage sur un modèle catégoriel [34, 44]. L'expert doit tenir compte de plusieurs éléments : la motivation et les émotions sous-jacentes à celle-ci, la cognition c'est-à-dire la compréhension de l'acte et sa finalité, ainsi que le jugement moral à savoir l'acquisition de l'interdit. L'évaluation du discernement ne peut se faire, on le comprend, qu'après avoir analysé l'état mental de l'individu au temps de

l'infraction et le lien entre cet état mental et l'acte reproché pour ensuite évaluer les interférences d'un trouble éventuel sur le discernement. Car ce qui est demandé à l'expert c'est avant tout de déceler l'existence d'un trouble psychique au moment des faits et d'en mesurer l'incidence sur cette capacité [34, 47], comme il en est de même, nous y reviendrons, pour la capacité de contrôle des actes.

Face à l'absence de définition univoque et de méthode d'évaluation du discernement, d'autres auteurs proposent de se référer, pour la pratique expertale, au terme d'insight [50]. L'insight, entendu comme la conscience de souffrir d'un trouble mental, est utilisé depuis plusieurs années en clinique psychiatrique. Le concept d'insight fait consensus ; il peut être évalué et quantifié. En effet, plusieurs échelles d'évaluation d'insight existent et ont fait la preuve de leur excellente validité [50]. C'est à ce titre que ces auteurs proposent que le concept d'insight soit préféré à celui du discernement dans les expertises psychiatriques. Bien que ce changement de perspective puisse être intéressant, notamment en ce qui concerne le phénomène psychotique, il ne semble pas pouvoir s'adapter à l'ensemble des situations cliniques et expertales. L'évaluation du discernement nécessite également une approche globale du fonctionnement cognitif-affectif-moral de l'individu que ne permet pas l'évaluation de l'insight, plus restrictive. En revanche, ce type d'échelle pourrait s'avérer être un outil intéressant lorsque la période d'intercrise, appelée également « intervalle lucide » chez des malades psychotiques ou bipolaires est questionnée au moment de l'infraction. Cette période est souvent complexe à aborder pour l'expert et l'étude du discernement peut s'avérer délicate notamment lorsque la question de la rupture thérapeutique est abordée dans une période où la personne est considérée comme stabilisée. Les divergences sur cette question se font d'ailleurs entendre [25,26] lorsqu'est interrogé l'arrêt du traitement : cet arrêt est-il une décision strictement personnelle, étrangère à la maladie, ou est-il une conséquence de la maladie ? Il est reconnu que l'inobservance thérapeutique dans la schizophrénie serait directement reliée à un manque d'insight [48, 51]. L'utilisation d'une échelle pourrait alors s'avérer utile pour préciser le niveau d'insight de l'individu, réserve faite des difficultés liées à une mesure rétrospective au moment de l'expertise.

Par ailleurs, la question de la capacité de discernement du patient bipolaire ou psychotique ayant perpétré un acte antisocial pendant une période de rémission de sa pathologie est peu soulevée voire quasi absente de la littérature. Pourtant, il a été montré que plus d'un tiers des malades bipolaires en phase euthymique présentait des dysfonctions cognitives et que ces schémas de pensée dysfonctionnels en intervalle libre auraient un impact majeur sur le

fonctionnement socioprofessionnel et la compliance aux traitements [52]. Les malades bipolaires auraient également une plus grande réactivité émotionnelle aux stimulations environnementales en phase normothymique ce qui entraînerait des réponses émotionnelles d'intensité exagérées. Face à ce constat, Bénézech propose une méthode pratique d'évaluation médico-légale dans le cas d'une infraction en intercrise [52]. Il rappelle l'importance d'évaluer les facultés intellectuelles et les affects au temps de l'action. Il évoque l'analyse du degré de libre arbitre, de lucidité et de saine volonté mis en cause (sans pour autant malheureusement les définir). Il propose chez le malade psychotique ou bipolaire qui passe à l'acte entre deux épisodes actifs d'évaluer, selon l'approche bio-psycho-sociale, la période intercritique, la maladie dans ses éléments anamnestiques et évolutifs, et l'action criminelle. L'analyse de l'action criminelle suppose d'étudier la motivation et le contexte dans lequel elle s'inscrit. Ces trois domaines d'évaluation, décrits de manière très exhaustive par l'auteur, comportent de plus l'étude du champ cognitif et affectif-émotionnel.

Dans la littérature internationale, l'expertise psychiatrique de « responsabilité » pose aux experts les mêmes questions qu'en France. En Common Law, l'irresponsabilité pénale s'appuie sur les « Règles M'Naghten » issues de la jurisprudence selon lesquelles l'« insanity » (aliénation mentale) peut être retenue « *s'il est clairement prouvé qu'au moment de la commission de l'acte, l'accusé était sous l'empire d'un tel défaut de raison [qu'on pourrait traduire par l'absence de discernement] causé par une maladie mentale qu'il ne connaissait ni la nature ni la qualité de l'acte qu'il effectuait ou qu'il ne savait pas que ce qu'il faisait était mal* » [11]. Selon le concept anglo-saxon, la capacité de discernement pourrait donc être confondue avec la notion de compréhension de l'acte. Atteinte d'un trouble mental, la personne ne serait plus en capacité d'apprécier la nature, le caractère et les conséquences de ses actes, et de comprendre l'illicéité – légale ou morale – de l'infraction, à savoir distinguer le bien du mal [53, 54]. Ces « Règles M'Naghten » sont largement adoptées aux Etats-Unis, avec quelques modifications selon les Etats et dans les autres pays du patrimoine de la Common Law anglaise. Dans le droit romano-germanique, la notion de discernement est majoritairement retenue avec quelques nuances comme dans le Droit pénal espagnol qui retient l'irresponsabilité des personnes « qu'une altération mentale empêche de comprendre le caractère illicite de leurs actes » [11]. Bien que les termes et définitions employées soient hétérogènes, le sens historique que l'on donne au discernement est identique dans les pays qui reconnaissent l'irresponsabilité pénale pour trouble mental, à savoir distinguer le légal de l'illégal, le licite de l'illicite.

Les principaux auteurs anglo-saxons qui ont abordé la difficile question de l'évaluation de la responsabilité pénale envisagent la compréhension de l'acte et sa mise en œuvre relativement à plusieurs fonctions cognitives, notamment par l'abord des neurosciences. Certains auteurs parlent de « capacité mentale » traduite comme la capacité à comprendre, à conserver et à peser les informations pertinentes pour prendre une décision [55]. Cette capacité mentale qui repose sur des valeurs mais également sur des émotions peut être perturbée. Selon ces auteurs, la détresse émotionnelle parfois patente dans les troubles de personnalité perturbe les processus délibératifs qui permettent de prendre une décision. Ces processus délibératifs rejoignent les processus de prise de décision. Pour les anglo-saxons, le dysfonctionnement du modèle de prise de décision (en anglais decision-making) peut être à l'origine de l'émergence d'un acte antisocial. Reposant sur plusieurs capacités cognitives mais également émotionnelles et socio-morales, il permet à l'individu de choisir, après avoir compris les tenants et les aboutissants de l'acte, parmi différentes réponses comportementales possibles [56]. Les troubles mentaux peuvent être à l'origine de dysfonctionnements dans ces processus qui viennent perturber l'homéostasie sur laquelle repose ce modèle de prise de décision [57]. Certains auteurs définissent ces processus selon plusieurs étapes : la génération d'options, la sélection d'une option et le passage à l'action [58, 59]. La valeur affective et émotionnelle que contiennent ces processus se situe dans la génération d'options. En raison d'un trouble mental, par des perturbations notamment affectives, la prise de décision est donc contournée. Le plus grand impact fonctionnel des troubles psychiatriques sur la vie des malades mentaux serait d'ailleurs, du fait des anomalies de la pensée et des affects, lié à la prise de mauvaises décisions [60]. Bien que les émotions soient décrites comme n'ayant pas une influence uniforme sur les processus de prise de décision semblant dépendre du contexte et des circonstances individuelles, elles font parties intégrantes de ces processus. Parmi ces processus, plusieurs explications neurobiologiques sont avancées qui amènent à attribuer des valeurs différentes aux options disponibles. Des anomalies du système de récompense-traitement dans le striatum ventral décrites dans les troubles de l'humeur peuvent être une des explications aux dysfonctionnements de la prise de décision [57, 60]. Dans la schizophrénie, l'étape la plus dysfonctionnelle est celle de la génération d'options, notamment à cause des phénomènes productifs délirants, hallucinatoires [59]. La génération de « mauvaises » options perturbe de fait tout le processus de prise de décision. Parmi les autres processus évoqués, les fonctions exécutives, sous le contrôle des lobes préfrontaux, ont un rôle majeur dans la prise de décision qui nécessite planification et attention [61]. Ces déficiences globales connues dans la schizophrénie perturbent ainsi l'ensemble des processus de prise de décision [60]. Une

autre dimension, abordée par les neurosciences, a également son rôle dans ce schéma. Il s'agit de la dimension socio-morale expliquée par les capacités métacognitives que sont la théorie de l'esprit et l'empathie [56]. Chacune respectivement liée à des inférences cognitives et affectives peut être perturbée par des pathologies psychiatriques : la schizophrénie est la maladie la plus représentative, mais sont également répertoriés les troubles thymiques, autistiques ou certains troubles de personnalité. L'ensemble des processus mis en cause dans la prise de décision peut donc être altéré dans le cadre de pathologies psychiatriques sévères mais également neurodégénératives (en premier lieu les démences) et peut ainsi favoriser des comportements délictueux. Pour certains auteurs, évaluer l'impact d'un trouble mental sur ces processus de prise de décision au moment de l'infraction serait pertinent dans le cadre de l'expertise psychiatrique [59]. Le modèle de prise de décision se superpose à l'ensemble des processus psychopathologiques cognitif, affectif-émotionnel et socio-moral décrits par Schweitzer. Mais le modèle neurobiologique qui est proposé, par l'approche principalement anglo-saxonne, est encore imparfaitement connu et il ne saurait, dans le cadre de l'évaluation du discernement, se superposer à l'approche juridique [56, 62]. Plusieurs auteurs craignent l'utilisation des neurosciences dans un cadre légal en raison d'un corpus de connaissances insuffisamment validé et des conséquences délétères que pourrait entraîner une utilisation non raisonnée [56, 61, 63]. Certains n'hésitent pas à rappeler que « *l'attribution de la responsabilité reste une question normative* » et que définir ces limites, « *si elle doit prendre en compte les facteurs d'ordre social, moral et politique – en plus des éléments apportés par les experts – reste en dernière analyse d'ordre juridique* » [63].

B) Le contrôle des actes : une évaluation délaissée pour sa complexité

Peu d'auteurs se sont exprimés sur la définition et la méthode d'évaluation du discernement. Encore moins se sont exprimés sur la définition et l'évaluation du contrôle des actes. Pourtant, Ballet, dès le début du XX^{ème} siècle évoquait le contrôle des actes en parlant de l'impulsivité : « *l'individu accusé est atteint d'une maladie cérébrale (...) qui l'entraîne à des actes impulsifs ou instinctifs auxquels il n'a pas eu la force de résister* » ; il citait plus loin la notion de « *volition* » [10]. Lors de la réforme du Code pénal, le terme « contrôle des actes » a été adopté mais peu débattu au contraire du terme « discernement ». Cette absence de débat aurait pu laisser à penser que le contrôle des actes n'interrogeait pas les experts et que son évaluation serait simple. En fait, dans la pratique expertale, on constate que l'évaluation du contrôle des actes est rarement réalisée. De même, dans la littérature, tant la

définition que l'évaluation du contrôle des actes sont peu évoqués contrairement à ce qui en est du discernement [44, 64]. Plusieurs raisons à cet état de fait sont avancées [64]. La notion de contrôle des actes est considérée, par les experts, comme plus floue ; leurs interprétations sont diverses et parfois contradictoires notamment en ce qui concerne l'appréciation clinique. Certains experts abordent le contrôle des actes par sa dimension pulsionnelle, tandis que d'autres se limitent à l'évaluation de la fonction motrice d'un point de vue neurologique. L'idée que le discernement prime sur le contrôle des actes est également souvent mentionnée, ce dernier étant considéré comme secondaire. Le contrôle des actes est jugé plus difficile à évaluer car il suppose d'apprécier la dynamique du passage à l'acte. Cette dernière explication questionne, d'autant plus que l'évaluation du discernement concerne tout autant cette dynamique. Il semblerait que le discernement et le contrôle des actes soient le plus souvent intriqués, mais pas toujours.

Lors des projets de réforme du Code pénal, Bricout avait exposé sa conception du contrôle des actes qu'il intégrait à celle du discernement [47]. Selon lui, les capacités de contrôle agissent à trois niveaux : perception et intégration qui font appel aux fonctions gnosiques, acte moteur qui dépend des fonctions praxiques et élaboration du comportement qu'il considère comme le niveau le plus élevé. La dimension pulsionnelle du passage à l'acte n'est pas alors à distinguer de la dimension purement motrice, neurologique. Mais, quant à savoir comment ces capacités de contrôle ou de « maîtrise » agissent à ces différents niveaux et notamment sur celui qu'il appelle l'élaboration du comportement, Bricout n'en précise pas davantage. D'autres auteurs envisagent le contrôle des actes selon des processus cognitifs en termes de capacités adaptatives qui interviennent secondairement aux capacités intégratives sur lesquelles repose le discernement [65]. Le contrôle des actes peut donc être perturbé en amont par des troubles des capacités intégratives ou par des troubles qui vont altérer indépendamment les capacités adaptatives. Dans la mise en acte, ces processus cognitifs permettent à l'individu d'adapter ses conduites notamment dans sa relation à autrui. Lorsqu'ils ne sont plus efficaces, l'individu n'est plus capable de s'adapter et donc de contrôler ses conduites. Différents troubles psychiatriques peuvent perturber ces capacités et être à l'origine d'une entrave du contrôle des actes du sujet. Les « débilés », les accès maniaques ou encore les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) sont évoqués. Il n'est pas, en revanche, indiqué quels troubles pourraient abolir ce contrôle, si tant est que certains troubles puissent totalement annuler ou anéantir cette capacité, indépendamment du discernement. Selon Schweitzer, le contrôle des actes renvoie plutôt à la capacité

d'anticipation du sujet [34]. Bien qu'il différencie la notion de discernement de celle du contrôle des actes, les capacités d'anticipation de l'individu sont en jeu dans chacun de ces processus, pour Schweitzer. Pouvoir anticiper les conséquences de son geste, après en avoir compris l'interdit, peut permettre à l'individu de le retenir. Cette capacité est en relation avec des facteurs psychiques individuels (comme l'angoisse), mais également physiques (en référence notamment aux toxiques) et environnementaux. Ces multiples facteurs peuvent donc influencer sur la capacité de contrôle du sujet dont l'analyse doit être faite relativement à la capacité d'anticipation, à l'impulsivité et à l'absorption éventuelle de produits toxiques. L'étude de Delpla et al. avait quant à elle évalué distinctement le contrôle des actes de l'influence des toxiques [65].

La perte de la capacité de contrôle des actes est largement évoquée dans les cas d'intoxications aux substances mais est finalement peu discutée aujourd'hui sur le plan médico-légal. En effet, même si la prise massive de toxique, à l'origine d'anomalies cognitives focales entraîne une perte, totale ou partielle, du contrôle des actes, la jurisprudence se refuse généralement à y voir une cause d'irresponsabilité au sens pénal du terme [56]. S'il est certain qu'une ivresse éthylique ou une intoxication stupéfiante, au moment des faits, peuvent provoquer chez certains individus une atteinte du contrôle des actes, l'application de l'article 122-1 attendue de principe n'est pas choisie par le juge car la jurisprudence considère que « *l'acte inconscient in situ est libre dans sa cause* » ; il retient la faute antérieure comme fondement de la responsabilité [66]. Certains auteurs constatent cette divergence entre science et justice et la justifient par la perspective temporelle que chacune conçoit [56]. Le juge, dans une perspective temporelle plus étendue que l'acte jugé, estime que l'individu, connaissant les risques d'une telle consommation, était en mesure de percevoir le risque auquel il s'exposait à savoir celui de ne pouvoir se contrôler. À la différence, l'approche neurobiologique définit la responsabilité immédiate du sujet en fonction de l'état de ses fonctions cérébrales et cognitives du moment. La définition du « moment des faits » est donc plus large du point de vue juridique ; elle inclut les actes et les décisions de l'individu qui précèdent l'acte jugé. Cette définition juridique s'accommode donc plus de l'approche psychopathologique dynamique défendue par Schweitzer que de l'approche neurobiologique, qui par ses limites est en inadéquation avec la démarche expertale et sa finalité. En effet, toute la question est de savoir, pour l'expert, de quelle manière et dans quel contexte psychique et environnemental s'inscrit cette prise de toxique par l'individu. De même que l'association psychotropes et alcool est connue pour provoquer des réactions inappropriées avec perte

totale de contrôle, la consommation de cannabis peut induire des symptômes psychotiques et des actes délinquantiels [67]. Certains auteurs interpellent donc sur la nécessité d'évaluer plus précisément la prise de toxique, tant sur le plan biologique que sur les plans psychologiques et chronologiques [26, 67]. Cette évaluation précise peut influencer l'expert qui interprétera différemment la prise de toxique selon qu'elle s'inscrit dans un processus de sédation ou d'anxiolyse afin de contrer la recrudescence symptomatique d'une pathologie psychiatrique ou dans une consommation festive, voire désinhibitrice aux effets connus et choisis. La réponse apportée par l'expert doit être adaptée à chaque personne mais également à l'état mental au moment de l'acte ; instruit de la finalité de la mission et de la procédure expertale, l'expert adapte sa réponse à la définition élargie du moment de l'acte telle qu'elle est entendue par le juge. C. Jonas écrit « *lorsque l'intoxication a été volontaire et consciente chez un sujet qui en connaissait préalablement les conséquences habituelles, il faut analyser son état mental au moment de la prise du toxique et non au moment de la réalisation de l'acte* » [31]. Cette rigueur de la discussion médico-légale étayée par la connaissance juridique est parfois méconnue et l'expert a tendance à déclarer la prise de toxique comme un facteur de responsabilisation voire un facteur aggravant [25, 48]; il risque alors de dire le Droit et donc, de s'éloigner de son domaine de compétence.

La question du contrôle des actes est parfois abordée indépendamment de celle du discernement, mais lorsqu'elle l'est, c'est en référence à une symptomatologie ou à un trouble psychiatrique. Certains auteurs se réfèrent à la notion d'impulsivité traduite comme le besoin impérieux et brutal d'accomplir un acte qui échappe au contrôle volontaire du sujet [68]. Symptôme retrouvé dans divers troubles mentaux notamment dans les troubles de la personnalité, il serait, selon ces auteurs, plus retenu comme un facteur de dangerosité que comme un facteur d'abolition ou d'entrave du contrôle des actes malgré le défaut d'inhibition pulsionnelle décrit. D'autres troubles mentaux comme la pyromanie ou la kleptomanie sont évoqués comme abolissant ou entravant le contrôle des actes tout en maintenant la conscience de l'individu de commettre un acte répréhensible [56, 68]. L'individu sait que son comportement est illégal, il en a compris les conséquences pour lui-même et la société mais il ne peut s'en empêcher, obéissant à des pulsions irrésistibles. On admet également que les troubles obsessionnels compulsifs puissent conduire à une incapacité de contrôler certains actes mais les délits liés à ces troubles sont particulièrement rares.

L'analyse du contrôle des actes renvoie selon les Anglo-Saxons à l' « *irresistible impulse test* » [31]. Certains états des Etats-Unis ont, en effet, ajouté aux Règles M'Naghten

ce qu'ils appellent l' « irresistible impulse test » afin d'étendre l' « insanity defense » (la défense de l'aliénation mentale au sens pénal) au-delà des étroits paramètres cognitifs que permettaient à l'origine les Règles M'Naghten. Il est ainsi retenu : « *l'accusé est non coupable en raison de la 'folie' (insanity) si, au moment de l'infraction, en raison d'une maladie mentale ou d'un trouble, il ou elle (...) était conduit par une impulsion irrésistible de commettre l'acte* » [53]. Cet élargissement des conditions de l'irresponsabilité pénale a été défendu par plusieurs experts psychiatres mais également par des juristes qui ont considéré les Règles M'Naghten comme trop étroites et ont voulu, face aux progrès des neurosciences, inclure la « personnalité psychopathique » et le « caractère névrotique » [54]. L'American Law Institute (ALI) a donc formulé un modèle standard de droit commun de l' « insanity defense » qui intègre des composantes cognitives mais également volitives. La notion de volition, quasi absente aujourd'hui du langage scientifique français – évoquant d'ailleurs le terme d'aboulie pour avolition – est définie comme le degré de volonté personnelle qu'un sujet accorde à une action ou à une décision. La volition correspond, pour les Anglo-Saxons et dans le cadre de l'évaluation de la responsabilité pénale, à la capacité à contrôler son comportement criminel [69]. Bien que consciente de la nature de l'acte et capable de distinguer le bien du mal, la personne ne peut contrôler ses actions du fait de la déficience volitive. Ce concept peut ainsi être rattaché à celui du contrôle des actes.

Evaluer la « déficience volitionnelle » dans le cadre de l'expertise consiste pour le psychiatre à examiner la capacité du sujet à s'abstenir de commettre une infraction ou à repérer l'impulsion irrésistible en raison d'un trouble mental [70]. Cette évaluation est en pratique complexe et il existe finalement peu de données, plusieurs auteurs exposant les limites d'une telle évaluation [62, 69, 70, 71]. Une des principales difficultés est d'évaluer le degré de déficience volitionnelle qui serait suffisant pour estimer que la personne ne pouvait pas contrôler son acte. Recueillir des données objectives afin de quantifier cette perte de contrôle est extrêmement difficile, notamment en raison de l'analyse rétrospective qu'elle requiert. La question de la distinction entre des actes mal planifiés et des actes impulsifs est également soulevée. Même lorsque la question de l'évaluation de la capacité volitionnelle est abordée relativement à des troubles psychiatriques réputés associés à des composantes impulsives significatives, elle paraît tout aussi ardue ; parmi ces troubles, la pyromanie, la kleptomanie, le jeu compulsif ou encore les TOC et les troubles bipolaires [69, 70]. L'accès maniaque est aussi souvent abordé car considéré comme le trouble le plus à même d'étudier avec précision le champ de la volition. Cependant, la symptomatologie maniaque diffère selon le degré de

sévérité et Packer indique la difficulté à évaluer rétrospectivement comment s'exprimait l'accès maniaque au temps de l'infraction [70]. Il évoque également les individus qui présentent des comportements impulsifs en dehors de toute phase maniaque chez lesquels l'évaluation du degré de l'atteinte volitionnelle attribuable à l'accès maniaque est extrêmement difficile, voire impossible.

Le contrôle des impulsions est étudié depuis longtemps par les neurosciences. Elles ont pu montrer qu'il existait une association entre des anomalies cérébrales, en particulier des lobes frontaux, et l'impulsivité. Des études ont suggéré que les lésions peuvent provoquer des changements importants du comportement, incluant l'impulsivité et les comportements violents, criminels et d'autres comportements antisociaux [62]. Sous la pulsion d'une émotion au moment de la prise de décision, l'individu est incapable d'empêcher son action même s'il a conscience que son comportement est mal ou illégal. Cette impulsivité, intégrée au modèle de prise de décision, est corrélée à des anomalies fonctionnelles et structurelles cérébrales. Les pathologies au cours desquelles les capacités de contrôle du comportement sont altérées se manifestent donc par des gestes ou des comportements non voulus par la personne. On retrouve principalement des maladies neurologiques mais il a également été mis en évidence des atteintes de la volition dans certains troubles psychiatriques comme dans le TOC ou dans la schizophrénie (par une altération des voies neuronales motrices des ganglions cortico-basaux et sur un plan neurobiologique par des anomalies de l'axe dopaminergique) [56]. Les neurosciences permettent donc d'expliquer la possibilité pour une personne souffrant d'un trouble mental de comprendre l'illicéité de son action tout en étant incapable de résister à l'impulsion de la commettre. Cependant, elles ne permettent pas à l'heure actuelle d'en proposer une évaluation [62]. Aucune mesure scientifique, neurobiologique, n'existe pour évaluer et quantifier le degré d'une déficience volitionnelle.

Meynen propose un cadre conceptuel pour l'expertise de la responsabilité pénale selon le prisme de la volition [71]. Il distingue trois niveaux à étudier : l'action sous le contrôle de la volonté, la volonté comme l'expression venant du sujet lui-même, reconnue et confirmée par lui, et la capacité minimale efficace cognitive et normative à reconnaître et apprécier le monde pour ce qu'il est. Dans les troubles mentaux, une atteinte à chacun de ces niveaux (action, volonté, rapport à la réalité) est décrite. La dissociation ou encore la catatonie perturbent le premier niveau par des comportements stéréotypés, ne correspondant pas aux résultats de la volonté de la personne. Le niveau deux peut également être perturbé mais, selon Meynen, son évaluation serait plus complexe. Les malades atteints de troubles mentaux graves (comme la

schizophrénie) ou encore de TOC expriment des volontés qui ne semblent pas être vraiment l'expression de leur propre volonté, reconnue et confirmée par eux. Enfin, les perturbations du troisième niveau sont dues aux pathologies psychiatriques qui perturbent le rapport à la réalité, comme la schizophrénie ou le délire paranoïaque provoquant une perception faussée du monde. Ces niveaux peuvent d'ailleurs être perturbés au même moment, par le même trouble mental, selon des perturbations cognitives distinctes. Il ne s'agit donc pas seulement pour Meynen de diagnostiquer un trouble mental mais d'analyser précisément l'influence de ce trouble dans l'acte reproché selon ce modèle de la volition. Ce modèle permet, selon lui, de prendre en compte l'acte criminel dans son ensemble, à la différence de la question de la compréhension de l'acte selon les Règles M'Nahgten qui ne se limitent qu'au troisième niveau de ce modèle, c'est-à-dire le rapport à la réalité. Cependant, cette méthode comprend plusieurs limites dont la principale réside dans la notion de seuil de la capacité cognitive minimale efficace nécessaire pour considérer le rapport au monde non altéré. Cette limite soulevée rejoint celle évoquée précédemment concernant l'évaluation et la quantification du degré de déficience volitionnelle. Cette question de seuil soulevée dans la plupart des études concernant le déficit volitionnel dans le cadre de l'expertise psychiatrique rejoint la question de la distinction entre abolition et entrave. De la même manière, on peut se demander, selon notre droit pénal français, à partir de quel moment on peut conclure que le trouble psychique en lien avec l'infraction entrave le contrôle des actes voire l'abolit. Cette même problématique existe dans l'évaluation du discernement, entre abolition et altération. Finalement, aucune limite clinique objective ne permet de distinguer l'abolition (annulation ou anéantissement d'une capacité), de l'altération définie comme une dégradation sans annulation totale ou de l'entrave qui se réfère à l'empêchement, à la gêne [44]. Aucune réponse précise ne peut être apportée et le seul diagnostic ne peut y répondre car il s'agit d'atteintes portant sur des aspects du fonctionnement psychique, parfois transitoires [34].

Alors qu'une conceptualisation univoque des processus du discernement peut être envisagée selon un modèle intégratif reposant sur un triptyque cognitif-affectif-moral, celle du contrôle des actes soulève plus de désaccords et son évaluation plus de difficultés malgré une définition que l'on pourrait croire plus consensuelle.

Transition

Au cours des siècles, la manière dont le Droit a traité le « fou », voire le « demi-fou » s'est modifiée jusqu'à accepter l'intrusion médicale dans l'évaluation de la responsabilité. Cette intrusion s'est matérialisée par l'expertise psychiatrique pénale. Le nouveau Code pénal entré en vigueur en 1994 a réaffirmé, par l'article 122-1 relatif aux causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité, la nécessité de l'expertise. S'il a confirmé les grands principes de la démarche expertale, il a aussi proposé une nouvelle terminologie que ni le Droit ni la Médecine n'ont clairement définie. L'expert a dû répondre à une nouvelle mission, interrogé sur les « capacités » de discernement et de contrôle des actes de l'individu au moment des faits qui lui sont reprochés. Les difficultés et désaccords à ce sujet se sont fait entendre au sein du corps des experts, et aujourd'hui encore on constate nombre de divergences dans les conclusions expertales ; elles sont peut-être liées à l'absence de consensus en matière de définition des notions ou des méthodes d'évaluation, à l'absence de référencement des diagnostics aux classifications internationales ou encore à la faiblesse de l'interprétation médico-légale du lien entre trouble mental et infraction. Bien que quelques auteurs se soient exprimés sur les concepts de discernement et de contrôle des actes, aucun consensus n'est établi. L'absence d'outils suffisamment adaptés rend également complexe l'évaluation du discernement et du contrôle des actes ce qui laisse une trop grande place à l'interprétation de l'expert. Ainsi, face à ces constats et limites, la question s'est posée de savoir comment l'expert psychiatre, à défaut d'une clinique de l'abolition et a fortiori de l'altération ou de l'entrave, évalue le discernement ou le contrôle des actes. Afin de tenter d'y répondre, nous avons choisi d'exploiter des rapports d'expertises dans lesquels nous avons étudié la démarche ayant conduit l'expert à se positionner sur le discernement ou le contrôle des actes à partir des questions qui lui sont posées par le juge.

L'évaluation du discernement ou du contrôle des actes par l'expert psychiatre

A partir de 127 rapports d'expertises en application de l'article 122-1 du Code pénal

INTRODUCTION

L'irresponsabilité pénale pour raison psychiatrique est prévue par l'article 122-1 du Code pénal qui dispose dans son premier alinéa que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes » [1]. L'alinéa 2 du même article précise que « 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 » [1]. Si le juge est le seul à pouvoir statuer sur la responsabilité du prévenu, en pratique, seul l'examen de l'état mental de l'intéressé peut lui permettre d'apprécier si les conditions d'application de l'article 122-1 sont réunies et ceci en raison de son incompétence médicale. Systématique dans les affaires criminelles, l'expertise psychiatrique de « responsabilité » permet d'éclairer le magistrat sur l'état mental de la personne au moment des faits qui lui sont reprochés. Elle repose sur trois notions essentielles que sont l'état mental au temps de l'infraction, l'interprétation médico-légale du lien entre cet état mental et les faits reprochés, et la « qualité¹ » du discernement et du contrôle des actes [2].

Il est difficile pour l'expert de qualifier le discernement et le contrôle des actes car ce ne sont pas des concepts psychiatriques ni mêmes juridiques et la littérature médico-légale psychiatrique sur ce sujet est mince. Si l'on peut retenir une conceptualisation univoque des processus du discernement selon un modèle intégratif reposant sur un triptyque cognitif-affectif-moral [3-9], un consensus entre experts peine à être trouvé. Tenter d'y parvenir sous le seul angle du diagnostic ne saurait suffire tant les états pathologiques qui conduisent à une « atteinte » du discernement ou du contrôle des actes ne peuvent pas être précisément listés. Comme le rappelle Zagury, « il est impossible de prétendre pouvoir catégoriser toutes les occurrences puisqu'elles concernent un rapport entre un état mental singulier et un acte

¹ Le terme de qualité sera employé pour parler du discernement et du contrôle des actes en référence à leur degré (aboli, altéré/entravé, conservé)

particulier » [10]. En revanche, il est nécessaire de s'accorder sur des règles communes médico-légales [11] et d'aller dans le sens d'une grille de lecture consensuelle des concepts de discernement et de contrôle des actes. Peu de recherches portent sur le processus par lequel les experts forment leurs opinions psycho-légales et peu d'auteurs se sont exprimés sur leur méthode pour évaluer la qualité du discernement ou du contrôle des actes. Pourtant, la délimitation de ces concepts et leurs modalités d'évaluation sont fondamentales pour offrir à l'expertise pénale une assise et une validité scientifique et, au-delà des préoccupations strictement médicales, tendre à l'égalité de traitement des citoyens devant la loi.

Nous avons donc voulu savoir comment l'expert psychiatre, à défaut d'une clinique de l'abolition et a fortiori de l'altération ou de l'entrave, évalue le discernement ou le contrôle des actes. L'objectif principal de notre étude consistait à analyser par quelle démarche l'expert parvenait à conclure sur la qualité du discernement ou du contrôle des actes, à partir de l'état mental au moment des faits et du lien entre la pathologie éventuelle et l'infraction. L'objectif secondaire consistait à étudier les arguments avancés par l'expert dans sa conclusion sur le discernement ou le contrôle des actes afin de tenter de dégager des critères explicatifs communs.

METHODE

Une étude rétrospective descriptive a été réalisée à partir de rapports d'expertises psychiatriques pénales de « responsabilité ».

Echantillon

Les rapports d'expertises psychiatriques pénales de « responsabilité » contenus dans des dossiers criminels de la cour d'assises (2015) et de la chambre de l'instruction (2013 à 2015) de la cour d'appel de Rennes concernant des sujets majeurs poursuivis dans le cadre d'une affaire criminelle, jugée ou non – la décision judiciaire n'étant pas l'objet de l'étude – ont été recueillis. Les dossiers de la chambre de l'instruction ont été volontairement sélectionnés afin d'accéder à des expertises psychiatriques concluant à une abolition du discernement ou du contrôle des actes. En effet, la loi du 25 février 2008 prévoit que le juge d'instruction envisageant d'appliquer l'alinéa 1 de l'article 122-1 du Code pénal en informe les parties et le procureur de la République [12]. Ces derniers peuvent alors demander la saisine de la chambre de l'instruction, qui devra statuer sur la question de l'applicabilité de l'article 122-1. Cette disposition est utilisée dans la pratique de manière quasi-systématique.

Pour les dossiers dans lesquels plusieurs expertises avaient été diligentées, une seule expertise a été sélectionnée par un tirage au sort en aveugle afin d'éviter une surreprésentation de certains individus.

Critères d'inclusion et d'exclusion

L'expertise psychiatrique qui comprenait la question du discernement ou du contrôle des actes en application de l'article 122-1 du Code pénal était le seul critère d'inclusion. Le critère d'exclusion, également unique, était celui de l'absence de conclusion par l'expert à la question portant sur le discernement ou le contrôle des actes.

Procédure

Plusieurs variables ont été définies et recueillies pour chaque rapport d'expertise afin d'établir les caractéristiques de la population étudiée et de répondre aux objectifs définis ; l'ensemble de ces données étant censé être renseignées par l'expert dans son rapport.

- *Critères socio-démographiques*

L'âge de l'auteur présumé au moment de l'infraction et le sexe ont été recueilli.

- *Type d'infraction reprochée*

Cinq qualifications d'infractions ont été choisies : atteinte à la vie, atteinte à l'intégrité physique ou psychique (autres que les infractions sexuelles), infractions sexuelles, atteintes aux biens et une catégorie autre (mise en danger de la personne, non dénonciation de crime...).

- *Antécédents personnels de l'individu expertisé*

Les antécédents psychiatriques comprenant les antécédents d'hospitalisation, de suivi ou de traitement psychotrope et les antécédents judiciaires, à savoir les condamnations antérieures et leur motif, ont été recueillis.

- *Délai entre l'infraction et l'expertise*

Le délai entre le moment de l'infraction et celui de l'expertise a été relevé et calculé en mois. Pour les infractions pouvant avoir été commises sur plusieurs années, ce délai a été calculé à partir de la date des derniers faits reprochés.

- *L'avis de l'expert aux missions demandées*

Nous avons recueilli comme critères d'étude : l'absence ou la présence d'un trouble psychique ou neuropsychique au temps de l'expertise et au moment des faits reprochés –

catégorisé² selon le DSM-IV-TR [13] à des fins d'homogénéisation –, la réponse à la question du lien entre trouble mental et infraction, la qualité du discernement ou du contrôle des actes selon qu'elle était « conservée », altérée/entravée ou abolie. Pour les deux derniers critères, il a également été relevé la présence et le contenu de l'argumentation par l'expert. Nous avons également recueilli, bien que la question ne soit pas objectivement posée par la mission, l'existence éventuelle de toxique (alcool, cannabis et autres substances psychoactives) ou d'un traitement psychotrope afin de préciser au mieux l'état mental au moment des faits.

Nous avons catégorisé trois groupes selon que le discernement ou le contrôle des actes était conservé, altéré/entravé ou aboli. Les caractéristiques socio-démographiques, le type d'infraction, les antécédents personnels et le délai entre infraction et expertise ont été étudiés et comparés entre les trois groupes afin d'établir précisément les caractéristiques de l'échantillon.

Afin de répondre à l'objectif principal, la proportion de chaque catégorie diagnostique rétrospectif et l'éventuelle prise de toxique ou de traitement psychotrope ont été mesurées et comparées entre les groupes. L'état mental au moment de l'expertise a également été « opposé » à l'état mental au moment de l'infraction afin de préciser la méthodologie de l'expert. La conclusion quant au lien entre trouble mental et faits reprochés a été analysée dans chacun des groupes et comparée entre eux. Enfin, le critère existence versus absence de lien a été croisé avec le critère diagnostique rétrospectif et ce dans chacun des groupes.

En dernière analyse, l'argumentation de l'expert quant à sa réponse à la question du discernement ou du contrôle des actes a été étudiée afin de tenter de dégager des critères explicatifs communs.

Analyse statistique

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Excel[®] puis exportées dans le logiciel SAS (version 9.4) afin de réaliser les analyses statistiques. Pour les variables qualitatives, l'analyse descriptive a comporté des estimations ponctuelles en effectifs et pourcentages. Pour les variables quantitatives, la moyenne et l'écart-type pour l'âge ou la médiane et le 1^{er} et le 3^{ème} quartile pour le délai entre l'infraction et l'expertise ont été mesurés.

Une analyse univariée sur l'ensemble de la population – prenant en compte les 3 groupes de discernement ou de contrôle des actes : « conservé »/altéré/aboli – a été réalisée pour les

² Trouble psychotique, trouble de l'humeur, trouble lié à une substance, trouble sexuel, trouble de personnalité, trouble de personnalité et lié à une substance, retard mental, trouble non catégorisable

différentes variables ; en utilisant pour les variables qualitatives le test de Fischer et pour les variables quantitatives le test non paramétrique de Kruskal-Wallis. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Lorsque la comparaison entre les trois groupes était statistiquement significative, l'analyse univariée s'est portée entre les groupes altéré et aboli et entre les groupes conservé et atteint (altéré et aboli).

Le risque relatif a été utilisé pour mesurer la corrélation entre le lien entre diagnostic et faits reprochés et la qualité du discernement avec un intervalle de confiance à 95%.

RESULTATS

128 rapports d'expertises psychiatriques pénales de « responsabilité » ont été recueillis parmi lesquels une expertise a été exclue du fait de l'absence de conclusion sur la question du discernement ou du contrôle des actes. 21 dossiers comportaient plusieurs expertises psychiatriques parmi lesquelles une seule a été tirée au sort.

Au total, 127 rapports d'expertises psychiatriques pénales de « responsabilité » ont été inclus. 69 (54,33%) étaient des expertises de dossiers de la cour d'assises et 58 (45,67%) de la chambre de l'instruction.

Dans 112 expertises (88,19%) l'expert psychiatre ne distinguait pas entre discernement et contrôle des actes ; il les confondait. Dans 12 expertises (9,45%), l'expert évoquait uniquement le discernement et dans trois expertises seulement (2,36%) il évaluait distinctement le contrôle des actes et le discernement. Nous avons donc décidé pour la suite de l'étude de ne retenir que le terme « discernement ». Cependant, l'argumentation des trois expertises faisant mention du contrôle des actes a été analysée.

Caractéristiques de l'échantillon étudié

L'expert concluait à un discernement « conservé » dans 93 rapports d'expertises (73,23%). Il retenait une altération du discernement dans 17 rapports d'expertises (13,38%) et une abolition dans 17 rapports également (13,38%).

L'âge moyen de la population était de 34.6 ans, composée en majorité d'hommes (89.76% ; n=114) et le délai médian entre infraction et expertise était de 10 mois (**Tableau 1**). Concernant les critères socio-démographiques, le délai entre infraction et expertise et les antécédents judiciaires, aucune différence significative n'était relevée entre les trois groupes. Une différence significative était relevée pour le type d'infraction (p=0,015) et les antécédents

psychiatriques ($p < 0,001$). Au sujet du type d'infraction (**Tableau 1bis**), la différence se portait entre les groupes discernement altéré et aboli. La catégorie agression sexuelle était plus représentée chez les sujets au discernement altéré (76,47% vs 11,76%), alors que la catégorie atteinte à la vie était plus importante chez les sujets au discernement aboli (58,82% vs 17,65%). Concernant les antécédents psychiatriques, la différence se portait entre les groupes discernement conservé et atteint. Les antécédents psychiatriques étaient retrouvés plus fréquemment chez les individus au discernement atteint (79,41% vs 20,43% ; $p < 0,001$).

Démarche expertale selon la qualité du discernement

- **Discernement conservé (73,23% ; n=93)**

- *Etat mental au moment de l'infraction*

Aucun trouble mental n'était établi chez 26,88% (n=25) des sujets (**Tableau 2**). Chez 24,73% (n=23) des sujets, l'état mental au moment des faits n'était pas renseigné. Quand un trouble était diagnostiqué (48,39% ; n=45), on retrouvait un trouble de personnalité (23,65% ; n=22) avec 13,98% (n=13) de personnalité antisociale, un trouble de personnalité associé à un trouble lié à une substance (11,83% ; n=11), un trouble lié à une substance (8,60% ; n=8), un retard mental (2,15% ; n=2), un trouble de l'humeur et un trouble sexuel (1,08% ; n=1). La notion de toxique ou de traitement psychotrope au moment des faits n'était pas renseignée, respectivement chez 49,46% (n=46) et 62,37% (n=58) des sujets (**Tableau 3**).

- *Etat mental au moment de l'infraction versus au moment de l'expertise*

Pour les 24,73% (n=23) de sujets à l'état mental au moment des faits non renseigné, l'expert retenait majoritairement l'absence de trouble mental au moment de l'expertise (23,65% ; n=22) (**Tableau 4**). Lorsque l'état mental du sujet était renseigné rétrospectivement et au jour de l'expertise (75,27% ; n=70), il était identique dans la majorité des cas (91,43% ; n=64).

- *Lien entre trouble mental et faits reprochés*

L'expert concluait à un trouble mental en lien avec l'infraction reprochée chez 32,26% (n=30) des sujets (**Tableau 5**), sans l'argumenter pour la moitié d'entre eux. Chez 46 individus (49,46%), l'expert indiquait qu'il n'y avait « pas lieu de répondre » devant l'absence de trouble mental au moment des faits (50% ; n=23) ou de l'expertise (50% ; n=23).

- *Catégorie du trouble mental en relation ou non avec l'infraction*

Lorsqu'un lien était établi avec l'infraction (n=30), on retrouvait en majorité (**Tableau 6**) le trouble de personnalité associé à un trouble lié à une substance (30% ; n=9), le trouble de

personnalité antisociale (26,67% ; n=8), le trouble lié à une substance (20% ; n=6). Parmi les individus pour lesquels l'expert concluait à l'absence de lien (n=15), on retrouvait le plus fréquemment le trouble de personnalité (60% ; n=9) avec 33,33% (n=5) de personnalité antisociale.

- **Discernement altéré (13,38% ; n=17)**

- *Etat mental au moment de l'infraction*

Le diagnostic le plus fréquent était le trouble de personnalité (47,06% ; n=8) avec 17,65% (n=3) de personnalité borderline (**Tableau 2**). On retrouvait ensuite le trouble psychotique (23,53% ; n=4), un retard mental (11,76% ; n=2), un trouble de l'humeur (trouble dépressif non spécifié), un trouble lié à une substance et un trouble non catégorisable selon le DSM (respectivement à 5,88% ; n=1). La présence de toxique au moment des faits était constatée chez 58,82% des sujets (n=10) et la présence d'un traitement psychotrope chez 17,65% des sujets (n=3). Ces données n'étaient pas renseignées par l'expert respectivement chez 23,53% (n=4) et 47,06% (n=8) des individus (**Tableau 3**).

- *Etat mental au moment de l'infraction versus au moment de l'expertise*

Dans la quasi-totalité des cas (94,12% ; n=16), l'état mental du sujet au moment de l'infraction était identique à celui au moment de l'expertise (**Tableau 4**).

- *Lien entre trouble mental et faits reprochés*

L'expert retenait un lien chez 70,59% (n=12) des sujets, sans l'argumenter pour 41,67% (n=5) d'entre eux. Il concluait à l'absence de lien chez 23,53% (n=4) des individus et ne répondait pas à la question chez un sujet (**Tableau 5**).

- *Catégorie du trouble mental en relation ou non avec l'infraction*

Les troubles en lien avec l'infraction (n=12) étaient en majorité les troubles de personnalité (58,33% ; n=7) avec 16,67% (n=2) de personnalité borderline (**Tableau 6**). Parmi les quatre individus où l'expert concluait à une absence de lien, on retrouvait le trouble psychotique (50% ; n=2) et le retard mental (50% ; n=2).

- **Discernement aboli (13,38% ; n=17)**

- *Etat mental au moment de l'infraction*

Le diagnostic était quasi-exclusivement le trouble psychotique (82,35% ; n=14). Chez deux individus (11,76%), l'état mental au moment de l'infraction n'était pas renseigné (**Tableau 2**). La prise de toxique ou de traitement psychotrope au moment des faits (**Tableau 3**) était en

majorité absente (41,18% ; n=7 et 35,29% ; n=6) ou non renseignée (35,29% ; n=6 et 47,06% ; n=8).

- *Etat mental au moment de l'infraction versus au moment de l'expertise*

Chez les deux sujets à l'état mental au moment de l'infraction non renseigné, l'expert diagnostiquait un trouble psychotique au jour de l'expertise (**Tableau 4**). Hormis ces deux sujets, l'état mental rétrospectif et au moment de l'expertise était identique (88,24% ; n=15).

- *Lien entre trouble mental et faits reprochés*

L'expert concluait à un lien chez 100% (n=17) des individus, sans l'argumenter pour 47,06% (n=8) d'entre eux (**Tableau 5**).

- *Catégorie du trouble mental en relation avec l'infraction*

On retrouvait (**Tableau 6**) le trouble psychotique (94,12% ; n=16) et le trouble de l'humeur (5,88% ; n=1).

- **Comparaison entre les groupes discernement conservé, altéré et aboli**

- *Selon le trouble mental au moment de l'infraction*

La comparaison entre les trois groupes était statistiquement significative (**Tableau 2**). En terme de répartition des catégories diagnostiques (**Tableau 2bis**), on constatait entre les groupes discernement conservé et atteint (altéré + aboli) une proportion plus importante ($p<0,001$) de troubles lié à une substance (11,43% vs 3,12%), de troubles de personnalité antisociale (18,57% vs 3,12%), non spécifié (8,57% vs 0%) et associés à un trouble lié à une substance (15,71% vs 0%) dans le groupe discernement conservé. Entre les groupes discernement altéré et aboli, on retrouvait plus fréquemment le trouble psychotique chez les sujets au discernement aboli (93,33% vs 23,53% ; $p<0,001$). Alors que les troubles de personnalité (47,06% vs 0%), le retard mental (11,76% vs 0%), les troubles lié à une substance et non catégorisable (5,88% vs 0%) étaient exclusivement présents dans le groupe discernement altéré. Au sujet de la prise de toxique ou de traitement psychotrope au moment des faits (**Tableau 3**), aucune différence significative n'a été mise en évidence.

- *Selon le lien entre trouble mental et faits reprochés*

La comparaison entre les trois groupes était statistiquement significative ($p=0,012$) mais cette différence ne se situait pas entre les groupes discernement conservé et atteint (**Tableau 5bis**). L'existence d'une corrélation entre présence d'un lien et discernement atteint n'a pas été mis en évidence (RR=2,33 ; IC95% [0.94-5.79] ; $p=0,067$).

Argumentation de l'expert au sujet de la qualification du discernement

L'expert motivait sa conclusion chez 53,54% (n=68) des sujets (**Tableau 7**).

Dix principaux arguments, avancés par l'expert dans sa conclusion, ont pu être mis en évidence (**Tableau 8**).

En cas de discernement conservé (N=46), l'absence d'un trouble mental était la justification première (56,52% ; n=26) puis on retrouvait l'absence de confusion (34,78% ; n=16), de délire (28,26% ; n=13), de dissociation (26,09% ; n=12), de troubles cognitifs (4,35% ; n=2) et/ou de déficit intellectuel (6,52% ; n=3). La présence et l'absence, à des effectifs variables, d'un trouble de personnalité sévère, d'un trouble de l'humeur, d'une prise de toxique et d'une négation des faits étaient retrouvés.

En cas d'abolition du discernement (N=9), la présence d'un trouble mental – psychotique – (22,22% ; n=2), d'un délire (77,78% ; n=7), d'une dissociation (11,11% ; n=1), de troubles cognitifs (22,22% ; n=2) et/ou de toxique - en lien avec un trouble psychotique - (22,22% ; n=2) justifiait la conclusion de l'expert.

En cas d'altération du discernement (N=13), l'expert justifiait sa conclusion par la présence d'un trouble de personnalité sévère (38,46% ; n=5), de troubles cognitifs (15,38% ; n=2), d'un déficit intellectuel (15,38% ; n=2). Il la justifiait également par l'absence de confusion (30,77% ; n=4) et/ou d'un trouble de l'humeur (15,38% ; n=2). La présence et l'absence, à des effectifs variables, d'une pathologie psychiatrique sévère, d'un délire, d'une dissociation, de toxiques ou d'une négation des faits étaient observées.

Parmi les trois expertises dans lesquelles une distinction entre l'évaluation du discernement et le contrôle des actes était faite par l'expert psychiatre, deux sujets au discernement conservé présentaient une entrave du contrôle de leurs actes en raison d'un trouble de personnalité (paranoïaque et borderline) ; et pour le troisième sujet au discernement aboli sur un trouble délirant à type de persécution, une abolition du contrôle des actes était également retenue devant une « expropriation vécue comme une intrusion injuste ayant entraîné une explosion de colère qui a aboli le contrôle de son comportement impulsif et violent ».

DISCUSSION

Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon et les différences constatées entre les trois groupes – discernement conservé, altéré et aboli – concernant les antécédents personnels psychiatriques sont comparables aux données connues [14 ; 15]. Les différences observées entre les groupes discernement aboli et altéré concernant le type d'infraction ne sont pas mises en évidence par l'analyse multivariée réalisée par Perrault [14]. Cette singularité nous semble devoir être relativisée au regard de la taille de notre échantillon d'une part et du fait de la réalisation d'une analyse univariée d'autre part.

Principes de la démarche expertale et argumentation de l'expert

L'étude de la démarche expertale, à partir des réponses aux questions du juge, met en évidence plusieurs lacunes :

- Dans la très grande majorité des cas (9/10), l'expert ne distingue pas l'évaluation du discernement de celle du contrôle des actes, ce qui a déjà été décrit [15, 16]. Il semble qu'il envisage ces « capacités » comme intriquées ou considère que le discernement prime sur le contrôle des actes [16]. Il lui serait également plus difficile d'évaluer le contrôle des actes [15, 17-19], considérant cette notion comme plus floue [16] et par la difficulté notamment à déterminer le degré de déficience volitionnelle suffisant pour estimer que la personne ne pouvait pas contrôler son acte [18, 19].
- Dans un rapport sur cinq, l'expert omet de préciser l'état mental de l'intéressé au moment de l'infraction et ce malgré un délai médian de 10 mois entre l'infraction et l'expertise. Or un tel délai peut donner lieu à des variations de l'état psychique du sujet, surtout si un traitement a été instauré ou si une peine privative de liberté a été prononcée, qu'elle relève d'une détention ou de soins psychiatriques sans consentement. Chez deux sujets, l'état mental au jour de l'expertise a suffi à l'expert pour retenir une abolition du discernement au moment des faits. Pourtant, l'état mental au jour de l'expertise, s'il permet d'évaluer de manière probabiliste l'état antérieur du sujet, ne peut à lui seul justifier la réponse à la question du discernement [20]. Bénézech considère qu'il s'agit là d'un manque de rigueur de la part de l'expert [21], il est permis d'aller plus loin et de s'interroger sur la compréhension par l'expert de la mission qui est la sienne, à savoir contribuer à caractériser, au profit du juge, une éventuelle cause d'irresponsabilité pénale.

- L’expert omet également trop souvent de s’intéresser à la prise de toxique ou de traitement par le sujet au moment des faits (respectivement 44% et 58%) alors que celle-ci peut avoir un impact sur l’état mental, notamment en cas de trouble caractérisé antérieur, et être impliquée dans l’acte antisocial [22] ; la consommation de toxique étant d’ailleurs un des arguments mis en évidence dans la conclusion de l’expert. La question du rôle des toxiques n’étant pas objectivement posée par le juge, l’expert pourrait ignorer cet élément, bien qu’il s’agisse d’un des aspects spécifiques de la clinique expertale [23]. Cette observation peut aussi témoigner du fait que l’expert se base uniquement sur le diagnostic pour qualifier le discernement, indépendamment du rôle qu’aurait pu jouer une éventuelle intoxication ou modification thérapeutique, ce qui ne peut qu’être regretté.
- Enfin, on constate que l’exploration du lien entre diagnostic au moment des faits et infraction peut être négligée par l’expert. En atteste sa réponse souvent non motivée (33%), que le lien soit établi ou non et que le discernement soit atteint ou non. Des incohérences sont aussi observées ; lorsque par exemple l’expert ne retient aucun lien tout en concluant à une altération du discernement (chez quatre sujets) ou lorsqu’il conclut à une abolition à partir du lien établi sur la clinique au jour de l’expertise (chez deux sujets). Un manque de clarté de la mission expertale quant à l’exigence de causalité pourrait être impliqué dans ces faiblesses [24] bien qu’une méconnaissance du raisonnement médico-légal par certains experts ne puisse être écartée au regard des incohérences relevées [10, 25, 26].

L’argumentation de l’expert quant à la qualification du discernement s’avère également lacunaire. En premier lieu, l’expert ne motive pas sa réponse dans près de la moitié des rapports (46%). En second lieu, lorsqu’il la motive, c’est souvent en référence à un diagnostic et/ou à sa gravité (« pathologie psychiatrique sévère », « trouble de personnalité sévère ») sans que cette notion de « sévérité » ne soit caractérisée et sans qu’il ne se réfère, en terme de diagnostic, à une nosographie clairement identifiée. En dernier lieu, certains arguments nous semblent contestables comme celui de la négation des faits par l’auteur présumé. La négation des faits ne devrait pas faire l’objet d’une interprétation de la part de l’expert dans son évaluation, risquant de dégager des éléments qui seraient utilisés comme « arguments à charge » [27]. L’expert devrait rester prudent dans son évaluation lorsque l’individu ne reconnaît pas les faits et, selon Dubret, il devrait « garder à l’esprit que l’implication ou non du sujet dans les faits incriminés demeure comme une inconnue fondamentale dont la levée pourrait venir modifier des conclusions hâtives ou imprudentes » [27].

Les principes de la démarche expertale et l'argumentation de l'expert faisant parfois défaut, le diagnostic apparaît comme le critère unique d'appréciation de la qualité du discernement. On constate qu'il permet de distinguer assez nettement les sujets au discernement conservé, altéré et aboli. Les troubles psychotiques sont nettement associés à un discernement aboli, conformément à la littérature [14, 15, 19, 28-33]. Les troubles mentaux associés à une altération du discernement sont plus hétérogènes, constitués en majorité des troubles de personnalité (notamment borderline), en conformité avec les données connues [14, 28, 29]. Les troubles psychiques chez les sujets au discernement conservé s'avèrent somme toute fréquents (48%) et disparates, en accord avec d'autres résultats [15, 28] ; lorsqu'un lien est établi avec l'infraction, on retrouve en majorité les troubles liés aux toxiques et le trouble de personnalité antisociale. Ces troubles seraient en effet considérés comme des facteurs de « responsabilisation » [15, 34, 35], certains experts allant jusqu'à considérer la prise de toxique comme un facteur aggravant de l'infraction [34].

Cependant, il est évident du seul point de vue médical que la référence au diagnostic ne peut justifier à elle seule l'appréciation du discernement ; le caractère évolutif de la maladie, ses modalités d'expression et son rapport singulier avec l'acte infractionnel intervenant dans l'évaluation du discernement. En témoignent en partie les quelques critères sémiologiques qui se dégagent de l'analyse de l'argumentation de l'expert. L'expression d'un délire, d'une dissociation et/ou de « troubles cognitifs » sont autant d'arguments sémiologiques qui permettent à l'expert de motiver sa conclusion. Il s'appuie d'ailleurs sur la présence de ces symptômes pour retenir l'abolition. En revanche, lorsqu'il écarte l'abolition au profit de l'altération, son argumentation apparaît moins évidente : la présence comme l'absence d'un délire ou d'une dissociation pouvant justifier l'altération.

La notion d'abolition apparaît plus univoque pour l'expert et son champ plus homogène, recouvrant celui de la psychose. Tandis que la notion d'altération apparaît beaucoup plus imprécise et son évaluation plus lacunaire. Ce constat peut s'expliquer par l'absence de définition des concepts de discernement et de contrôle des actes ce qui peut contraindre l'expert à conclure sur le seul diagnostic d'une part, et par le manque de rigueur dans le raisonnement médico-légal de l'expert face à l'imprécision de la mission d'autre part.

Perspectives

La méthodologie de l'expert dans l'évaluation du discernement ou du contrôle des actes et par là même la validité de l'expertise devraient être renforcées dans un souci de cohérence

scientifique mais également d'égalité de traitement des justiciables. Dans cette optique, plusieurs dispositions émanant à la fois du juge et de l'expert pourraient être envisagées.

De la part du juge, des modifications de la mission d'expertise pourraient être attendues.

Le « moment des faits », dans son sens juridique, pourrait être borné dans le temps de sorte que l'évaluation rétrospective soit renforcée et équivalente entre experts. Certains auteurs proposent de cantonner la fourchette d'évaluation de ce « moment » entre la semaine qui précède et celle qui suit les faits reprochés [36].

La question du lien entre diagnostic et infraction gagnerait à être précisée. Le lien de causalité est souvent interprété par l'expert comme direct et exclusif [2, 10, 11, 24] alors que cette « exclusivité » n'apparaît ni dans la loi ni dans la mission. L'existence d'un tel lien paraît d'ailleurs discutable au regard de son caractère binaire peu compatible avec une approche dynamique et de l'absence de preuve scientifique entre diagnostic et infraction. Pour certains auteurs, il serait d'ailleurs plus pertinent de ne pas retenir cette interprétation restrictive, et il serait souhaitable que le juge demande à l'expert de lui exposer une ou plusieurs explications possibles [37, 38].

Le juge pourrait distinguer l'expertise de « responsabilité » de celle de « dangerosité », comme le préconisent plusieurs auteurs [23, 39-41]. La nécessité d'évaluer la période si particulière que représente le moment de l'infraction serait ainsi affirmée et le délai entre l'infraction et l'expertise pourrait être réduit, limitant de fait certaines confusions [40]. Dans cet objectif de clarté, le service de médecine légale du CHU de Rennes avait proposé au Parquet que l'évaluation de l'état mental de l'intéressé venant d'être mis en cause puisse être systématiquement réalisée par un médecin psychiatre sur réquisition judiciaire ; cette proposition n'a, pour le moment, pas été suivie. L'analyse sémiologique classique mise en perspective avec la particularité de la situation permettrait d'éclairer l'expert a posteriori. Par ailleurs, l'accès au dossier médical, à l'ensemble des pièces de procédure et aux témoignages des tiers au moment des faits devrait être systématique pour l'expert. L'ensemble de ces dispositions limiteraient les biais inhérents à l'évaluation rétrospective.

De la part de l'expert, l'évaluation systématique et rigoureuse de l'état mental de l'individu au moment des faits reprochés devrait être la règle.

L'expert devrait expliciter son raisonnement et les difficultés rencontrées dans ce travail de reconstruction, inévitablement probabiliste et donc faillible [42]. Il devrait mentionner dans son rapport s'il distingue ou non l'évaluation du discernement et du contrôle des actes.

L'expert devrait aussi indiquer à quelle nosographie il se réfère et préciser, si nécessaire, la gravité des symptômes [43]. Ces exigences permettraient aux conclusions expertales d'être davantage comprises et discutées.

Le raisonnement médico-légal de l'expert gagnerait également à être renforcé par la connaissance des aspects spécifiques de la clinique expertale ; la marge d'interprétation de la mission définie par le juge pourrait en être limitée. Bien que certaines de ces exigences aient fait l'objet de propositions au sein du collège d'experts de l'audition publique de 2007 [2], les pratiques expertales semblent ne pas parvenir à s'homogénéiser. Un renforcement du contrôle des pratiques de l'expert par la cour d'appel près de laquelle il est inscrit pourrait être envisagé afin de s'assurer de l'application des recommandations réalisées au sein du collège expertal. Par ailleurs, la fiabilité de l'évaluation du discernement ou du contrôle des actes, à travers une homogénéisation, pourrait être majorée. Il pourrait être pertinent de développer une méthodologie a minima standardisée, non pas autour du seul diagnostic mais de l'ensemble des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux mis en jeu [42]. La création d'un outil s'appuyant sur ces domaines d'expression permettrait d'obtenir une évaluation rigoureuse, systématisée et un minimum de reproductibilité serait assuré. L'utilisation d'un tel outil devra nécessairement laisser une place indispensable à des aspects du jugement clinique et à l'expérience afin d'éviter une normalisation trop rigide [42]. Pour exemple, il pourrait être envisagé un protocole d'évaluation, semi-directif, construit de façon chronologique autour de la période du passage à l'acte, comme cela existe dans l'évaluation de la dynamique criminelle de l'expertise psychologique [44]. Une réflexion sur le développement d'un outil d'évaluation par un collège expertal pourrait être menée.

Limites

L'étude présentée comporte des biais de sélection et de classement. Biais de sélection d'une part, car la période de la sélection des dossiers de la chambre de l'instruction était plus longue que celle des dossiers de la cour d'assises. Il s'agissait d'obtenir un nombre nécessaire de dossiers d'« irresponsabilité pénale » et ce biais a été limité par la sélection de l'ensemble des dossiers criminels sans se restreindre aux affaires d'« irresponsabilité pénale ». Le recueil d'une expertise par individu (21 dossiers) constitue également un biais de sélection. Il s'agissait d'obtenir une population criminelle la plus représentative possible et ce biais a été limité par un tirage au sort. Biais de classement d'autre part, en ce qui concerne la catégorisation des diagnostics car rares étaient ceux établis en référence à une classification. Enfin, au vu de la taille de l'échantillon et des données parfois manquantes, l'interprétation

des résultats doit rester prudente et l'analyse de l'argumentation de l'expert limitée. Il serait intéressant d'extrapoler cet objectif à une étude nationale afin de dégager une sémiologie plus précise.

CONCLUSION

Cette étude rétrospective descriptive a montré que l'évaluation du discernement ou du contrôle des actes par l'expert psychiatre restait complexe et fragile. Si le juge et l'expert devraient s'accorder sur des règles communes médico-légales afin de renforcer la validité de l'expertise de « responsabilité », la création d'un outil d'évaluation par un collège expertal pourrait permettre d'assurer un minimum de reproductibilité. Une lecture plus consensuelle de ces concepts pourrait être approchée.

Déclaration d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

BIBLIOGRAPHIE (Préambule)

1. Bouley D, Massoubre C, Serre C, Lang F, Chazot L, Pellet J. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Ann Med Psychol.* 2002; 160:396–405.
2. Hémerly Y. Irresponsabilité pénale, évolutions du concept. *Inf Psychiatr.* 2009; 85:727–733.
3. Guignard L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIX^{ème} siècle, entre classicisme et défense sociale. *Champ pénal/Penal field, XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, 2005.* Available from: <http://champpenal.revues.org/368>
4. Pradel J. Place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels en sont les enjeux ? Texte des experts. *Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007.* John Libbey Eurotext 2007; 73–76.
5. Guignard L. L'expertise médico-légale de la folie aux Assises 1821-1865. *Mouv Soc.* 2001; 197:57–81.
6. Valla J. Le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux à l'épreuve de la pratique. *Droit, déontologie et soin* 2002; 2:159–177.
7. Michel JP. Rapport n° 216 du Sénat relatif à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits. Paris: Sénat; 2011
8. Lantéri-Laura G. Pathologie mentale et droit pénal: un regard rétrospectif. *J Fr Psychiatrie* 2001; 13:29–31.
9. Antheaume A, Antheaume L. Responsabilité pénale et expertise psychiatrique. *Encéphale* 1907; 1:414–430.
10. Ballet G. L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité. *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France, XVII^{ème} session.* Genève; 1907
11. Senon JL, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol.* 2006; 164:818–27.
12. Senon JL. Troubles psychiques et réponses pénales. *Champ pénal/Penal Field, XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, 2005.* Available from: <http://champpenal.revues.org/77>
13. Protais C. Psychiatric care or social defense? The origins of a controversy over the responsibility of the mentally ill in French forensic psychiatry. *Int J Law Psychiatry* 2014; 37:17–24.

14. Schweitzer M-G, Puig-Verges N. De l'article 64 à l'article 122-1. La recherche du discernement: une question de formulation ou une nouvelle orientation sémiologique ? *Ann Med Psychol.* 1995; 153:608–611.
15. Littré E, Robin C. Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent. 13^e édition. Paris : Baillière; 1873.
16. Zagury D. Place et évolution de la fonction de l'expertise. Rapport d'experts. *Psychopathologie et Traitements Actuels des Auteurs d'Aggression Sexuelle.* John Libbey Eurotext 2001.
17. Code pénal. Article 122-1 du Code pénal. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213>
18. Code de procédure pénale, Section 9 : De l'expertise. Available from : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=4134122D517C280C685706A5A2CD9061.tpdila11v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006167429&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20160619
19. Ministère de la Justice. Rapport de la commission de réflexion sur l'expertise. 2011 Available from : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapp_com_reflexion_expertise.pdf
20. Barbier G, Demontès C, Lecerf J-R, Michel J-P. Rapport d'information n° 434 du Sénat sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions. Paris: Sénat; 2010
21. Penin A. Quels sont les problèmes posés par l'articulation de l'examen médicopsychologique et de l'expertise psychiatrique, notamment devant la cour d'Assises ? Texte des experts. *Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007.* John Libbey Eurotext 2007; 179–180.
22. Zagury D. Pour une clarification de l'interprétation médico-légale. *Inf Psychiatr.* 2004; 80:325–328.
23. Zagury D. Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récente de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ? Texte des experts. *Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007.* John Libbey Eurotext 2007; 129–134.
24. Zagury D. Vers une clinique de l'abolition du discernement. *Ann Med Psychol.* 2006; 164:847–850.
25. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes schizophrènes accusées d'homicide volontaire : enquête auprès des experts de la cour d'appel d'Aix-en-Provence. *Encéphale* 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.08.001>

26. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature. *Encéphale* 2015; 41:244–250.
27. Schweitzer M-G, Puig-Verges N. Troubles psychiques, discernement et passage à l'acte. Une difficulté méthodologique. *Inf Psychiatr.* 2001; 5:487–91.
28. Jonas C. La clinique expertale doit-elle se restructurer, se spécifier et répondre à de nouvelles demandes ? Texte des experts. *Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007.* John Libbey Eurotext 2007; 243–252.
29. Richard-Devantoy S, Voyer M, Richard A-I, Lhuillier J-P, Senon J-L. Réquisitions et expertises psychiatriques pénales : quelles exigences pour le psychiatre ? *Ann Med Psychol.* 2011; 169:648–651.
30. Michaud-Nerard T. Le problème de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux "déclarés déments". *Gazette du Palais* 2009; 181:2.
31. Jonas C. Réflexions sur l'appréciation des notions de discernement et de contrôle des actes. *Neuropsy News* 2004; 3:24–28.
32. Cour de Cassation, Chambre Criminelle, du 7 octobre 1992. Publié au bulletin n°314. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007067438>
33. Ogloff JR, Roberts CF, Roesch R. The insanity defense: legal standards and clinical assessment. *Appl Prev Psychol.* 1993; 2:163–178.
34. Schweitzer M-G. Quelles sont les incidences médico-légales des articles 122-1 alinéa 1 et 2 et 122-2 en terme de responsabilité pénale, d'imputabilité, de discernement et de contrôle des actes ? Texte des experts. *Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007.* John Libbey Eurotext 2007; 77–87.
35. Dubec M. L'expert psychiatre et l'évaluation de la responsabilité de l'inculpé. *J Med Leg Droit Med.* 1991; 6:427–438.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V).* Washington D.C. American Psychiatric Association; 2013
37. Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 - La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.* 2001. Available from : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.pdf?ua=1
38. Zagury D. Humeur : les troubles de la personnalité sont-ils des maladies mentales ? *Inf Psychiatr.* 2008; 84:11–13.
39. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : 10^{ème} révision - Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic : CIM-10/ICD-10 : Chapitre V (F).* Paris: Masson; 1993

40. Yvrel J-J. Le discernement : construction et usage d'une catégorie juridique en droit pénal des mineurs. Etude historique. Rech Fam. 2012; 9:153–162.
41. Cour de cassation, Chambre criminelle, du 13 décembre 1956, 55-05.772, Publié au bulletin 1956 n°840. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007054042>
42. Protais C, Moreau D. L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. Commentaire du texte de Samuel Lézé. Champ pénal/Penal Field, 2009. Available from: <http://champpenal.revues.org/7557>
43. Fédération Française de Psychiatrie. Sous la direction de Senon JL, Pascal JC, Rossinelli G. Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007. John Libbey Eurotext 2007
44. Schweitzer M-G, Puig-Verges N. Responsabilité pénale et art. 122-1 al. 2. : pourquoi effectuer une évaluation du discernement ? J Med Leg Droit Med. 2003; 46:117–121.
45. Littré E. Dictionnaire de la langue française. Tome deuxième. Paris : Hachette; 1874
46. Doucet J-P. Dictionnaire de droit criminel. Lettre D. (onzième partie). Available from : http://ledroitcriminel.free.fr/dictionnaire/lettre_d/lettre_d_dis.htm
47. Bricout J. Contrôle, culpabilité, discernement, responsabilité: lexique en suspens pour un espace judiciaire européen. J Med Leg Droit Med. 1991; 34:439–448.
48. Bénézech M. Folie où es-tu? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. Ann Med Psychol. 2010; 168:48–56.
49. Schweitzer M-G, Puig-Vergès N. Discernement et passage à l'acte à l'adolescence: évaluation et prise en charge des auteurs de transgression. Ann Med Psychol. 2001; 159:726–730.
50. Bourgeois M-L, Bénézech M, Antoniol B, Haustgen T. Discernement, lucidité, conscience et insight en psychopathologie et en pratique expertale. Ann Med Psychol. 2011; 169:433–437.
51. Schmitt A, Lefebvre N, Chéreau I, Llorca P-M. Insight et observance dans la schizophrénie. Ann Med Psychol. 2006; 164:154–158.
52. Bénézech M. La responsabilité pénale du malade psychotique ou bipolaire en intercrise. Ann Med Psychol. 2015; 173:129–135.
53. Warren JI, Fitch WL, Dietz PE, Rosenfeld BD. Criminal offense, psychiatric diagnosis, and psycholegal opinion: an analysis of 894 pretrial referrals. J Am Acad Psychiatry Law 1991; 19:63–69.
54. Felthous AR. Psychopathic disorders and criminal responsibility in the USA. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2010; 260:137–141.

55. Pickard H. Choice, deliberation, violence: mental capacity and criminal responsibility in personality disorder. *Int J Law Psychiatry* 2015; 40:15–24.
56. Galland D, Jonas C, Jardri R, Wilquin M, Cottencin O, Thomas P, Rollan B. Comparaison du concept de « responsabilité » en neurosciences et en droit pénal: une revue croisée de littérature pour l'expertise psychiatrique. *Presse Med.* 2016; 45:559–566.
57. Paulus MP. Decision-making dysfunctions in psychiatry altered homeostatic processing? *Science* 2007; 318:602–606.
58. Meynen G. A neurolaw perspective on psychiatric assessments of criminal responsibility: decision-making, mental disorder, and the brain. *Int J Law Psychiatry* 2013; 36:93–99.
59. Kalis A, Meynen G. Mental disorder and legal responsibility: the relevance of stages of decision-making. *Int J Law Psychiatry* 2014; 37:601–608.
60. Cáceda R, Nemeroff CB, Harvey PD. Toward an understanding of decision making in severe mental illness. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014; 26:196–213.
61. Hirstein W, Sifferd K. The legal self: executive processes and legal theory. *Conscious Cogn.* 2011; 20:156–171.
62. Penney S. Impulse control and criminal responsibility: lessons from neuroscience. *Int J Law Psychiatry* 2012; 35:99–103.
63. Gkotsi GM, Gasser J. Critique de l'utilisation des neurosciences dans les expertises psychiatriques: le cas de la responsabilité pénale. *Evol Psychiatr.* 2016; 81:434–445.
64. Godechot B. Psychiatrie et droit pénal: discernement ou contrôle des actes, un dilemme médico-légal ? Analyse de la littérature professionnelle et de la position d'un échantillon d'experts psychiatres. 2014. Available from : <https://hal-polytechnique.archives-ouvertes.fr/dumas-01082093/document>
65. Delpla P-A, Trape F, Arbus C, Bimes Arbus S, Rougé D. De l'article 64 à l'article 122-1 du Code pénal: vers une nouvelle approche criminologique de l'aliénation mentale. *J Med Leg Droit Med.* 2004; 47:69–73.
66. Aubert B, Leturmy L, Massed M. Droit pénal général. Université Numérique Juridique Francophone. Available from : <https://cours.unjf.fr/course/view.php?id=122>
67. Esbec E, Echeburúa E. Substance abuse and crime: considerations for a comprehensive forensic assessment. *Adicciones* 2016; 28:48–56.
68. Olié JP, Fabre I. La responsabilité judiciaire des malades mentaux: comment concilier approches judiciaire et médicale ? *Rev Prat.* 2006; 56:935–938.
69. Packer IK. Evaluation of criminal responsibility: best practices in forensic mental health assessment. Oxford University Press; 2009:197

70. Donohue A, Arya V, Fitch L, Hammen D. Legal insanity: assessment of the inability to refrain. *Psychiatry* 2008; 5:58–66.
71. Meynen G. An ethical framework for assessments of criminal responsibility: applying Susan Wolf's account of sanity to forensic psychiatry. *Int J Law Psychiatry* 2012; 35:298–304.

BIBLIOGRAPHIE (Article)

1. Code pénal. Article 122-1 du Code pénal. Available from : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213>
2. Fédération Française de Psychiatrie. Sous la direction de Senon JL, Pascal JC, Rossinelli G. Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007. John Libbey Eurotext 2007
3. Galland D, Jonas C, Jardri R, Wilquin M, Cottencin O, Thomas P, Rolland B. Comparaison du concept de « responsabilité » en neurosciences et en droit pénal: une revue croisée de littérature pour l'expertise psychiatrique. *Presse Med.* 2016; 45:559–566.
4. Schweitzer M-G. Quelles sont les incidences médico-légales des articles 122-1 alinéa 1 et 2 et 122-2 en terme de responsabilité pénale, d'imputabilité, de discernement et de contrôle des actes ? Texte des experts. Expertise psychiatrique pénale : audition publique 25 et 26 janvier 2007. John Libbey Eurotext 2007; 77–87.
5. Bénézech M. La responsabilité pénale du malade psychotique ou bipolaire en intercrise. *Ann Med Psychol.* 2015; 173:129–135.
6. Schweitzer M-G, Puig-Verges N. Responsabilité pénale et art. 122-1 al. 2. Pourquoi effectuer une évaluation du discernement ? *J Med Leg Droit Med.* 2003; 46:117–121.
7. Schweitzer M-G, Puig-Verges N. Troubles psychiques, discernement et passage à l'acte. Une difficulté méthodologique. *Inf Psychiatr.* 2001; 5:487–491.
8. Schweitzer M-G, Puig-Vergès N. Discernement et passage à l'acte à l'adolescence. Évaluation et prise en charge des auteurs de transgression. *Ann Med Psychol.* 2001; 159:726–30.
9. Schweitzer M-G, Puig-Verges N. De l'article 64 à l'article 122-1. La recherche du discernement: une question de formulation ou une nouvelle orientation sémiologique ? *Ann Med Psychol.* 1995; 153:608–611.
10. Zagury D. Vers une clinique de l'abolition du discernement. *Ann Med Psychol.* 2006; 164:847–850.
11. Zagury D. Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récente de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ? Texte des experts. Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007. John Libbey Eurotext 2007; 129–133.
12. LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Available from : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=E4C862176AA896A3960BD6288A582D80.tpdila11v_3?idArticle=JORFARTI000018162773&cidTexte=JORFTEXT000018162705&dateTexte=29990101&categorieLien=id

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington D.C. American Psychiatric Association; 2000
14. Perrault C. Abolition et altération du discernement (au sens de l'article 122-1 du Code pénal): quelles définitions, quels diagnostics psychiatriques? A propos de 601 rapports d'expertises psychiatriques pénales. 2013. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/280/1/2013TOU31585.pdf>
15. Warren JI, Murrie DC, Chauhan P, Dietz PE, Morris J. Opinion formation in evaluating sanity at the time of the offense: an examination of 5175 pre-trial evaluations. *Behav Sci Law* 2004; 22:171–186.
16. Godechot B. Psychiatrie et Droit pénal: discernement ou contrôle des actes, un dilemme médico-légal? Analyse de la littérature professionnelle et de la position d'un échantillon d'experts psychiatres. 2014. Available from : <https://hal-polytechnique.archives-ouvertes.fr/dumas-01082093/document>.
17. Höglund P, Levander S, Anckarsäter H, Radovic S. Accountability and psychiatric disorders: how do forensic psychiatric professionals think? *Int J Law Psychiatry* 2009; 32:355–361.
18. Penney S. Impulse control and criminal responsibility: lessons from neuroscience. *Int J Law Psychiatry* 2012; 35:99–103.
19. Donohue A, Arya V, Fitch L, Hammen D. Legal insanity: assessment of the inability to refrain. *Psychiatry* 2008; 5:58–66.
20. Ogloff JR, Roberts CF, Roesch R. The insanity defense: legal standards and clinical assessment. *Appl Prev Psychol.* 1993; 2:163–178.
21. Bénézech M. Folie où es-tu? *Ann Med Psychol.* 2010; 168:148–156.
22. Esbec E, Echeburúa E. Substance abuse and crime: considerations for a comprehensive forensic assessment. *Adicciones* 2016; 28:48–56.
23. Jonas C. La clinique expertale doit-elle se restructurer, se spécifier et répondre à de nouvelles demandes? Texte des experts. *Expertise psychiatrique pénale: audition publique* 25 et 26 janvier 2007. John Libbey Eurotext 2007; 243–252.
24. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature. *Encéphale* 2015; 41:244–250.
25. Michaud-Nérard T. Le problème de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux "déclarés déments". *Gazette du Palais* 2009; 181:2.
26. Bouchard J-P. Proposition de réforme de l'expertise psychiatrique et de l'expertise psychologique judiciaires: un impératif urgent pour la justice française. Institut pour la

Justice 2009. Available from : <http://www.institutpourlajustice.org/wp-content/uploads/2012/10/Etude-sur-lexpertise-mentale-IPJ.pdf>

27. Dubret G. Lorsque les faits ne sont pas avérés, ou que la personne les nie durablement, quelle attitude l'expert doit-il avoir dans la réponse aux questions type? Texte des experts. Expertise psychiatrique pénale: audition publique 25 et 26 janvier 2007. John Libbey Eurotext 2007; 263–269.
28. Trape F, Bénézech M, Delpla P-A, Telmon N, Costagliola R, Rougé D. Hétérogénéité des conclusions des expertises psychiatriques: étude chez 101 auteurs d'homicides volontaires Presse Med. 2002; 31:1017–1020.
29. Mahé V. Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets. Rev Med Légale 2015; 6:70–77.
30. Cai W, Zhang Q, Huang F, Guan W, Tang T, Liu C. The reliability and validity of the rating scale of criminal responsibility for mentally disordered offenders. Forensic Sci Int. 2014; 236:146–50.
31. Delpla P-A, Trape F, Arbus C, Bimes Arbus S, Rougé D. De l'article 64 à l'article 122-1 du Code pénal: vers une nouvelle approche criminologique de l'aliénation mentale. J Med Leg Droit Med. 2004; 47:69–73.
32. Cochrane RE, Grisso T, Frederick RI. The relationship between criminal charges, diagnoses, and psycholegal opinions among federal pretrial defendants. Behav Sci Law 2001; 19:565–582.
33. Warren, JI, Fitch WL, Dietz PE, Rosenfeld BD. Criminal offense, psychiatric diagnosis, and psycholegal opinion: an analysis of 894 pretrial referrals. J Am Acad Psychiatry Law 1991; 19: 63–69.
34. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes schizo-phrènes accusées d'homicide volontaire : enquête auprès des experts de la cour d'appel d'Aix-en-Provence. Encéphale 2015; Available from : <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.08.001>
35. Felthous AR. Psychopathic disorders and criminal responsibility in the USA. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2010; 260:137–141.
36. Math S, Kumar C, Moirangthem S. Insanity defense: past, present, and future. Indian J Psychol Med. 2015; 37:381–387.
37. Buchanan A, Zonana H. Mental disorder as the cause of a crime. Int J Law Psychiatry 2009; 32:142–146.
38. Penney SR, Morgan A, Simpson AIF. Motivational influences in persons found not criminally responsible on account of mental disorder: a review of legislation and research. Behav Sci Law. 2013; 31:494–505.

39. Richard-Devantoy S, Voyer M, Richard A-I, Lhuillier J-P, Senon J-L. Réquisitions et expertises psychiatriques pénales : quelles exigences pour le psychiatre ? *Ann Med Psychol.* 2011; 169:648–651.
40. Estano N. D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique: réflexions autour d'une pratique de l'expertise pénale pré-sentencielle, une refonte nécessaire ? *Ann Med Psychol.* 2015. Available from : <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.09.015>
41. Abondo M, Bouvet R, Palaric R. Contribution du service de médecine légale et médecine pénitentiaire, CRAVS, CHU de Rennes. Commission de refonte du droit des peines, Ministère de la Justice, 2015.
42. Kalis A, Meynen G. Mental disorder and legal responsibility: the relevance of stages of decision-making. *Int J Law Psychiatry* 2014; 37:601–608.
43. Holinka C, Cipriano T. Re-evaluating the volitional test for criminal responsibility : consideration of diagnostic categories versus symptom severity in evaluating the volitional component of behavior. *J Am Acad Psychiatry Law* 2016; 44:126–128.
44. Moulin V. Senon J-L. Evaluation de la dynamique criminelle et des processus qui sous-tendent l'agir infractionnel dans un cadre expertal. *Ann Med Psychol.* 2010; 168:240–250.

Liste des tableaux

Tableau 1. Qualité du discernement en fonction des critères socio-démographiques, du délai entre infraction et expertise, du type d'infraction et des antécédents personnels

Tableau 1bis. Comparaison entre les groupes discernement conservé et atteint (altéré + aboli) et discernement altéré et aboli selon le type d'infraction et les antécédents psychiatriques

Tableau 2. Qualité du discernement en fonction de l'état mental au moment de l'infraction

Tableau 2bis. Comparaison entre les groupes discernement conservé et atteint (altéré + aboli) et discernement altéré et aboli selon l'état mental au moment de l'infraction

Tableau 3. Qualité du discernement en fonction de la prise de toxique ou de traitement psychotrope au moment de l'infraction

Tableau 4. Etat mental au moment de l'infraction versus au temps de l'expertise en fonction de la qualité du discernement

Tableau 5. Qualité du discernement en fonction du lien entre trouble mental et infraction

Tableau 5bis. Comparaison entre les groupes discernement conservé, altéré et aboli et discernement conservé et atteint (altéré + aboli) selon le lien entre trouble mental et infraction

Tableau 6. Qualité du discernement selon le trouble mental en lien ou non avec l'infraction

Tableau 7. Qualité du discernement en fonction de l'argumentation de l'expert

Tableau 8. Arguments avancés par l'expert dans sa conclusion sur la qualité du discernement (N=68)

Tableau 1. Qualité du discernement en fonction des critères socio-démographiques, du délai entre infraction et expertise, du type d'infraction et des antécédents personnels

| Variables | Discernement Conservé (N=93) | Discernement Altéré (N=17) | Discernement Aboli (N=17) | Total (N=127) | p-value |
|--|------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------|-------------------|
| SOCIO-DEMOGRAPHIQUES | | | | | |
| Age (années) | 34,9 (±12,3) | 34,2 (±9,5) | 33,4 (±12,1) | 34,6 (±11,9) | 0,874 |
| Sexe | | | | | 0,500 |
| Homme | 85 (91,40%) | 15 (88,24%) | 14 (82,35%) | 114 (89,76%) | |
| Femme | 8 (8,60%) | 2 (11,76%) | 3 (17,65%) | 13 (10,24%) | |
| DELAI infraction-expertise (mois) | 10 (5-17) | 9 (7-31,5) | 10 (5-25) | 10 (5-23,0) | 0,879 |
| INFRACTION | | | | | |
| | | | | | 0,015* |
| Atteinte à la vie | 23 (24,73%) | 3 (17,65%) | 10 (58,82%) | 36 (28,35%) | |
| Atteinte à l'intégrité physique ou psychique | 12 (12,90%) | 1 (5,88%) | 3 (17,65%) | 16 (12,6%) | |
| Agression sexuelle | 42 (45,16%) | 13 (76,47%) | 2 (11,76%) | 57 (44,88%) | |
| Atteinte aux biens | 13 (13,98%) | 0 | 1 (5,88%) | 14 (11,02%) | |
| Autres | 3 (3,23%) | 0 | 1 (5,88%) | 4 (3,15%) | |
| ANTECEDENTS PERSONNELS | | | | | |
| Judiciaire | | | | | 0,834 |
| Non | 41 (44,09%) | 8 (47,06%) | 6 (35,29%) | 55 (43,31%) | |
| Oui | 50 (53,76%) | 9 (52,94%) | 11 (64,71%) | 70 (55,12%) | |
| Non renseigné | 2 (2,15%) | 0 | 0 | 2 (1,57%) | |
| Psychiatrique | | | | | <0.001* |
| Non | 72 (77,42%) | 4 (23,53%) | 3 (17,65%) | 79 (62,20%) | |
| Oui | 19 (20,43%) | 13 (76,47%) | 14 (82,35%) | 46 (36,22%) | |
| Hospitalisation | 10 (10,75%) | 12 (70,59%) | 12 (70,59%) | 34 (26,77%) | <0.001* |
| Suivi | 11 (11,83%) | 10 (58,82%) | 11 (64,71%) | 32 (25,20%) | <0.001* |
| Traitement | 9 (9,68%) | 11 (64,71%) | 10 (58,82%) | 29 (22,83%) | <0.001* |
| Non renseigné | 2 (2,15%) | 0 | 0 | 2 (1,57%) | |

Variables qualitatives : N (%)

Variables quantitatives : moyenne (écart-type) pour l'âge, médiane (1^{er} et 3^{ème} quartile) pour le délai entre infraction et expertise

*Différence statistiquement significative entre les trois groupes

Tableau 1bis. Comparaison entre les groupes discernement conservé et atteint (altéré + aboli) et discernement altéré et aboli selon le type d'infraction et les antécédents personnels psychiatriques

| Variables | Discernement Conservé (N=93) | Disc. Atteint (altéré + aboli) (N=34) | p-value | Disc. Altéré (N=17) | Disc. Aboli (N=17) | p-value |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|---------|---------------------|--------------------|---------|
| INFRACTION | | | | | | |
| Atteinte à la vie | 23 (24,73%) | 13 (38,24%) | 0,386 | 3 (17,65%) | 10 (58,82%) | <0.001* |
| Atteinte à l'intégrité | 12 (12,90%) | 4 (11,76%) | | 1 (5,88%) | 3 (17,65%) | |
| Agression sexuelle | 42 (45,16%) | 15 (44,18%) | | 13 (76,47%) | 2 (11,76%) | |
| Atteinte aux biens | 13 (13,97%) | 1 (2,94%) | | 0 | 1 (5,88%) | |
| Autres | 3 (3,23%) | 1 (2,94%) | | 0 | 1 (5,88%) | |
| ANTECEDENTS PERSONNELS | | | | | | |
| Psychiatrique | <0.001* | | | | | 1 |
| Non | 72 (77,42%) | 7 (20,59%) | | 4 (23,53%) | 3 (17,65%) | |
| Oui | 19 (20,43%) | 27 (79,41%) | | 13 (76,47%) | 14 (82,35%) | |
| Hospitalisation | 10 (7,87%) | 24 (70,59%) | 0,016* | 12 (70,59%) | 12 (70,59%) | 1 |
| Suivi | 11 (8,66%) | 21 (61,76%) | 0,128 | 10 (58,82%) | 11 (64,71%) | 0,704 |
| Traitement | 8 (6,30%) | 21 (61,76%) | 0,035* | 11 (64,71%) | 10 (58,82%) | 1 |
| Non renseigné | 2 (2,15%) | 0 | | 0 | 0 | |

Variables qualitatives : N (%)

*Différence statistiquement significative entre les groupes

Tableau 2. Qualité du discernement en fonction de l'état mental au moment de l'infraction

| Diagnostic rétrospectif | Discernement Conservé (N=93) | Discernement Altéré (N=17) | Discernement Aboli (N=17) | Total (N=127) | p-value |
|--|------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------|-------------------|
| Absence de trouble mental | 25 (26,88%) | 0 | 0 | 25 (19,69%) | <0,001* |
| Présence d'un trouble mental | 45 (48,39%) | 17 (100%) | 15 (88,24%) | 77 (60,63%) | |
| Trouble psychotique | 0 | 4 (23,53%) | 14 (82,35%) | 18 (14,17%) | <0.001* |
| <i>Schizophrénie</i> | 0 | 4 (23,53%) | 11 (64,71%) | 15 (11,81%) | |
| <i>Trouble délirant (paranoïaque)</i> | 0 | 0 | 2 (11,76%) | 2 (1,57%) | |
| <i>Non spécifié</i> | 0 | 0 | 1 (5,88%) | 1 (0,79%) | |
| Trouble de l'humeur | 1 (1,08%) | 1 (5,88%) | 1 (5,88%) | 3 (2,36%) | |
| <i>Trouble bipolaire type I</i> | 0 | 0 | 1 (5,88%) | 1 (0,79%) | |
| <i>Trouble bipolaire non spécifié</i> | 1 (1,08%) | 0 | 0 | 1 (0,79%) | |
| <i>Trouble dépressif non spécifié</i> | 0 | 1 (5,88%) | 0 | 1 (0,79%) | |
| Trouble lié à une substance | 8 (8,60%) | 1 (5,88%) | 0 | 9 (7,09%) | |
| Trouble sexuel (paraphilie non spécifiée) | 1 (1,08%) | 0 | 0 | 1 (0,79%) | |
| Trouble de personnalité (TP) | 22 (23,65%) | 8 (47,06%) | 0 | 30 (23,62%) | |
| <i>TP paranoïaque</i> | 3 (3,22%) | 1 (5,88%) | 0 | 4 (3,15%) | |
| <i>TP antisociale</i> | 13 (13,98%) | 1 (5,88%) | 0 | 14 (11,02%) | |
| <i>TP borderline</i> | 0 | 3 (17,65%) | 0 | 3 (2,36%) | |
| <i>TP schizoïde</i> | 0 | 1 (5,88%) | 0 | 1 (0,79%) | |
| <i>TP schizotypique</i> | 0 | 1 (5,88%) | 0 | 1 (0,79%) | |
| <i>TP dépendante</i> | 0 | 1 (5,88%) | 0 | 1 (0,79%) | |
| <i>TP non spécifié</i> | 6 (6,45%) | 0 | 0 | 6 (4,72%) | |
| Retard mental | 2 (2,15%) | 2 (11,76%) | 0 | 4 (3,15%) | |
| TP et lié à une substance | 11 (11,83%) | 0 | 0 | 11 (8,66%) | |
| <i>TP antisociale</i> | 4 (4,30%) | 0 | 0 | 4 (3,15%) | |
| <i>TP dépendante</i> | 2 (2,15%) | 0 | 0 | 2 (1,57%) | |
| <i>TP borderline</i> | 1 (1,08%) | 0 | 0 | 1 (0,79%) | |
| <i>TP non spécifié</i> | 4 (4,30%) | 0 | 0 | 4 (3,15%) | |
| Trouble non catégorisable | 0 | 1 (5,88%) | 0 | 1 (0,79%) | |
| Non renseigné | 23 (24,73%) | 0 | 2 (11,76%) | 25 (19,69%) | |

Variables qualitatives : N (%)

*Différence statistiquement significative entre les groupes

Tableau 2bis. Comparaison entre les groupes discernement conservé et atteint (altéré + aboli) et discernement altéré et aboli selon l'état mental au moment de l'infraction

| Etat mental au moment de l'infraction | Discernement Conservé (N=70) NR = 23 | Disc. Atteint (altéré + aboli) (N=32) NR = 2 | p-value | Disc. Altéré (N=17) | Disc. Aboli (N=15) NR=2 | p-value |
|---------------------------------------|---|---|---------|---------------------|----------------------------|---------|
| Absence de trouble mental | 25 (35,71%) | 0 | | 0 | 0 | |
| Présence d'un trouble mental | 45 (64,29%) | 32 (100%) | <0.001* | 17 (100%) | 15 (100%) | |
| Trouble psychotique | 0 | 18 (56,25%) | | 4 (23,53%) | 14 (93,33%) | |
| Trouble de l'humeur | 1 (1,43%) | 2 (6,25%) | | 1 (5,88%) | 1 (6,67%) | |
| Trouble lié à une substance | 8 (11,43%) | 1 (3,125%) | | 1 (5,88%) | 0 | |
| Trouble sexuel | 1 (1,43%) | 0 | | 0 | 0 | |
| Trouble de personnalité | 22 (31,43%) | 8 (25%) | <0.001* | 8 (47,06%) | 0 | <0.001* |
| <i>TP paranoïaque</i> | 3 (4,29%) | 1 (3,125%) | | 1 (5,88%) | | |
| <i>TP antisociale</i> | 13 (18,57%) | 1 (3,125%) | | 1 (5,88%) | | |
| <i>TP borderline</i> | 0 | 3 (9,375%) | | 3 (17,65%) | | |
| <i>TP schizoïde</i> | 0 | 1 (3,125%) | | 1 (5,88%) | | |
| <i>TP schizotypique</i> | 0 | 1 (3,125%) | | 1 (5,88%) | | |
| <i>TP dépendante</i> | 0 | 1 (3,125%) | | 1 (5,88%) | | |
| <i>TP non spécifié</i> | 6 (8,57%) | 0 | | 0 | | |
| Retard mental | 2 (2,86%) | 2 (6,25%) | | 2 (11,76%) | 0 | |
| TP et lié à une substance | 11 (15,71%) | 0 | | 0 | 0 | |
| Trouble non catégorisable | 0 | 1 (3,125%) | | 1 (5,88%) | 0 | |

Variables qualitatives : N (%)

*Différence statistiquement significative entre les groupes

NR = données non renseignées (diagnostic au moment des faits)

Tableau 3. Qualité du discernement en fonction de la prise de toxique ou de traitement psychotrope au moment de l'infraction

| Variables | Discernement Conservé (N=93) | Discernement Altéré (N=17) | Discernement Aboli (N=17) | Total (N=127) | p-value |
|---|------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------|---------|
| Toxique au moment de l'infraction | | | | | 0,145 |
| Présent | 24 (25,81%) | 10 (58,82%) | 4 (23,53%) | 38 (29,92%) | |
| Absent | 23 (24,73%) | 3 (17,65%) | 7 (41,18%) | 33 (25,98%) | |
| Non renseigné | 46 (49,46%) | 4 (23,53%) | 6 (35,29%) | 56 (44,09%) | |
| Traitement au moment de l'infraction | | | | | 0,134 |
| Présent | 4 (4,30%) | 3 (17,65%) | 3 (17,65%) | 10 (7,87%) | |
| Absent | 31 (33,33%) | 6 (35,29%) | 6 (35,29%) | 43 (33,86%) | |
| Non renseigné | 58 (62,37%) | 8 (47,06%) | 8 (47,06%) | 74 (58,27%) | |

Variables qualitatives : N (%)

Tableau 4. Etat mental au moment de l'infraction versus au temps de l'expertise en fonction de la qualité du discernement

| Qualité du discernement | Etat mental au moment de l'infraction | | Etat mental au temps de l'expertise | |
|-------------------------|--|-----------------------------|--|-------------|
| | | | | |
| Conservé (n=93) | Absence de trouble | 25 (26,88%) | Absence de trouble | 23 (24,73%) |
| | | | Trouble sexuel | 1 (1,08%) |
| | | | Trouble de l'adaptation | 1 (1,08%) |
| | Trouble de l'humeur | 1 (1,08%) | Trouble de l'humeur | 1 (1,08%) |
| | Trouble lié à une substance | 8 (8,60%) | Trouble lié à une substance | 5 (5,38%) |
| | | | Absence de trouble | 3 (3,22%) |
| | Trouble sexuel | 1 (1,08%) | Trouble sexuel | 1 (1,08%) |
| | Trouble de personnalité | 22 (23,65%) | Trouble de personnalité | 22 (23,65%) |
| | Retard mental | 2 (2,15%) | Retard mental | 2 (2,15%) |
| | Trouble de personnalité et lié à une substance | 11 (11,83%) | Trouble de personnalité et lié à une substance | 10 (10,75%) |
| Trouble de personnalité | | | 1 (1,08%) | |
| Non renseigné | 23 (24,73%) | Absence de trouble | 22 (23,65%) | |
| | | Trouble lié à une substance | 1 (1,08%) | |
| Altéré (n=17) | Trouble psychotique | 4 (23,53%) | Trouble psychotique | 4 (23,53%) |
| | Trouble de l'humeur | 1 (5,88%) | Trouble de personnalité | 1 (5,88%) |
| | Trouble lié à une substance | 1 (5,88%) | Trouble lié à une substance | 1 (5,88%) |
| | Trouble de personnalité | 8 (47,06%) | Trouble de personnalité | 8 (47,06%) |
| | Retard mental | 2 (11,76%) | Retard mental | 2 (11,76%) |
| | Trouble non catégorisable | 1 (5,88%) | Trouble non catégorisable | 1 (5,88%) |
| Aboli (n=17) | Trouble psychotique | 14 (82,35%) | Trouble psychotique | 14 (82,35%) |
| | Non renseigné | 2 (11,76%) | Trouble psychotique | 2 (11,76%) |
| | Trouble de l'humeur | 1 (5,88%) | Trouble de l'humeur | 1 (5,88%) |
| Total (N=127) | Renseigné | 102 (80,31%) | Renseigné | 127 (100%) |
| | Non renseigné | 25 (19,69%) | Non renseigné | 0 |

Variables qualitatives : N (%)

Tableau 5. Qualité du discernement en fonction du lien entre trouble mental et infraction

| Lien entre trouble mental et infraction | Discernement Conservé (N=93) | Discernement Altéré (N=17) | Discernement Aboli (N=17) | Total (N=127) |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Oui | 30 (32,26%) | 12 (70,59%) | 17 (100%) | 59 (46,46%) |
| Argumenté selon le diagnostic actuel | 0 | 0 | 2 (11,76%) | 2 (3,39%) |
| Argumenté selon le diagnostic rétrospectif | 15 (50,00%) | 7 (58,33%) | 7 (41,18%) | 29 (49,15%) |
| Absence d'argumentation | 15 (50,00%) | 5 (41,67%) | 8 (47,06%) | 28 (47,46%) |
| Non | 15 (16,13%) | 4 (23,53%) | 0 | 19 (14,96%) |
| Argumenté selon le diagnostic actuel | 1 (6,67%) | 0 | | 1 (5,26%) |
| Argumenté selon le diagnostic rétrospectif | 2 (13,33%) | 2 (50,00%) | | 4 (21,05%) |
| Absence d'argumentation | 12 (80,00%) | 2 (50,00%) | | 14 (73,68%) |
| Non renseigné (trouble mental diagnostiqué) | 2 (2,15%) | 1 (5,88%) | 0 | 3 (2,36%) |
| « Pas lieu de répondre » car absence de trouble mental | 46 (49,46%) | 0 | 0 | 46 (36,22%) |
| Au moment des faits | 23 (50,00%) | | | 23 (50,00%) |
| Au moment de l'expertise (diagnostic rétrospectif non renseigné) | 22 (47,83%) | | | 22 (47,83%) |
| Au moment de l'expertise (malgré diagnostic rétrospectif) | 1 (2,17%) | | | 1 (2,17%) |

Variables qualitatives : N (%)

Diagnostic actuel : au jour de l'expertise

Diagnostic rétrospectif : au moment de l'infraction

Tableau 5bis. Comparaison entre les groupes discernement conservé, altéré et aboli et discernement conservé et atteint (altéré + aboli) selon le lien entre trouble mental et infraction

| Lien entre trouble mental et infraction | Discernement Conservé (N=45) | Discernement Altéré (N=16) | Discernement Aboli (N=17) | p-value | RR (IC95%) |
|---|------------------------------|--|---------------------------|---------------|------------------|
| Oui | 30 (66,67%) | 12 (75,00%) | 17 (100%) | 0,012* | |
| Non | 15 (33,33%) | 4 (25%) | 0 | | |
| | Discernement Conservé (N=45) | Discernement Atteint (aboli + altéré) (N=33) | | | |
| Oui | 30 (66,67%) | 29 (87,88%) | | 0,067 | 2,33 (0,94-5,79) |
| Non | 15 (33,33%) | 4 (12,12%) | | | |

Variables qualitatives : N (%)

*Différence statistiquement significative

Tableau 6. Qualité du discernement selon le trouble mental en lien ou non avec l'infraction

| Lien entre trouble mental et infraction N=78 (NR=3) | | | | | | | |
|--|---------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Trouble mental | Lien établi N=59 | | | | Absence de lien N=19 | | |
| | Discernement Conservé (N=30) | Disc. Altéré (N=12) | Disc. Aboli (N=17) | Total (N=59) | Discernement Conservé (N=15) | Disc. Altéré (N=4) | Total (N=19) |
| Trouble psychotique | 0 | 2 (16.67%) | 16 (94,12%) | 16 (27.12%) | 0 | 2 (50%) | 2 (10.53%) |
| Trouble de l'humeur | 1 (3.33%) | 1 (8.33%) | 1 (5.88%) | 3 (5.08%) | 0 | 0 | 0 |
| Trouble lié à une substance | 6 (20%) | 1 (8.33%) | 0 | 7 (11.86%) | 1 (6.67%) | 0 | 1 (5.26%) |
| Trouble sexuel | 1 (3.33%) | 0 | 0 | 1 (1.69%) | 1 (3.33%) | 0 | 1 (5.26%) |
| Trouble de personnalité | 13 (43.33%) | 7 (58.33%) | 0 | 20 (33.90%) | 9 (60%) | 0 | 8 (42.11%) |
| <i>paranoïaque</i> | 1 (3.33%) | 1 (8.33%) | | 2 (3.40%) | 2 (13.33%) | | 2 (10.53%) |
| <i>antisociale</i> | 8 (26.67%) | 1 (8.33%) | | 9 (15.25%) | 5 (33.33%) | | 4 (21.05%) |
| <i>borderline</i> | 0 | 2 (16.67%) | | 2 (3.39%) | 0 | | 0 |
| <i>schizoïde</i> | 0 | 1 (8.33%) | | 1 (1.69%) | 0 | | 0 |
| <i>schizotypique</i> | 0 | 1 (8.33%) | | 1 (1.69%) | 0 | | 0 |
| <i>dépendante</i> | 0 | 1 (8.33%) | | 1 (1.69%) | 0 | | 0 |
| <i>non spécifié</i> | 4 (13.33%) | 0 | | 4 (6.78%) | 2 (13.33%) | | 2 (10.53%) |
| TP et lié à une substance | 9 (30%) | 0 | 0 | 9 (15.25%) | 2 (13.33%) | 0 | 2 (10.53%) |
| <i>TP antisociale</i> | 4 (13.33%) | | | 4 (6.78%) | 0 | | 0 |
| <i>TP borderline</i> | 1 (3.33%) | | | 1 (1.69%) | 0 | | 0 |
| <i>TP dépendante</i> | 0 | | | 0 | 2 (13.33%) | | 2 (10.53%) |
| <i>TP non spécifié</i> | 4 (13.33%) | | | 4 (6.78%) | 0 | | 0 |
| Retard mental | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 (13.33%) | 2(50%) | 4 (21.05%) |
| Trouble non catégorisable | 0 | 1 (8.33%) | 0 | 1 (1.69%) | 0 | 0 | 0 |

TP : trouble de personnalité

Variables qualitatives : N (%)

Tableau 7. Qualité du discernement en fonction de l'argumentation de l'expert

| Argumentation | Discernement Conservé (N=93) | Discernement Altéré (N=17) | Discernement Aboli (N=17) | Total (N=127) | p-value |
|----------------------|---|---|--|--------------------------|----------------|
| Oui | 46 (49,46%) | 13 (76,47%) | 9 (52,94%) | 68 (53,54%) | 0,140 |
| Non | 47 (50,54%) | 4 (23,53%) | 8 (47,06%) | 59 (46,46%) | |

Variables qualitatives : N (%)

Tableau 8. Arguments avancés par l'expert dans sa conclusion sur la qualité du discernement (N=68)

| Critères | Discernement Conservé (N=46) | Discernement Altéré (N=13) | Discernement Aboli (N=9) |
|---|------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Trouble mental / « pathologie psychiatrique sévère » | | | |
| Absence | 26 (56,52%) | 2 (15,38%) | 0 |
| Présence | 0 | 4 (30,77%) ^a | 2 (22,22%) ^a |
| Confusion / Trouble de la vigilance | | | |
| Absence | 16 (34,78%) | 4 (30,77%) | 0 |
| Présence | 0 | 0 | 0 |
| Délire | | | |
| Absence | 13 (28,26%) | 6 (46,15%) | 0 |
| Présence | 0 | 1 (7,69%) | 7 (77,78%) |
| Dissociation | | | |
| Absence | 12 (26,09%) | 3 (23,08%) | 0 |
| Présence | 0 | 1 (7,69%) | 1 (11,11%) |
| Toxique | | | |
| Absence | 11 (23,91%) | 1 (7,69%) | 0 |
| Présence | 4 (8,70%) | 3 (23,08%) | 2 (22,22%) ^b |
| Trouble de l'humeur | | | |
| Absence | 7 (15,22%) | 2 (15,38%) | 0 |
| Présence | 1 (2,17%) ^c | 0 | 0 |
| Troubles cognitifs (raisonnement, jugement) | | | |
| Absence | 2 (4,35%) | 0 | 0 |
| Présence | 0 | 2 (15,38%) | 2 (22,22%) |
| Déficit intellectuel | | | |
| Absence | 3 (6,52%) | 0 | 0 |
| Présence | 0 | 2 (15,38%) | 0 |
| Trouble de personnalité sévère | | | |
| Absence | 10 (21,74%) | 0 | 0 |
| Présence | 1 (2,17%) ^d | 5 (38,46%) ^e | 0 |
| Nie faits | | | |
| Absence | 2 (4,35%) | 1 (7,69%) | 0 |
| Présence | 7 (15,22%) | 1 (7,69%) | 0 |

Variables qualitatives : N (%)

^a Trouble psychotique uniquement

^b Consommation de toxique mise en lien avec un trouble psychotique chez les deux individus

^c « La pathologie bipolaire moyenne et l'alcoolose ne constituent pas un trouble psychique ayant aboli ou altéré le discernement »

^d Trouble de personnalité antisociale

^e Trouble de personnalité schizoïde, borderline, paranoïaque, antisociale et dépendante

EYRAUD Caroline - L'évaluation du discernement ou du contrôle des actes par l'expert psychiatre : A partir de 127 rapports d'expertises en application de l'article 122-1 du Code pénal.

81 feuilles, 8 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2016 ; N°

Résumé :

Introduction. L'expertise psychiatrique pénale de « responsabilité » repose sur trois notions essentielles que sont l'état mental de l'individu au temps de l'infraction, l'interprétation médico-légale du lien entre trouble mental et faits reprochés, et la « qualité » du discernement et du contrôle des actes. A ce jour, il n'existe, au sein du collège des experts psychiatres, aucun consensus quant à la définition ou aux modalités d'évaluation des concepts de discernement et de contrôle des actes. L'objectif principal de l'étude consistait à analyser par quelle démarche l'expert parvenait à conclure sur la qualité du discernement ou du contrôle des actes. L'objectif secondaire consistait à étudier les arguments avancés par l'expert pour qualifier le discernement ou le contrôle des actes afin de dégager des critères explicatifs communs.

Méthode. Une étude descriptive rétrospective a été réalisée à partir de 127 rapports d'expertises, en application de l'article 122-1 du Code pénal, de la cour d'assises et de la chambre de l'instruction de Rennes. L'état mental de l'individu au moment des faits et la réponse quant au lien entre trouble mental et infraction ont été étudiés et comparés selon que le discernement ou le contrôle des actes était conservé, altéré/entravé ou aboli. Les arguments de l'expert quant à sa conclusion sur la qualité du discernement ou du contrôle des actes ont été recueillis pour chacun des groupes.

Résultats. Dans 88,19% des rapports, l'expert ne distingue pas l'évaluation du discernement de celle du contrôle des actes. Dans 19,69% des rapports, il omet d'évaluer l'état mental de l'individu au moment des faits. Concernant l'exploration du lien entre diagnostic et infraction, l'expert ne motive pas sa réponse dans 33,07% des rapports. L'existence d'une corrélation n'est pas mise en évidence entre présence d'un lien, entre trouble mental et infraction, et discernement atteint – aboli et altéré – (RR=2,33 ; IC95% [0.94-5.79] ; p=0,067). L'expert ne retient pas de lien tout en concluant à une altération du discernement chez quatre individus. Il conclut à une abolition du discernement à partir du lien établi sur le diagnostic au jour de l'expertise chez deux sujets. En terme de répartition des catégories diagnostiques, le trouble psychotique est associé positivement à une abolition du discernement (p<0.001). Les troubles mentaux associés à une altération sont plus hétérogènes, représentés majoritairement par les troubles de personnalité (p<0.001). L'argumentation de l'expert quant à la qualification du discernement est présente dans 53,54% des rapports. Dix principaux arguments ont pu être mis en évidence dont le délire, la dissociation, la confusion ou les toxiques.

Discussion. La notion d'abolition apparaît plus univoque pour l'expert et son champ plus homogène, recouvrant celui de la psychose. Tandis que la notion d'altération apparaît beaucoup plus imprécise et son évaluation plus lacunaire. Ce constat peut s'expliquer par l'absence de définition des concepts de discernement et de contrôle des actes, ce qui peut restreindre l'expert à conclure sur le seul diagnostic d'une part, et par le manque de rigueur dans le raisonnement médico-légal face à l'imprécision de la mission d'autre part. Face à ce constat, il devient nécessaire de renforcer la validité de l'expertise. Dans cette optique, plusieurs dispositions émanant à la fois du juge et de l'expert peuvent être envisagées, dont la création d'un outil d'évaluation clinique.

| | |
|---------------------------|--|
| Rubriques de classement : | PSYCHIATRIE |
| Mots-clés : | Expertise psychiatrique, responsabilité pénale, discernement, contrôle des actes, article 122-1 Code pénal |
| Mots-clés anglais MeSH : | Forensic psychiatry, criminal responsibility, legal insanity, mental capacity, control of acts |

| | | |
|--------|--------------|---|
| JURY : | Président : | Monsieur le Professeur Dominique DRAPIER |
| | Assesseurs : | Madame le Professeur Mariannick LE GUEUT [directeur de thèse] Madame le Professeur Irène FRANCOIS-PURSELL Monsieur le Docteur Gabriel ROBERT Madame le Docteur Mylène LE DEZ |