



HAL
open science

L'altération du discernement dans l'expertise psychiatrique pénale : quels critères médico-légaux ?

Léna Labataille-Verrando

► **To cite this version:**

Léna Labataille-Verrando. L'altération du discernement dans l'expertise psychiatrique pénale : quels critères médico-légaux ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01831656

HAL Id: dumas-01831656

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01831656v1>

Submitted on 6 Jul 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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Par

Mme Léna LABATAILLE-VERRANDO

Née le 30/09/1986 à Nice

**L'ALTÉRATION DU DISCERNEMENT DANS
L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE :
QUELS CRITÈRES MÉDICO-LÉGAUX ?**

Présentée et soutenue le lundi 2 Octobre 2017

Président du Jury : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseurs : Madame le Professeur Véronique ALUNNI
Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY
Madame le Juge Anne VELLA

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Laurent LAYET



Faculté de Médecine



Faculté de Médecine

**UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Listes des professeurs au 1^{er} septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen :	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen :	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs :	M. ESNAULT Vincent M. DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque :	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services :	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires :	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS HONORAIRES

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LOUBIERE Robert
M. CANIVET Bertrand	M. MARIANI Roger
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MASSEYEFF René
M. CHATEL Marcel	M. MATTEI Mathieu
M. COUSSEMENT Alain	M. MOUIEL Jean
Mme CRENESSE Dominique	Mme MYQUEL Martine

M. DARCOURT Guy
 M. DELLAMONICA Pierre
 M. DELMONT Jean
 M. DEMARD François
 M. DESNUELLE Claude
 M. DOLISI Claude
 M. FRANCO Alain
 M. FREYCHET Pierre
 M. GÉRARD Jean-Pierre
 M. GILLET Jean-Yves
 M. GRELLIER Patrick
 M. GRIMAUD Dominique

M. ORTONNE Jean-Paul
 M. PRINGUEY Dominique
 M. SAUTRON Jean Baptiste
 M. SCHNEIDER Maurice
 M. TOUBOL Jacques
 M. TRAN Dinh Khiem
 M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
 M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. HONORAIRES

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. HONORAIRES

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. PHILIP Patrick
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)
----------------------	---------------------------

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David	Médecine Générale (53.03)
-----------------	---------------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais
-------------------	---------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique(42.01)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M. ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M. PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Monsieur le Professeur Michel Benoit,

Nous vous remercions vivement de diriger ce jury de thèse. Vous apportez un regard éclairé et critique sur ce travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements pour la sollicitude et la bienveillance que vous nous avez accordées durant la fin de notre internat. Veuillez trouver ici l'expression de notre considération et notre profond respect.

Monsieur le Professeur Dominique Pringuey,

Comment décrire la joie et la fierté d'avoir amorcé notre cursus d'interne en psychiatrie sous votre égide. Votre discours toujours riche et passionné n'a cessé de nous conforter dans notre choix de cette belle spécialité. Votre dynamisme et votre engagement ne peut que nous inviter à suivre votre voie. Je vous suis reconnaissante de l'attention singulière que vous avez su dédier à chacun. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, de nous accorder de votre temps et d'éclairer ce travail de votre regard pertinent.

Madame le Professeur Véronique Alunni,

Veuillez trouver ici l'assurance de notre respect pour vous être engagé dans cette tâche de jury de thèse. Votre rigueur habituelle est primordiale pour la critique de notre travail mais votre bienveillance reste première. Notre expérience auprès de vous en médecine légale pendant l'externat nous a laissé nombre de souvenirs passionnants ayant probablement guidés notre intérêt pour la dimension légale de la psychiatrie.

Madame le Juge Vella, chère Anne,

Je vous remercie de vous être embarquée dans cette aventure. Vous m'avez accordé de votre temps et votre réel investissement m'a touché. Vous apportez une lumière différente issue du droit et non de la médecine, vous qui avez la lourde tâche décisionnaire lorsque l'expert n'apporte lui qu'un avis sapiteur. Merci pour vos qualités humaines, votre disponibilité et votre accessibilité. Soyez assurée de ma grande considération.

Monsieur le Docteur Laurent Layet,

Merci de m'avoir accompagnée, soutenue et épaulée durant cette longue aventure. Depuis votre réactivité pour mon mémoire, jusqu'à votre patience pour la thèse, je vous remercie de m'avoir apporté votre expérience et vos connaissances dans ce domaine passionnant de l'expertise psychiatrique. Vous avez su me guider jusqu'au bout et aujourd'hui soyez assuré de ma considération et mon profond respect.

Chers experts que se reconnaîtront...

Merci de m'avoir autorisé l'accès à vos archives de dossiers d'expertise, d'avoir largement participé à cette thèse de doctorat, car sans vous ce travail n'aurait pas trouvé de fondement. Je vous suis reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée. J'espère avoir pu apporter un grain de sable à l'édifice. Soyez assuré de mes sincères remerciements et ma profonde considération.

TABLE DES MATIERES :

Table des matières :	10
<u>PARTIE 1</u> : L'article :	13
<u>PARTIE 2</u> : L'étude :	21
1. Introduction :	21
1.1. Les objectifs de l'étude :	24
1.1.1. L'objectif principal :	24
1.1.2. Les objectifs secondaires :	24
2. Matériels et Méthodes :	24
2.1. La population de l'étude :	24
2.2. Les critères d'inclusion :	24
2.3. Les critères de non inclusion :	25
2.4. Le recueil des données :	25
2.5. Analyse statistiques des données :	25
3. Résultats :	25
3.1. Données générales :	25
3.2. Données concernant l'interrelation du mis en cause et de l'infraction pénale : ..26	
3.2.1. Critères psycho-criminologiques retenus dans la discussion médico-légale justifiant le choix de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP :	26
3.2.1.1. Les facteurs responsabilisants :	26
3.2.1.2. Les facteurs altérants :	27
3.2.1.3. L'impact des consommations de toxiques :	29
3.2.1.4. De l'évaluation du discernement mais aussi du contrôle des actes : ..29	
3.2.2. Justification de l'application de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP :	29
3.2.3. Degré de l'altération du discernement et/ou de l'entrave du contrôle des actes :	30
3.2.4. Evaluation de la dangerosité :	30
3.3. Données concernant la dimension médico-psychiatrique de la personne expertisée :	31
3.3.1. Sexe et âge des mis en cause :	31
3.3.2. Les diagnostics principaux retenus par les experts :	31

3.3.2.1. Les troubles du registre psychotique et leur expression symptomatique :	31
3.3.2.2. Les infractions corrélées aux diagnostics de troubles psychotiques :	32
3.3.2.3. Les troubles de personnalité :	33
3.3.2.4. Les infractions corrélées aux diagnostics de troubles de personnalité :	33
3.3.2.5. Les troubles du registre affectif :	35
3.3.2.6. Les infractions corrélées aux diagnostics de troubles affectifs :	35
3.3.2.7. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives :	36
3.3.2.8. Les infractions corrélées aux troubles liés aux consommations de toxiques :	37
3.3.2.9. Autres diagnostics :	37
3.3.2.10. Les infractions corrélées aux autres diagnostics :	38
3.3.3. Les diagnostics associés retenus par les experts :	38
3.3.3.1. Le nombre de diagnostics associés :	38
3.3.3.2. Le détail des diagnostics associés :	39
3.3.3.2.1. Les troubles liés à la consommation de toxiques :	40
3.3.3.2.2. Les troubles de personnalité :	40
3.3.3.2.3. Les troubles du registre thymique et psychotique :	41
3.3.3.2.4. Les retards mentaux :	41
3.3.3.2.5. Les autres diagnostics associés :	42
3.3.4. L'observance du traitement médicamenteux :	42
3.3.4.1. Les types de chimiothérapies :	43
3.3.4.2. Corrélation des traitements psychotropes avec les diagnostics posés par les experts :	45
3.3.5. Présence de rupture thérapeutique :	46
3.4. Eléments généraux concernant la dimension pénale stricte des dossiers d'expertise :	47
3.4.1. Les qualifications pénales :	47
3.4.2. Les victimes :	48
3.4.3. Les modalités d'expertise :	49
4. Discussion :	50
4.1. Intérêt de l'étude :	50

4.2. Discussion de l'interrelation du mis en cause et de l'infraction pénale :	51
4.2.1. Discussion médico-légale du discernement et du contrôle des actes :	51
4.2.1.1. Les facteurs tendant vers une responsabilisation :	51
4.2.1.2. Les facteurs tendant vers une altération :	53
4.2.1.3. L'impact des toxiques :	54
4.2.1.4. Altération du discernement ou entrave du contrôle des actes ?	55
4.2.1.5. Conclusion :	56
4.2.2. Discussion médico-légale au regard de la dangerosité :	56
4.3. Discussion de la dimension médico-psychiatrique de la personne expertisée : ...	57
4.3.1. Les données démographiques :	57
4.3.2. Les diagnostics posés :	57
4.3.3. Les traitements médicamenteux :	59
4.4. Discussion de la dimension pénale des dossiers :	59
4.5. Les limites et les biais :	61
5. Conclusion :	61
6. Bibliographie :	63
7. Annexes :	69
7.1. Détail de psychotropes observés dans l'étude :	69
7.2. Détail des infractions criminelles de l'étude :	71
7.3. Détail des infractions délictuelles de l'étude :	72
7.4. Détail des infractions contraventionnelles de l'étude :	76
Serment d'Hippocrate :	77

PARTIE 1 L'ARTICLE :

Introduction

La notion de responsabilité s'est structurée à travers l'évolution du droit pénal. D'abord qualifiée d'objective, elle se dote d'une pensée subjective amorçant l'idée de volonté dolosive [1]. C'est avec l'émersion de l'élément psychologique, que certains actes vont être excusés [2,3]. C'est le début de l'irresponsabilité pénale [4].

Au siècle des Lumières, le droit se réforme, se sépare de l'Eglise, et la question de la responsabilité pénale s'enrichit de l'apport des aliénistes [5]. La révolution française livre le Code Pénal napoléonien de 1810 qui assoit par l'article 64, le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux [6]. Progressivement, la pensée binaire de cet article va être remise en cause [7-9], pour nuancer l'appréciation de la responsabilité, avec à terme les modulations de la circulaire Chaumié en 1905 [2,10-12], confirmant la nécessité d'évaluer les anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer la responsabilité. A travers plusieurs avancées législatives, la « responsabilité atténuée » est consacrée par l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal, puis renforcée par la Loi du 15 août 2014 [13]. Cette question, source d'intérêt et de polémique, se situe au carrefour du droit et de la psychiatrie.

L'expertise psychiatrique pré-sentencielle, chargée de l'évaluation de l'altération du discernement et l'entrave du contrôle des actes [14], au sein de la discussion médico-légale, source de divergences expertales, ne connaît pas de consensus absolu [15-19]. Plusieurs travaux récents font émerger l'idée que certains troubles seraient plutôt associés à une altération qu'à une abolition du discernement et du contrôle des actes [20-26]. L'évaluation diagnostique est peu responsable de divergences [27,28] et l'intérêt se porte sur l'interprétation médico-légale ou comment la psychopathologie propre de l'individu s'insère dans l'acte pénal et quelle en est l'imputabilité [1,15-19] ?

Notre étude proposait de repérer et d'identifier les critères psycho-criminologiques

mis en exergue dans la discussion médico-légale des dossiers d'expertise étudiés, pour l'évaluation du discernement et du contrôle des actes au sens de l'article 122-1 du code pénal. Puis d'approfondir la question du discernement en identifiant le degré de l'altération du discernement et de l'entrave du contrôle des actes, et de déterminer un « profil psychiatrique » et pénal des individus repérés.

Matériel et méthodes

L'étude épidémiologique descriptive rétrospective incluait 129 dossiers de cinq experts psychiatres inscrits près la cour d'appel d'Aix en Provence et Nîmes, réalisés entre 2001 et 2015.

Les critères d'inclusion étaient :

- Personnes mineures ou majeures ayant commis une ou des infractions identifiées dans le code pénal pour lesquelles une expertise psychiatrique avait été réalisée ;
- Mission expertale d'évaluation du discernement et du contrôle des actes au sens de l'article 122-1 du Code Pénal de 1992 ;
- Conclusion d'altération du discernement ou d'entrave du contrôle des actes formalisée par l'expert au sens de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP.

Les critères de non inclusion étaient :

- Conclusion de l'expert laissant le doute entre une abolition ou une altération du discernement et du contrôle des actes de la personne examinée ;
- Les infractions délictuelles ou criminelles à caractère sexuel chez les mis en cause.

Le recueil des données consistait à colliger les informations concernant l'interrelation du mis en cause avec l'infraction pénale (critères psycho-criminologiques de la discussion médico-légale, justification de l'altération et son degré et identification d'une dangerosité) mais aussi des renseignements définissant un profil psychiatrique (données démographiques, diagnostics psychiatriques et observance d'un traitement médicamenteux) et pénal de l'examiné.

Les variables quantitatives étaient décrites par moyenne et écart type et les variables catégorielles par effectifs et pourcentage.

Résultats

Les données relatives au lien de l'individu avec son acte pénal

Très majoritairement (122 cas soit 94.57%), les experts motivaient leur conclusion concernant l'évaluation du discernement et du contrôle des actes s'orientant vers une altération.

Au sein de la discussion médico-légale, des facteurs psycho-criminologiques émergeaient en faveur d'une responsabilité du mis en cause. Les experts soulignaient principalement :

- la connaissance de l'interdit pénal (19 cas soit 15.57%) ;
- l'absence de facteurs abolissant le discernement ou le contrôle des actes (18 cas soit 14.75%).

Ensuite, étaient critères d'importance :

- le faible impact du trouble psychiatrique dans la genèse de l'acte (12 cas soit 9.84%) ;
- la conscience persistante du déroulement et de la motivation des faits (11 cas soit 9.02%) ;
- la persistance d'un ancrage dans la réalité commune (8 cas soit 6.56%).

Enfin des arguments moins fréquents (entre deux et quatre cas soit entre 1.64% et 3.28%) montrant une extraction de l'infraction de la psychopathologie de l'individu étaient repérés :

- l'existence d'une intentionnalité de vengeance ;
- d'un intérêt personnel ;
- de conflits antérieurs ;
- une conscience minorée de la gravité des faits avec conservation d'un raisonnement logique ;
- une intentionnalité de la violence déployée ;
- une certaine forme de préparation de l'acte ;
- une restructuration psychique sur un mode asocial.

A contrario, des facteurs tendant vers une atténuation de responsabilité s'imposaient :

- l'impact du trouble psychiatrique (59 cas soit 48.36%) ;

- l'infiltration dans le prisme de lecture de l'acte du trouble de personnalité sous jacent (54 cas soit 44.26%).

Secondairement émergeaient des critères cliniques, comme :

- des modifications de caractère d'ordre psycho-organique (7 cas soit 5.74%) ;
- une iatrogénie médicamenteuse (7 cas soit 5.74%) ;
- une phase pré ou post critique de trouble psychotique (5 cas soit 4.10%) ;
- un raptus anxieux ;
- un état de stress aigu réactionnel.

Des aspects relatifs à la personnalité des auteurs avaient grande importance :

- une impulsivité pathologique (26 cas soit 21.31%) ;
- une suggestibilité (6 cas soit 4.92%) ;
- une désadaptation sociale (6 cas soit 4.92%) ;
- un lien distendu aux affects (6 cas soit 4.92%) ;
- une absence de culpabilité (6 cas soit 4.92%) ;
- une absence d'identification du caractère personnellement dommageable (5 cas soit 4.10%).

D'autres arguments liés à la dynamique de l'agir infractionnel se dégageaient :

- la présence de motivations pathologiques de l'acte (12 cas soit 9.84%) ;
- un sentiment erroné de légitime défense (5 cas soit 4.10%) ;
- un « orage » passionnel vrai (non psychotique) ;
- voire une concordance partielle avec les critères de meurtres pathologiques [29,30] ;
- un crime dit « altruiste » ;
- le caractère irrationnel et déraisonné de l'acte
- une récurrence inexorable de l'acte d'allure compulsive jusqu'à l'identification d'une punissabilité moindre par absence d'intégration de la sanction pénale.

Enfin des facteurs psycho-sociaux et environnementaux (10 cas soit 8.20%) étaient recensés comme atténuant la responsabilité tels que :

- la détresse sociale ;
- la désinsertion socioprofessionnelle ;

- les situations familiales difficiles notamment conjugopathies ;
- les contextes de deuil ;
- les parcours de vie chaotique.

La question de l'imprégnation toxique au temps de l'acte rapportait un positionnement mal tranché des experts. En effet, dans 25 cas soit 20.50% les experts intégraient ces troubles dans le cortège comorbide des troubles psychiatriques identifiés. A l'opposé, ils évoquaient des consommations exclues de tout cadre pathologique dans 19 cas soit 15.57%.

La distinction entre discernement et contrôle des actes était peu objectivée (20.50%). En effet, l'expert mentionnait seulement dans 12 cas soit 9.84% un discernement évalué opérant mais l'entrave du contrôle des actes permettait la conclusion de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP, alors que dans 13 cas soit 10.66%, le discernement s'altérait notant malgré tout un contrôle des actes conservé.

De même, le degré faible, moyen ou élevé de l'altération du discernement et du contrôle des actes était spontanément peu précisé par les experts (26 cas soit 20.15%). Les notifications spécifiques étaient motivées par le souci de signifier le degré élevé de l'altération tendant vers une volonté marquée d'atténuer la responsabilité de l'individu.

La dangerosité faisait l'objet d'une évaluation dans la plupart des cas (117 cas soit 90.70%), comprenant une forte identification de dangerosité psychiatrique (pure ou mixte (44 cas soit 34.11%) (versus 14 cas soit 10.85% de dangerosité criminologique) malgré la conclusion d'altération simple rendant accessible le mis en cause à une sanction pénale. L'absence de dangerosité quelconque était soulignée dans 48 cas soit 37.21%.

Le « profil psychiatrique » du mis en cause

La population de l'étude était majoritairement des hommes (111 soit 76% versus 18 femmes 14%) d'âge majeur (120 cas soit 93%). L'âge moyen était de 37.61 ± 14.93 ans.

Les diagnostics principaux retenus par les experts chez les personnes examinées étaient :

- Troubles psychotiques (bouffée délirante aiguë, schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant paranoïaque) : 44 cas/34.92% ;
- Troubles de personnalité (borderline, paranoïaque, dyssociale, sans précision) : 44 cas/34.92% ;
- Troubles affectifs (manie, dépression uni ou bipolaire, dysthymie) : 16 cas/12.70% ;
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (alcool principalement) : 9 cas/7.14% ;
- Troubles psycho-organiques : 6 cas/4.76%
- Retards mentaux et troubles envahissant du développement : 6 cas/4.76% ;
- Etat de stress post traumatique : 1 cas/0.79% ;
- Doute diagnostic (sphère de la psychose) : 2 cas ;
- Pas de diagnostic posé : 1 cas.

Les diagnostics associés étaient majoritairement des troubles relatifs à la consommation de toxiques (51 cas/47.66%) notamment des habitus cannabiques (14 cas/13.08%) et alcooliques (11 cas/10.28%) chroniques, puis les troubles de personnalité (31 cas/28.97%), notamment dyssociale (10 cas/9.35%) paranoïaque et borderline (5 cas chacun/4.67%). Les troubles thymiques et psychotiques étaient peu fréquemment associés (9 cas /8.41%). Les retards mentaux s'associaient dans 8 cas soit 7.48% comme les troubles psycho-organiques.

Une moyenne totale de 1.85 diagnostics par dossiers était retenue dans notre étude.

Les infractions relevées chez les mis en cause étaient plus importantes en nombre lors d'un diagnostic principal de troubles relatifs aux consommations de toxiques ou de manie bipolaire avec respectivement 2.8 et 2.17 infractions par dossier et moindres dans les troubles psychotiques (1.27 faits). Les infractions d'atteinte aux personnes (notamment d'ordre criminelle) étaient plus répandues chez les prévenus diagnostiqués dépressifs (14/19 faits, soit 73.68%), éthyliques chroniques (17/25 faits soit 68%), paranoïaques (6/10 faits, soit 60%), ou dans les troubles psychotiques (28/56 faits, soit

50%). Les atteintes aux biens étaient plus fréquentes chez les maniaques et les personnalités dyssociales ne relevant d'ailleurs aucun fait criminel.

Les mis en cause observaient des traitements médicamenteux dans 65 cas soit 50.39% contre 46 cas soit 35.66% d'absence de prise de psychotropes. Les traitements les plus fréquemment observés étaient les antipsychotiques de 1^{ère} et 2^{ème} génération (58.18%) utilisés à visée anti-productive, thymo-régulatrice voire sédatrice ou anti-impulsive, les antidépresseurs/ thymo-régulateurs (25.45%) et les benzodiazépines. 63% des personnes bénéficiant d'un traitement médicamenteux l'observaient correctement.

La dimension pénale des dossiers d'expertise

Sur 129 dossiers analysés, nous avons identifié :

- 33 dossiers criminels (25.58%) ;
- 94 dossiers délictuels (72.87%) ;
- 2 dossiers contraventionnels (1.55%).

Nous relevons au total 216 qualifications pénales pour 83 infractions distinctes. Les atteintes aux personnes représentaient 46.3% des infractions pénales totales.

Le nombre moyen d'infractions par dossier était de 1.67.

Les méfaits impliquaient des victimes dans 88% des cas, uniques dans 46% des cas. Lorsqu'elles étaient identifiées, elles étaient issues le plus fréquemment du cercle familial à 28%, puis les personnes représentant une fonction à 17%, voire les voisins à 9%. Les victimes inconnues étaient nombreuses à hauteur de 27%.

La règle de l'unicité de l'expert se confirmait avec 124 mandats d'expert seul soit 96.12%. Il s'agissait d'expertise de 1^{ère} ligne dans 88.37% des dossiers avec une fréquence non négligeable d'expertise demandée à l'issue de l'audience correctionnelle en comparution immédiate (42.1%). Le délai de réalisation moyen de l'expertise était de 9 mois.

Discussion

Depuis 25 ans, force est de constater que l'absence de directives précises des textes législatifs a ouvert la possibilité d'interprétation et d'adaptation conduisant à une utilisation erronée de l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal vers une sur-pénalisation de cette population et contraire à l'esprit de la Loi [4,31,32]. Le rapport d'information du Sénat de 2010 proposait donc certaines pistes afin de « *remédier aux dérives du système français* » [33,34].

L'article de Guivarch en 2015 « *Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature* » a sous-tendu notre démarche, étudiant les sources de divergences expertales et soulignant plus précisément l'aspect de la discussion médico-légale ouvrant le champ de l'interprétation médico-légale nécessairement intersubjective [16,17,35]. Il nous apparaissait alors pertinent d'étudier plus précisément ces critères pouvant entrer en ligne de compte dans l'interprétation médico-légale et le choix de la conclusion expertale [13,36] entre discernement et contrôle des actes opérant, altéré ou aboli, conditionnant alors en grande partie malgré la décision souveraine du Juge, le devenir de l'accusé entre lieux de soins et détention carcérale [37].

Les critères soulignés par les experts tendaient à montrer la démarche expertale partant du postulat que le discernement et le contrôle des actes de l'individu examiné est sain, l'expert cherchant dès lors à éliminer les « anomalies » pouvant conduire à une atténuation de la responsabilité pénale. L'équilibre décisionnel s'évaluait aussi en fonction de la présence ou l'absence des facteurs tendant à une responsabilisation. Ainsi la notion de pathologie responsable d'une abolition [13,17,18] était un facteur d'importance à éliminer, complétée par l'évaluation de l'impact limité du trouble psychiatrique dans la psychogenèse de l'acte [13,20]. S'associaient ensuite des points psycho-criminologiques marquant l'idée de la persistance d'un ancrage même partiel dans la réalité commune et des éléments permettant de retenir une forme de mentalisation de l'acte orientaient le choix expertal vers une responsabilisation du sujet.

Certains critères pouvaient s'identifier comme relatif à la clinique psychiatrique du sujet, étant souvent une justification implicite de l'altération du discernement et du contrôle des actes [16-18, 21,22].

L'iatrogénie notamment psychotrope, l'impulsivité pathologique et des facteurs psychosociaux et environnementaux péjoratifs étaient remarqués et intégrés dans le schéma décisionnel vers une altération.

S'associaient des éléments relatifs à la perte partielle d'insertion dans la réalité commune, pouvant aller jusque vers une concordance incomplète avec les critères de meurtre pathologique [38,39]. De même, la répétition irraisonnée d'un acte dont les conséquences pénales délétères étaient bien intégrées évoquant ainsi une punissabilité moindre semblait pouvoir être retenue par les experts vers une atténuation de la responsabilité [16,40].

Quant à la notion sujette à débat de l'imprégnation de toxiques, quels qu'ils soient, au temps de l'acte, la voix de nos experts s'excentrait un peu du consensus tendant à exclure ce facteur de la discussion médico-légale, lui reléguant automatiquement un positionnement responsabilisant de l'individu examiné [3,41]. Or les dossiers d'expertise analysés retraçaient une orientation plus nuancée intégrant aussi bien la consommation de toxiques et son imprégnation lors des faits, dans un cortège pathologique de signes psychiatriques latents que l'excluant de tout cadre pathogène. Ce critère quel que soit sa finalité décisionnelle vers une responsabilisation ou une atténuation était relevé de façon considérable, chez près d'un prévenu sur deux [39]. Le rôle de l'expert devrait alors se cantonner à un avis sapiteur éclairant le juge dans son pouvoir décisionnaire sans s'y substituer, se positionnant le cas échéant en dehors de sa mission consensuelle [21,42].

Il semblerait de plus nécessaire et appréciable que la mission expertale puisse apporter une modulation plus fine dans l'évaluation du discernement et du contrôle des actes afin que la réponse pénale puisse elle-même s'adapter au mieux au mis en cause et donc s'inscrire directement dans les questions posées initialement. Les experts

précisaient spontanément le degré de sévérité de l'altération du discernement et de l'entrave du contrôle des actes seulement dans 20% des cas, ce qui apparaît insuffisant. La distinction du rôle prépondérant de l'un ou de l'autre était également limitée, or l'esprit législatif a précisé explicitement la vacuité laissée dans l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP de 1992 au sein de la modification apportée par la Loi du 15 août 2014 [43] déduisant de facto un tiers de la peine.

L'évaluation de la dangerosité avec une forte orientation vers une étiologie psychiatrique s'assimilait contrastée face aux conclusions des experts situant le prévenu dans le champ pénal certes modulé, mais accessible à une sanction. Le manque d'alternative à l'incarcération en milieu pénitentiaire et la mouvance des « prisons thérapeutiques » telles que Château-Thierry ou Hagenau, apparaît lointaine faute de budget financier [44], laissant dériver le devenir de ces prévenus dont le sort se situe entre deux [4,45-49].

Les diagnostics principaux ou comorbides retenus par les experts dans notre étude s'apparentaient aux données de la littérature, confirmant la forte prédominance de troubles de personnalité, de troubles psychotiques notamment en dehors d'une phase processuelle productive, de troubles affectifs dans un second plan plutôt dépressif que maniaque, de troubles psycho-organiques et de retards mentaux [21,22,25,30,50]. Seuls les troubles liés à des conduites toxicomaniaques semblaient être retenus dans une proportion plus forte mais suivaient aussi certaines données notamment relatives à l'intrication dans un processus pathologique psychiatrique propre [17,18,21,22].

Les traitements médicamenteux suivis faisaient l'objet d'une insuffisance de recueil tant sur la nature exacte du traitement psychotrope, que sur l'observance réelle et la possibilité de rupture thérapeutique. Cependant les chimiothérapies observées au temps de l'entretien par l'expert étaient plutôt bien renseignées mais dans la mission rétrospective de l'expert, cette notion apparaît moins pourvue de sens. Cette orientation expertale par défaut et absence

de précision spécifique de rupture de traitement dans la discussion médico-légale se confirmait par rapport à la littérature où les experts retenaient la rupture de traitement comme un symptôme psychotique [18].

La dimension pénale des dossiers d'expertise étudiés était marquée par une forte proportion d'infractions en matière criminelle avec une augmentation du ratio crimes/délits par rapport aux chiffres judiciaires consultés (2016). Cela s'inscrivait dans une certaine logique compte tenu des modalités actuelles de recours à l'expertise, rendue quasi obligatoire dans les procédures criminelles ainsi qu'en délictuelles, fonction de la gravité des faits (délits sexuels et violents par exemple) [34,51,52]. La règle de l'unicité de l'expert mise en exergue par la Loi de 1985 se confirmait au sein de l'étude [13,53]. Les expertises étaient majoritairement de 1^{ère} ligne avec un nombre important de renvoi de la décision judiciaire suite à un mandat d'expertise psychiatrique demandé lors des comparutions immédiates des procédures correctionnelles accélérées [42]. Le type de victime était majoritairement renseigné lorsqu'il représentait une circonstance aggravante de l'infraction pénale. La forte représentation de la famille et personnes inconnues pouvait orienter vers une dimension partiellement pathologique des passages à l'acte criminel, où la motivation de l'infraction s'interrogeait [39].

Les limites et les biais de l'étude s'inscrivaient dans la méthodologie suivie, et la possibilité de biais de sélection des experts. Cette étude pourrait donc être considérée comme une piste d'investigation ultérieure où les éléments de discussion médico-légale que nous parvenions à distinguer comme une certaine grille de lecture, pourraient être soumis à un groupe d'expert pour une évaluation prospective de « testing ».

Conclusion

Il semblait donc émerger, malgré la volonté louable d'apporter une grille de lecture plus « généralisée » qui limiterait les variabilités inter-experts, notamment dans

l'argumentation médico-légale de l'évaluation du discernement et du contrôle des actes, que l'appréciation de l'expert psychiatre singulier demeure maîtresse [16,17]. Ainsi, au-delà de certains aspects pouvant moduler sans abolir le discernement de la personne mise en cause, de multiples facteurs qu'ils soient pro ou anti « responsabilisants » étaient identifiés d'une importance plus ou moins notable dans la discussion clinique et criminologique du rapport à l'acte.

Ainsi, il serait illusoire d'espérer guider aveuglement le choix de l'expert en proposant une lecture standardisée excluant toute subjectivité de l'expert propre, mais au-delà de l'apport des critères formalisés émergeant de notre étude, il faudrait savoir conserver la spécificité de l'évaluation singulière du psychiatre, en tentant de limiter cependant les variabilités inter individuelles dans les conclusions expertales. En effet, soutenir le principe de l'évaluation en duo ou collègue d'expert, et la notion de renforcement de la formation médico-légale des experts, où aucune formation spécifique n'est actuellement exigée, limiterait ainsi l'impact des écoles de pensées des experts, qui peuvent contribuer aux divergences toxiques et décrédibilisantes de la profession. Il s'agirait d'harmoniser tant la qualité globale des expertises que les conclusions spécifiques du champ de l'évaluation du discernement et du contrôle des actes qui demeurent le pilier de l'expertise pré-sentencielle « de responsabilité » [35,54-56].

L'accès à un standard d'expertise même au niveau européen ne semble pour le moment encore qu'illusion en l'état actuel des perspectives législatives mais aussi des souhaits des praticiens. Cependant, un certain nombre de recommandations pourraient être établies pour garder une éthique commune au sein de la pratique, telles que « *s'astreindre à donner les clefs de lecture de son travail, exposant sa démarche sans affirmer abruptement de conclusions cliniques* », ou des choix idéologiques, quant à l'évaluation de la responsabilité pénale, explicités de façon plus transparente [57]. Le travail expertal serait alors plus à même d'être compris et argumenté ; un dialogue au carrefour de la psychiatrie et du droit pourrait alors se nouer.

Références

- [1] Senon JL, Manzanera C, Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale, *Annales Médico-Psychologiques* (2006), doi: 10.1016/j.amp.2006.08.017.
- [2] Hémery Y., « Irresponsabilité pénale, évolutions du concept », *L'information psychiatrique* 2009/8 (Volume 85), p. 727-733.
- [3] Bernardini, *Droit Criminel volume II : l'infraction et la responsabilité*, Editions Larcier 2012.
- [4] Senon JL, *Troubles psychiques et réponses pénales. XXXIVe Congrès français de criminologie, champ pénal/penal field Responsabilité/Irresponsabilité Pénale*, mis en ligne le 15 septembre 2005 .
- [5] Bouley D, Massoubre C, Serre C, Lang F, Chazot L, Pellet J, *Les Fondements Historiques de la Responsabilité Pénale*, *Annales Médico-Psychologiques*, revue psychiatrique, 2002, Elsevier.
- [6] Guignard L, *L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale*, *Champ pénal/Penal field* [En ligne], XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 17 juillet 2005 .
- [7] Belloc P-H, « De la responsabilité morale chez les aliénés », *Annales Médico-Psychologiques* tome VII 1861 p.418
- [8] Ball B, « De la responsabilité partielle des aliénés », 1886, p 241
- [9] Parant V. « La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables ». Paris/Toulouse : Doin/Privat 1888, p.390
- [10] Bremaud N, « Histoire du Délire des Actes », *Annales médico-psychologique revue psychiatrique*, 2014, Elsevier
- [11] Debuyst, « les fondements historiques du concept de responsabilité pénale » dans « *Criminologie et psychiatrie* » ouvrage collectif sous la direction de T.Albernhe, Ellipses 1997 551-559
- [12] Albernhe T, « la responsabilité pénale, considérations générales » dans « *Criminologie et psychiatrie* » ouvrage collectif sous la direction de T.Albernhe, Ellipses 1997 547-551
- [13] Fiorini A, *L'article 122-1 du code pénal : ambiguïté entre altération et abolition du discernement. Mémoire de Master 2 Droit pénal et sciences pénales*, direction Mayaud Y, 2011, <https://docassas.uparis2.fr/nuxeo/site/.../8aceea0d-8a8b-45ab-b581-a06500f9f800>.
- [14] 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, Médecine humaine et pathologie*. 2014. <dumas-01082093>.
- [15] Zagury D, *Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ? Expertise psychiatrique pénale*, *Audition publique* 25 et 26 janvier 2007, FFP.
- [16] Zagury D, *Vers une clinique de l'abolition du discernement*, *Annales Medico-Psychologiques* 164 (2006) 847-850.
- [17] Guivarch J, Piercecchi-Marti MD, Glezer D, Chabannes JM, *Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature*, *L'Encéphale* (2015.) 41, 244-250 .
- [18] Guivarch J, Piercecchi-Marti MD, Glezer D, Chabannes JM, *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). <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.08.001>.
- [19] Schweitzer M, *Quelles sont les incidences médico-légales des articles 122-1 alinéa 1 et 2 et 122-2 en termes de responsabilité pénale d'imputabilité, de discernement et de contrôle des actes ? Expertise psychiatrique pénale*, *Audition publique* 25 et 26 janvier 2007, FFP .
- [20] Senon JL, *L'expertise psychiatrique pénale : les données d'un débat AJ Pénal* 2006, p66.
- [21] Perrault Christophe, *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*, thèse de doctorat en médecine sous la direction par le Pr Arbus C. Toulouse 2013 [thesesante.univ-tlse.fr/280/1/2013TOU31585.pdf](https://theses.univ-tlse.fr/280/1/2013TOU31585.pdf)
- [22] 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 », *La revue de médecine légale* (2015) 6, 70-77.
- [23] Bénézech M, *La responsabilité pénale du malade psychotique ou bipolaire en intercrise*, *Annales médico-psychologiques* 173 (2015) 129-135.
- [24] Senon JL, Manzanera C, Papet N, *Aspects médico-légaux des troubles bipolaires*, *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 547-52 cahier 2.
- [25] Trapé E, 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 : 1017-20.
- [26] Jonas C, Legay E, Chavignier V, *Aspects juridiques et médico-légaux des troubles de la personnalité- EMC-Psychiatrie* 2012;9(4) :1-11 [article37-491-A-10].
- [27] Dietz PE. *Why the experts disagree: variations in the psychiatric evaluation of criminal insanity*. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 1985; (477):85-94.
- [28] Nielssen, O., Elliott, G., Large, M. *The reliability of evidence about psychiatric diagnosis after serious crime: Part I. Agreement between experts*. *J Am Acad Psychiatric Law* 2010; 38(4): 516-23.
- [29] Bénézech M, *Essai de taxonomie des homicides pathologiques*, *Criminologie et psychiatrie*, ouvrage collectif sous la direction de T.Albernhe, 1997 166-173.
- [30] Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML, *Criminologie et Psychiatrie*, EMC, Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15p.
- [31] Senon JL., *Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité*, *Annales Médico Psychologiques*, 162, (2004) 646–652.
- [32] Paulet C, *Quel est le devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du*

discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.

[33] Lecerf, Barbier, Demontès, « Proposition de Loi du Sénat n°649 relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits », 2010, sénat.fr.

[34] Rapport d'information n° 434 (2009-2010) de Gilbert Barbier, Christiane Demontès, Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, « Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ». <http://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html>.

[35] Zagury D, Senon JL, L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la Dérive, L'information psychiatrique 2014/8 (Volume 90), p. 627-629. DOI 10.1684/ipe.2014.1246.

[36] Zagury D, Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.

[37] Rharrabti S, Khelafa S, Khelafa A, Barrimi M, Aarab C, Rammouz I, et al, Le cadre juridique régissant la responsabilité pénale de l'aliéné au Maroc, L'évolution psychiatrique 79 (2014) 739-751.

[38] Bénézech M, Essai de taxonomie des homicides pathologiques, Criminologie et psychiatrie, ouvrage collectif sous la direction de T.Albernhe, 1997 166-173.

[39] Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML, Criminologie et Psychiatrie, EMC, Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15p.

[40] Rappard P, « La fin du non-lieu psychiatrique et son incidence sur le but des institutions françaises médico-légales. (À propos de la Loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental) », L'information psychiatrique 2009/8 (Volume 85), p. 759-768.

[41] De Lenteigne de logivière X, Gignon M, Amsallem C, Jarde O, Manaouil C, Aspects médico-légaux de l'ivresse éthylique aiguë, Journal Européen des Urgences et de Réanimation, Press Med 2015;44(6):610-7.

[42] Benillouche M, Les expertises judiciaires: le point de vue du pénaliste, ou comment le Juge se dégage de son pouvoir de décision au profit de l'expert... Médecine et Droit 2013 (2013) 83-88.

[43] Article 122-1 du Code Pénal, 1992 modifié par la Loi du 15 août 2014, légifrance.fr.

[44] Ayme J, La genèse de l'article 122-1, Criminologie et psychiatrie, ouvrage collectif sous la direction de T.Albernhe, Ellipses 1997 559-567.

[45] Pradel J, En droit pénal, quels sont les fondements de l'expertise psychiatrique pénale? Expertise

psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.

[46] Lézé S, Les Politiques de l'expertise psychiatrique. Enjeux, démarches et terrains, Champ pénal/ Penal field [En ligne], Séminaire du GERN "Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité" (2008-2009), mis en ligne le 06 novembre 2008

[47] Bénézech M, Folie où es-tu? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques, Annales Médico-Psychologiques, 168 (2010) 48-56.

[48] Ponte C, La prise en charge des personnes atteintes des troubles mentaux ayant commis des infractions, Soins psychiatrie (2010) n°269.

[49] Vellut N, Simmat-Durand L, L'influence de l'expertise psychiatrique sur la décision judiciaire : le cas des néonaticides, La revue de médecine Légale (2013) 4, 75-83.

[50] Foullu S, Estingoy P, De l'intérêt clinique du concept d'héboïdophrénie. A propos de deux cas de schizophrénie criminelle, EMC 164 (2006) 756-763.

[51] 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* [En ligne], Séminaire du GERN "Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité" (2008-2009).

[52] Article 706-115 Code de Procédure Pénale, légifrance.fr.

[53] Lavielle B, Quelles sont les attentes de la justice face à l'expert psychiatre dans le domaine psychocriminologique et quels sont les arguments en faveur et en défaveur de l'expertise contradictoire ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.

[54] Kahn J-P, Comment envisager une formation adaptée des psychiatres à la pratique expertale ? comment envisager l'évaluation des pratiques et la formation permanente ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.

[55] Estano N, D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique : réflexion autour d'une pratique de l'expertise pénale présentencielle, une refonte nécessaire ? Annales Médico-psychologiques (2015).

[56] Rumen JP, Pour une clinique de l'expertise, Journal français de psychiatrie 2001/2 (no13), p. 46-49. DOI 10.3917/jfp.013.0046.

[57] Lamothe P, L'expertise psychiatrique en France dans l'espace européen. Faut-il établir des normes ? Comment rendre l'expertise plus « utile » et non seulement formelle dans la procédure française? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP

PARTIE 2 : L'étude :

1. Introduction :

La notion de responsabilité s'est structurée au fil des époques, à travers l'évolution du droit pénal. A la source du droit, la responsabilité, d'abord collective et imputable au clan, devient individuelle, à l'émergence du droit romain. De même, attachée au fait matériel ou qualifiée d'objective, elle s'enrichit d'une pensée subjective qui amorce l'idée d'intention coupable, de volonté dolosive [1]. C'est avec l'émergence de l'élément psychologique, pour reprendre les termes juridiques associés à la définition de l'infraction pénale, que certaines catégories de personnes vont voir leurs actes excusés [2,3]. C'est le début de l'irresponsabilisation de certains groupes de personnes [4].

A partir du siècle des Lumières, et après une régression conceptuelle infligée par le poids de la morale chrétienne, le droit se réforme, se sépare de l'Eglise, et la question de la responsabilité pénale s'enrichit de l'apport des aliénistes [5]. La révolution française livre dans un second temps, le code pénal napoléonien de 1810 qui consacre par l'article 64, le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux [6]. Progressivement, la pensée binaire de cet article va être remise en cause, pour nuancer l'appréciation de la responsabilité pénale. Malheureusement dans les textes, la dérive s'installe et il sera bientôt demandé explicitement à l'expert psychiatre d'évaluer les anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer la responsabilité (circulaire Chaumié, 1905). Dans « *L'expertise médico-légale et la question de responsabilité* », Gilbert Ballet en 1907, prend position et soutient que « *les questions de responsabilité ne sont pas du domaine médical* », posant la question : où finit le rôle du médecin et où commence celui du magistrat [7]. A travers plusieurs avancées législatives, la question de la « responsabilité atténuée » est consacrée par l'article 122-1 alinéa 2 du Code Pénal (CP), puis renforcée par la Loi du 15 août 2014. Cette question est source d'intérêt et de polémique, se situant au carrefour du droit et de la psychiatrie.

La question de l'altération du discernement et de l'entrave du contrôle des actes, vocable introduit par l'article 122-1 du CP, fait largement débat [8]. Pour certains, l'absence de consensus expertal, fragilise la profession, qui connaît des divergences d'opinion [7,9]. La clinique expertale ne fait pas l'objet d'un consensus absolu [10], qui par ailleurs pourrait paraître illusoire, mais il apparaît cependant nécessaire d'établir des règles médico-légales communes pour éviter les divergences qui se font trop nombreuses entre les experts et qui tendent à décrédibiliser cette pratique complexe [11,12]. Il semble que l'on ne puisse pas clairement répondre à la question du discernement sur une dimension diagnostique pure, et il s'agirait plutôt de considérer des atteintes de certains aspects du fonctionnement psychique

notamment de l'activité de pensée (cognitive/affective/émotionnelle) et de la personnalité ; le discernement ne pouvant se rapporter seulement au libre arbitre ou à la volonté, ni se confondre avec le jugement [13]. Cependant, dans la littérature, il paraît émerger que certains troubles seraient plus volontiers associés à une altération du discernement ou à une entrave du contrôle des actes, qu'à une abolition de ceux-ci [14,15].

En effet, dans les études de Perrault [16] et Mahé [17], les troubles psychotiques associant la schizophrénie et les délires chroniques sont les diagnostics les plus représentés dans les rapports d'expertise concluant à l'altération du discernement et/ou du contrôle des actes. Ils sont « *souvent stabilisés sur le plan des symptômes délirants, qui, s'ils persistent à minima, sont sans lien direct avec les faits* » et « *présentent régulièrement des signes de désorganisation intellectuelle* », en phase non productive de symptômes délirants, ou période inter-critique avec plus ou moins de symptômes résiduels [18]. Les troubles de l'efficacité intellectuelle représentent la deuxième cause de recours à l'article 122-1 du CP dans son ensemble, qu'ils soient associés ou non à un trouble envahissant du développement [17]. Les troubles de l'humeur plutôt bipolaires qu'unipolaires bénéficient préférentiellement de l'alinéa 2 et correspondent à des « *états de décompensation modérée, sans caractéristique psychotique en lien avec les faits* », plus souvent sur un versant maniaque que dépressif. Pour Perrault [16], il s'agirait plutôt d'épisodes dépressifs caractérisés par une crise suicidaire patente, ou associés à une consommation alcoolique aiguë [19]. Ces troubles s'associent donc à un facteur clinique aigu pouvant alors biaiser et entraver les capacités de discernement ou de contrôle des actes. Enfin, pour Mahé [17], les troubles neuro-psychiques de soubassement organiques représentent le quatrième groupe en terme de pathologies requérant l'article 122-1 CP. Ils sont représentés par « *les confusions (métaboliques, toxiques et/ou médicamenteuses), les séquelles de traumatisme crânien ou pathologies cérébrales (qui) constituent l'essentiel des états pathologiques donnant majoritairement lieu à alinéa 2* ». D'autres ont mis en lumière une fréquence d'association avec l'alinéa 2 dans le cas « *d'autres troubles mentaux* » (regroupant les traits de personnalité névrotique, trouble de l'organisation de la personnalité, dysmaturité affective et émotionnelle, dysharmonie plus ou moins à expression antisociale, la personnalité fruste), les déficiences intellectuelles [20]. Le trouble de personnalité est le diagnostic le plus souvent associé à l'altération du discernement ou l'entrave du contrôle des actes [21]. En premier lieu, ce serait donc le trouble de personnalité borderline (19 %), puis autres troubles de personnalité (7.9 %), paranoïaque (4.8 %) et schizoïde/schizotypique (3.2 %) [16]. Au total, un alinéa 2 posé sur cinq est justifié en partie ou totalement par le trouble de personnalité borderline dont l'occurrence de symptômes psychotiques notamment sur un

registre hallucinatoire est maintenant bien reconnu [22]. A propos du trouble de personnalité antisociale, dont la forme la plus sévère serait la psychopathie, on retrouve une proximité sémiologique avec les troubles de personnalité « état limite » [23]. Cependant, dans le consensus expertal, il est admis de ne pas considérer ce trouble comme pouvant être retenu en critère de modulation du discernement ou du contrôle des actes ; mais actuellement, certains s'accordent à dire que l'on retrouve des substrats neuro-organiques (cas de Phinéas Gage), favorisés par une exposition précoce à des facteurs de stress intense. A propos des troubles psychiques reconnus de façon consensuelle comme facteurs responsabilisants, les conduites addictives sont exclues du champ de l'article 122-1, en dehors du syndrome de dépendance sévère. Pourtant textuellement, il est demandé à l'expert d'identifier quelles atteintes psychiques peuvent intervenir dans la capacité de discerner, et il semble que la réponse pourrait contenir l'avis médical sur la prise de toxiques, qui pourra être modulé par la phrase classique « *cependant il ne pouvait en ignorer les effets et leurs conséquences* » (connaissance antérieure des effets, déjà expérimentés) si on estime que les conduites toxiques ne devraient pas être considérées comme des circonstances atténuantes [16].

La littérature apporte certaines lumières sur les troubles nosographiques qui seraient particulièrement associés aux conclusions d'altération du discernement et du contrôle des actes. Même s'il demeure des sources de désaccord entre les experts psychiatres [24], en général, l'évaluation diagnostique est peu responsable de divergence [25] ; c'est la raison pour laquelle notre étude s'est tournée vers les éléments qui restent empreints de subjectivité interpersonnelle, les facteurs intervenant dans la discussion médico-légale orientant largement les conclusions de l'expert où des éléments de divergence semblent émerger. L'interprétation médico-légale est autrement dit : comment un acte pénal peut-il s'intégrer dans la psychopathologie du sujet tant en terme de concordance temporelle qu'en lien de causalité même partiel entre le trouble constaté et l'infraction reprochée soit l'imputabilité ? [1,9-13].

Cette étude permettrait également de confirmer ou non des consensus expertaux autour de l'appréciation des différentes problématiques. Il serait ainsi favorable pour limiter le risque de divergence trop large des experts, de pouvoir proposer une grille de lecture semi-dirigée afin d'aider l'orientation de l'expert [26].

Sa décision resterait fondamentalement et éthiquement basée sur une évaluation personnalisée et non strictement standardisée.

1.1. Les objectifs de l'étude :

1.1.1. L'objectif principal :

- Repérer et identifier les critères psycho-criminologiques mis en exergue par les experts dans la discussion médico-légale des dossiers d'expertise étudiés, pour l'évaluation du discernement et du contrôle des actes au sens de l'article 122-1 du code pénal.

1.1.2. Les objectifs secondaires :

- Approfondir la question du discernement en identifiant le degré de l'altération du discernement et de l'entrave du contrôle des actes.
- Déterminer un « profil psychiatrique » des individus repérés comme présentant une altération de leur discernement et de leur contrôle des actes :
 - Quels diagnostics psychiatriques principaux et comorbides?
 - Quelles corrélations entre diagnostics psychiatriques et infractions pénales ?
 - Quelles chimiothérapies observées ?
 - S'agit-il de personnes en rupture de traitement ?
 - Présentent-ils une dangerosité psychiatrique ou sociale ?
 - Qu'en est-il des éléments pénaux des dossiers d'expertise psychiatrique ?

2. Matériels et méthodes :

2.1. La population de l'étude :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective incluant des dossiers d'expertises psychiatriques pénales réalisées par des experts inscrits près la cour d'Appel d'Aix en Provence et de Nîmes. Au total cinq experts nous ont permis d'accéder à leurs archives de dossiers. Les expertises ont été effectuées après le 1^{er} mars 1994 correspondant à l'entrée en vigueur du nouveau code pénal, sur une période de 2001 à 2015.

L'étude a été réalisée conformément à la déclaration d'Helsinki.

2.2. Les critères d'inclusion :

- Personnes mineures ou majeures ayant commis une ou des infractions identifiées dans le code pénal pour lesquelles une expertise psychiatrique avait été réalisée ;
- Mission expertale d'évaluation du discernement et du contrôle des actes au sens de l'article 122-1 du CP de 1992 ;

- Conclusion d'altération du discernement ou d'entrave du contrôle des actes formalisée par l'expert, au sens de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP.

2.3. Les critères de non inclusion :

- Conclusion de l'expert laissant le doute entre une abolition ou une altération du discernement et du contrôle des actes de la personne examinée ;
- Les infractions délictuelles ou criminelles à caractère sexuel chez les mis en cause.

2.4. Le recueil des données :

Les données ont été recueillies par l'étude des dossiers d'expertise psychiatrique pénale et le recensement pour chaque mis en cause des données :

- Concernant l'interrelation du mis en cause et de l'infraction pénale:
 - Critères psycho-criminologiques retenus dans la discussion médico-légale et justification du choix de l'utilisation de l'article 122-1 alinéa 2 du CP ;
 - Degré de l'altération du discernement et/ou de l'entrave du contrôle des actes ;
 - Présence d'une dangerosité ; si oui : type de dangerosité.
- Concernant la dimension médico-psychiatrique de la personne expertisée :
 - Sexe et âge au moment de l'examen ;
 - Diagnostic psychiatrique principal retenu et corrélation avec les infractions relevées ;
 - Diagnostic(s) associé(s) retenu(s) et leur(s) nombre ;
 - Observance d'un traitement médicamenteux et rupture thérapeutique :
 - Si oui : détails de la chimiothérapie suivie (types de molécules).
- Eléments généraux concernant la dimension pénale stricte des dossiers d'expertise.

2.5. Analyses statistiques des données :

Des analyses descriptives de la population ont été réalisées. Les variables quantitatives ont été décrites par moyenne et écart type, et les variables catégorielles par effectif et pourcentage.

3. Résultats

3.1. Données générales :

Nous avons donc étudié les dossiers d'archives de cinq experts psychiatres, deux inscrits près la cour d'appel d'Aix en Provence et trois inscrits près la cour d'appel de Nîmes. Quatre

psychiatres experts précisait en tête de leurs rapports leurs qualifications théoriques en la matière (Diplôme Universitaire (D.U.) de psychiatrie médico-légale, D.U. de criminologie appliquée à l'expertise mentale, diplôme de sciences criminelles, D.U. de sexologie, attestation d'études en réparation juridique du préjudice corporel).

Nous avons pu sélectionner une série de cas de 129 dossiers répondant aux critères d'inclusion et aux critères de non inclusion, et nous les avons étudiés.

3.2. Données concernant l'interrelation du mis en cause et de l'infraction pénale :

3.2.1. Critères psycho-criminologiques retenus dans la discussion médico-légale justifiant le choix de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP :

Lors de l'analyse, nous distinguons des « facteurs positifs », ensemble des facteurs dont la présence allait dans un sens de responsabilisation du mis en cause (discernement opérant et un contrôle des actes efficace), et des « facteurs négatifs » corrélés à une altération, quelle qu'en soit le degré, de ces deux indicateurs.

3.2.1.1. Les facteurs responsabilisants :

Les deux facteurs positifs les plus fréquemment retrouvés dans nos dossiers étaient :

- la connaissance par le mis en cause de l'interdit pénal, du caractère illégal du ou des actes posés : 19 rapports, soit 15.57% ;
- l'absence de critère en faveur d'une abolition complète du discernement : 18 dossiers, soit 14.75%.

On retrouvait ensuite :

- le faible impact du trouble psychiatrique dans la genèse de l'acte pénal, voire l'absence de décompensation psychiatrique aiguë au temps de la commission des infractions reprochées : 12 cas soit 9.84% ;
- la conscience persistante du déroulement des faits au temps de l'acte, plus précisément la conscience de la motivation liée à l'acte, qui pouvait être discutée au temps de l'expertise : 11 dossiers soit 9.02% ;
- la persistance d'un ancrage dans la réalité commune : huit cas soit 6.56%.

Certains arguments pouvaient être rattachés à la notion d'extraction de l'infraction du processus psychopathologique du sujet:

- l'existence d'une intentionnalité de vengeance ou de justice par soi-même : quatre dossiers ;
- la motivation sous-tendue par l'intérêt personnel : trois dossiers ;
- la conscience même minorée de la gravité des faits : trois dossiers ;
- le soubassement par des conflits entretenus antérieurement et/ou actuels : trois dossiers ;
- la conservation d'un raisonnement logique : deux dossiers ;
- l'intentionnalité du geste voire plus précisément de la violence déployée : deux dossiers ;
- l'évocation difficile d'une certaine forme de préparation de l'acte (arme procurée antérieurement aux faits) : deux dossiers ;
- la restructuration psychique sur un mode antisocial : trois dossiers.

Enfin, nous avons identifié des critères uniques, où seulement un dossier de notre analyse relevait ce facteur comme :

- le contexte d'intolérance à la frustration ;
- le « *choix* » de céder à l'influence d'un trouble de personnalité dont le caractère pathologique est pourtant bien identifié de son hôte ;
- la transcription d'un acte assumé par le mis en cause au sein d'un discours explicatif détaillé.

3.2.1.2. Les facteurs altérants:

De façon générale, les experts retenaient comme critères majeurs vers une altération du discernement et du contrôle des actes:

- l'impact du diagnostic nosographique retenu chez 59 personnes expertisées, soit 48.36% ;
- la conséquence du trouble de la personnalité infiltrant directement le prisme de lecture des actes posés, soulignée chez 54 mis en cause, soit 44.26%.

De façon moins fréquente on retrouvait :

- les modifications du caractère d'origine psycho-organique : sept dossiers ;
- la notion d'iatrogénie médicamenteuse : sept dossiers dont un quart associaient les effets délétères des traitements psychotropes à une imprégnation alcoolique conjointe ;
- la temporalité de l'acte analysé en phase pré ou post critique d'un trouble psychotique schizophrénique décompensé : cinq dossiers ;

- le raptus anxieux dans la genèse de l'acte : trois dossiers ;
- l'état de stress réactionnel à un évènement traumatique grave récent : un dossier ;
- l'état psychique proche de l'abolition du discernement : trois dossiers.

Puis nous identifions des critères liés à la dynamique criminelle :

- la motivation altruiste notamment, homicide dit « altruiste » : deux cas ;
- la présence de motivations pathologiques, un vécu persécutif ou des injonctions hallucinatoires comme soubassement de l'acte commis : 12 rapports ;
- le caractère irrationnel, absence de motivation particulière ou de dessein raisonné : trois rapports ;
- le sentiment de légitime défense allégué, nécessité ressentie d'agir pour sa propre protection : cinq rapports ;
- l'orage passionnel vrai, non psychotique, ou « climat explosif et passionnel » : trois dossiers ;
- la concordance partielle avec les critères de meurtre pathologique : trois dossiers ;
- la récurrence inexorable malgré un sentiment de culpabilité et de honte bien développé, (état psychologique d'allure compulsive) : deux dossiers ;
- l'absence d'intégration manifeste de la punition pénale : trois dossiers.

Ensuite des facteurs liés à la personnalité de l'auteur étaient soulignés :

- l'« impulsivité pathologique », ou le caractère impulsif et/ou réactionnel de l'acte : 26 cas (21.31%) ;
- la suggestibilité du mis en cause et les difficultés d'intégration des limites sociales : six cas ;
- l'altération des capacités d'adaptation sociale : six cas ;
- le lien distendu aux affects : six dossiers ;
- l'absence de culpabilité ou de regrets, positionnement en victime : six dossiers ;
- l'absence d'identification du caractère dommageable de l'acte et l'amoindrissement de la capacité à mesurer la gravité de l'acte avant de le commettre : cinq dossiers ;
- la difficulté d'inscription sur le plan symbolique l'acte dans le parcours de vie : un dossier.

Nos experts avançaient aussi des critères psychosociaux et environnementaux comme facteurs par extension, d'atténuation de responsabilité pénale dans dix dossiers:

- l'isolement ou la détresse sociale ;
- la désinsertion socioprofessionnelle ;
- les situations familiales difficiles ;
- les conjugopathies ;
- les contextes de deuil ;
- le parcours de vie chaotique.

3.2.1.3. L'impact des consommations toxiques :

Dans notre étude, les experts considéraient que l'imprégnation toxique qu'elle soit aiguë ou chronique, pouvait appartenir au cortège comorbide d'un trouble de l'humeur, d'un trouble de personnalité ou s'inscrivait dans une pathologie addictive propre chez 25 personnes examinées (soit 20.50%). Ce facteur était alors être considéré comme un des critères pouvant altérer le discernement et/ou entraver le contrôle des actes.

A contrario, dans 19 dossiers (soit 15.57%), ces mêmes consommations étaient exclues d'un contexte pathologique ou réactionnel, mais seules neuf expertises permettaient de souligner l'observation du psychiatre qui précisait que le prévenu avait connaissance ou tout du moins ne pouvait ignorer les effets délétères des toxiques sur lui-même.

3.2.1.4. De l'évaluation du discernement mais aussi du contrôle des actes :

Enfin dans les conclusions d'un dossier sur cinq, l'expert précisait son évaluation en notant une distinction entre l'altération du discernement et l'entrave du contrôle des actes, telle que :

- le discernement opérant mais une entrave du contrôle des actes permettait de conclure à l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP : 12 dossiers ;
- seule une altération du discernement était mise en évidence avec un contrôle des actes efficace : 13 rapports.

3.2.2. Justification de l'application de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP :

Dans 122 dossiers soit 94.57% des cas, l'expert psychiatre justifiait son choix de la conclusion de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP, en motivant explicitement sa décision.

3.2.3. Degré de l'altération du discernement et/ou de l'entrave du contrôle des actes :

Majoritairement, ce point de précision était peu objectivé par les psychiatres.

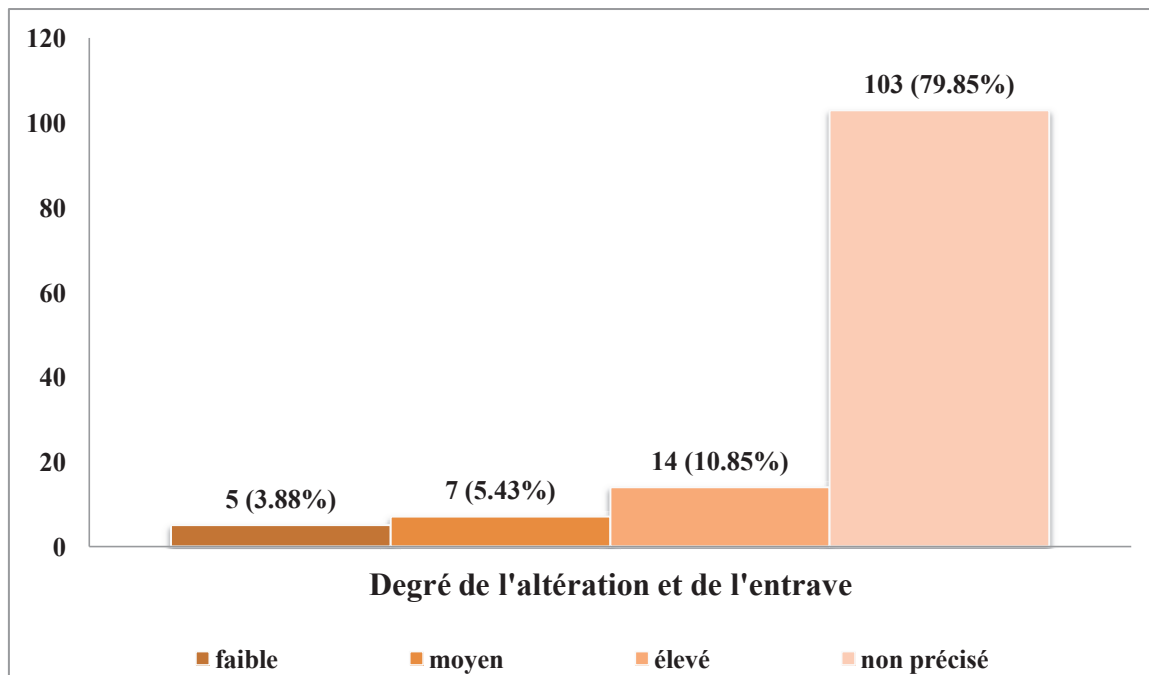


FIGURE 1 : répartition des degrés de sévérité de l'altération du discernement ou de l'entrave du contrôle des actes :

3.2.4. Evaluation de la dangerosité :

Nous avons identifié les réponses quantitatives, dangerosité persistante ou non, et qualitatives, c'est-à-dire le type de dangerosité évaluée par l'expert (Figure 2).

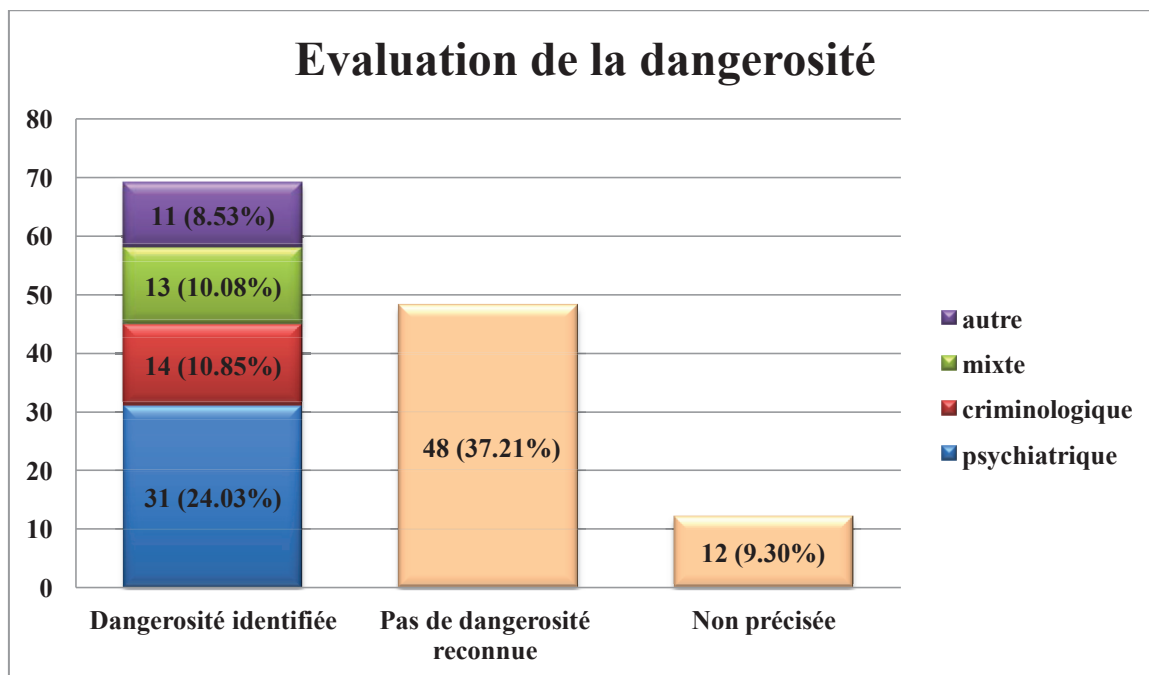


FIGURE 2 : type de dangerosité relevée chez les mis en cause :

On relevait dans la catégorie « autre », des notions de dangerosité psychiatrique potentielle lors d'alcoolisation (trois dossiers, 2.32%) se mêlant à une notion de dangerosité au contraire criminologique sous l'influence alcoolique (trois dossiers 2.32%) alors qu'on retrouvait un dossier (0.78%) avec une précision renvoyant vers une dangerosité « psycho-organique ».

3.3. Données concernant la dimension médico-psychiatrique de la personne expertisée :

3.3.1. Sexe et âge au moment des mis en cause :

Les personnes examinées dans les rapports étaient au nombre de 126, pour 129 rapports d'expertise analysés (trois personnes avaient été expertisées deux fois).

Il y avait 111 hommes (76%) et 18 femmes (14%) et il s'agissait de 120 majeurs (93%) et 9 mineurs (7%). Les mineurs étaient tous de sexe masculin.

L'âge moyen de la population de l'étude au temps de l'expertise était de 37.61 ± 14.93 ans :

- L'âge moyen des majeurs était 39.26 ± 14.17 ans ;
- L'âge moyen des mineurs était 15.77 ± 1.23 ans ;
- L'âge moyen des hommes majeurs était 39.31 ± 14.43 ans ;
- L'âge moyen des femmes était 38.88 ± 12.45 ans (dans un seul dossier, il manquait l'âge de la femme expertisée).

3.3.2. Les diagnostics principaux retenus par les experts :

Nous recensons 126 rapports comportant un diagnostic principal (soit 97.67%). 41 diagnostics principaux différents étaient relevés.

3.3.2.1. Les troubles du registre psychotique et leurs expressions symptomatiques :

Les troubles psychotiques représentaient 44 diagnostics principaux soit 34.92% des diagnostics principaux totaux (Tableau 1).

TABLEAU 1 : *Schizophrénie, troubles schizo-typiques et troubles délirants (F20–F29 de la CIM-10)*

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Trouble schizo-typique (schizophrénie pseudo-psychopathique) ou « Schizophrénie héboïdophrénique »	F 21.0	9 (7.14%)

Schizophrénie paranoïde	F 20.0	8 (6.35%)
Schizophrénie résiduelle	F 20.5	8 (6.35%)
Trouble schizo-affectif	F 25	7 (5.56%)
Trouble délirant	F 22.0	5 (3.97%)
Schizophrénie hétéroforme	F 20.1	3 (2.38%)
Autres formes de schizophrénie (schizophrénie pauci-symptomatique)	F 20.8	1 (0.79%)
Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques, avec facteur de stress aigu associé	F 23.01	1 (0.79%)
Trouble schizo-typique	F 21.0	1 (0.79%)
Psychose carcérale	.	1 (0.79%)
TOTAL		44 (34.92%)

3.3.2.2. Les infractions corrélées aux diagnostics de troubles psychotiques :

Elles associaient :

- 10 crimes (17.86%) dont 90% d'homicides et tentatives ;
 - 45 délits (80.36%) dont 24.44% de violences aggravées (11 qualifications) ;
 - une contravention (1.78%) (violence volontaire simple sans ITT) ;
- ⇒ 50% d'infractions relatives à une atteinte aux personnes.

On relevait 56 qualifications pénales (deux criminelles et 18 délictuelles différentes), offrant une moyenne de 1.27 infractions par dossier.

Les deux délits d'atteinte aux biens les plus fréquents étaient les vols aggravés (dix dossiers soit 22.22%) et les dégradations ou détériorations de biens notamment par un moyen dangereux pour les personnes (sept dossiers soit 15.55%).

3.3.2.3. Les troubles de personnalité :

Les troubles de personnalité représentaient 44 dossiers (34.92%) (Tableau 2).

TABLEAU 2 : *Les diagnostics de troubles de la personnalité et du comportement (F60–F69 CIM10)*

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Personnalité émotionnellement labile, type borderline	F 60.31	16 (12.7%)
Personnalité paranoïaque, Sensitive	F 60.0	7 (5+2) (5.56%)
Trouble de personnalité, sans précision	F 60.9	6 (4.76%)
Personnalité dyssociale	F 60.2	5 (3.97%)
Autres troubles spécifiques de la personnalité	F 60.8	4 (3.17%)
Personnalité dépendante	F 60.7	3 (2.38%)
Troubles mixtes de la personnalité	F 61.0	2 (1.59%)
Personnalité schizoïde	F 60.1	1 (0.79%)
TOTAL		44 (34.92%)

3.3.2.4. Les infractions corrélées aux diagnostics de troubles de personnalité :

75 qualifications pénales étaient relevées :

- 12 criminelles (16%) dont 75% d'homicides ;
- 60 délictuelles (80%) ;
- trois contraventionnelles (4%) ;

⇒ Un tiers des infractions portaient atteinte aux personnes.

La moyenne d'infractions recensées par dossier était 1.70.

En matière délictuelle, les faits les plus représentés étaient les vols, tentatives de vols et recels, soit 13 faits recensés (21.67%), les violences à hauteur de 11 dossiers (18.33%), tout comme les dégradations et destructions de biens (11 qualifications soit 18.33%), et sept infractions à la législation des stupéfiants (11.67%).

Plus spécifiquement, nous avons identifié la criminalité associée aux trois troubles de personnalité les plus fréquemment relevés, borderline, paranoïaque et asociale.

Pour les troubles de personnalité borderline, on relevait 16 prévenus avec 29 qualifications pénales soit une moyenne de 1.81 infractions par dossier, dont :

- quatre crimes (13.79%) dont 50% de crimes ;
 - 24 délits (82.76%) ;
 - une contravention (3.45%) ;
- ⇒ dix qualifications soit 34.48% d'infractions d'atteinte aux personnes.

En matière délictuelle, les trois infractions les plus fréquemment retrouvées étaient les vols et tentatives (six faits soit 25% des délits) et les violences volontaires délictuelles de façon égale avec les délits associés à la détention, port, transport d'arme et de munitions (quatre faits chacun soit 16.67%).

Pour les troubles de personnalité paranoïaque et sensitive, on relevait sept dossiers pour dix qualifications pénales, soit 1.43 infractions par dossier dont :

- trois dossiers criminels (42.86%) (dont un avec une qualification mixte criminelle et délictuelle) ;
 - trois dossiers délictuels (42.86%) avec une moyenne de deux délits par mis en cause ;
 - un dossier contraventionnel (14.28%) ;
- ⇒ six infractions d'atteinte aux personnes représentaient (soit 60%).

Les infractions totales rapportées étaient peu variées, avec trois faits d'homicides (30%), deux violences aggravées (20%) et un cas violence simple contraventionnelle (10%), ainsi que quatre faits de dégradations ou destructions de biens (40%).

Pour les personnalités pathologiques dyssociales, cinq dossiers relevait 13 qualifications pénales pour une moyenne de 2.6 infractions par dossier dont :

- 12 délictuelles ;
 - une contraventionnelle ;
 - et aucune infraction en matière criminelle ;
- ⇒ deux infractions d'atteinte aux personnes (15.38%).

Il s'agissait de quatre faits de vols et recels et autant de dégradation ou destruction de biens (soit 30.77% chacun), deux infractions relatives à la législation des stupéfiants (15.38%) ; enfin un dossier d'outrage (7.69%), et un de conduite sans permis (7.69%).

Nous recensons un dossier de violence simple contraventionnelle.

3.3.2.5. *Les troubles du registre affectif :*

Ils étaient trois fois moins fréquents que les troubles psychotiques (12.7% versus 34.92%).

TABLEAU 3 : *Les diagnostics de troubles du l'humeur (F30-F39 CIM 10) :*

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques	F 31.1	4 (3.17%)
Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque	F 31.0	2 (1.59%)
Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne	F 31.3	2 (1.59%)
Episode dépressif moyen	F 32.1	3 (2.38%)
Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique	F 32.2	1 (0.79%)
Episode dépressif, sans précision	F 32.9	1 (0.79%)
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen	F 33.1	1 (0.79%)
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique	F 33.2	1 (0.79%)
Dysthymie	F 34.1	1 (0.79%)
TOTAL		16 (12.7%)

3.3.2.6. *Les infractions corrélées aux diagnostics de troubles affectifs :*

Pour les décompensations maniaques ou hypomaniaques de trouble bipolaire, nous relevons six dossiers délictuels pour 13 qualifications (sans crime), avec une moyenne de 2.17. Les

atteintes aux personnes représentaient cinq qualifications (38.46%). Les délits en matière financière représentaient quatre qualifications (30.76%) dans ce groupe.

Pour les syndromes dépressifs s'inscrivant dans un trouble mono ou bipolaire, nous relevions 19 infractions pour dix dossiers soit 1.9 faits en moyenne :

- sept qualifications criminelles (36.84%), des homicides ou leurs tentatives ;
 - 12 qualifications délictuelles (63.16%) dont un quart de violences aggravées ;
- ⇒ 14 infractions (73.68%) d'atteintes aux personnes.

3.3.2.7. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psycho-actives :

TABLEAU 4 : *Les diagnostics en lien avec les consommations de toxiques (F10-F19 de la CIM-10)*

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue	F 10.25	4 (3.18%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive	F 10.74	1 (0.79%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome amnésique	F 10.6	1 (0.79%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance, utilisation continue	F 11.25	1 (0.79%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, intoxication aiguë, avec délirium	F 13.03	1 (0.79%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres	F 19.25	1 (0.79%)

substances psycho-actives, syndrome
de dépendance, utilisation continue

TOTAL

9
(7.14%)

3.3.2.8. Les infractions corrélées aux troubles liés aux consommations de toxiques :

Neuf dossiers étaient identifiés avec 25 qualifications pénales, soit une moyenne de 2.8 infractions par dossier, dont :

- trois dossiers criminels : assassinats, tortures et actes de barbarie et vol avec arme ;
 - six dossiers délictuels ;
- ⇒ deux tiers d'infractions d'atteinte aux personnes.

Les violences simples contraventionnelles ou aggravées délictuelles représentaient huit qualifications soit 32% des infractions totales. Le second délit le plus représenté était les dégradations avec un moyen dangereux pour les personnes à hauteur de quatre faits soit 16% des qualifications.

3.3.2.9. Autres diagnostics :

Le Tableau 5 représentait les diagnostics disparates notamment les troubles mentaux d'origine organique soit six diagnostics principaux de l'étude (4.76%).

TABLEAU 5 : *Autres diagnostics principaux :*

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Etat de stress post-traumatique	F43.1	1 (0.79%)
Retard mental moyen	F 71	3 (2.38%)
Autres troubles envahissant du développement (personnalité psychotique dysharmonique)	F 84.8	3 (2.38%)
Démence, sans précision (démence mixte dégénératif et vasculaire)	F 03	2 (1.59%)
Trouble délirant organique	F 06.2	1 (0.79%)
Trouble organique de la personnalité	F 07.0	1

(syndrome organo-psychiatrique des cérébro-lésés)	(0.79%)
Obnubilation post TC	1 (0.79%)
Syndrôme confusionnel iatrogène	1 (0.79%)
TOTAL	13 (10.3%)
<i>Pas de diagnostic retenu</i>	<i>1</i>
<i>Doute diagnostic</i>	<i>2</i>

3.3.2.10. Les infractions corrélées aux « autres diagnostics » :

Treize dossiers relevaient 17 qualifications pénales soit une moyenne de 1.31 infractions par dossiers dont un criminel. Les infractions rapportées aux six troubles neuropsychiatriques d'origine organique/iatrogène étaient au nombre de huit soit 1.33 en moyenne. Les violences volontaires aggravées concernaient trois personnes examinées soit 50%, et un prévenu était accusé de violences sur des animaux (sévices et actes de cruauté sur animaux).

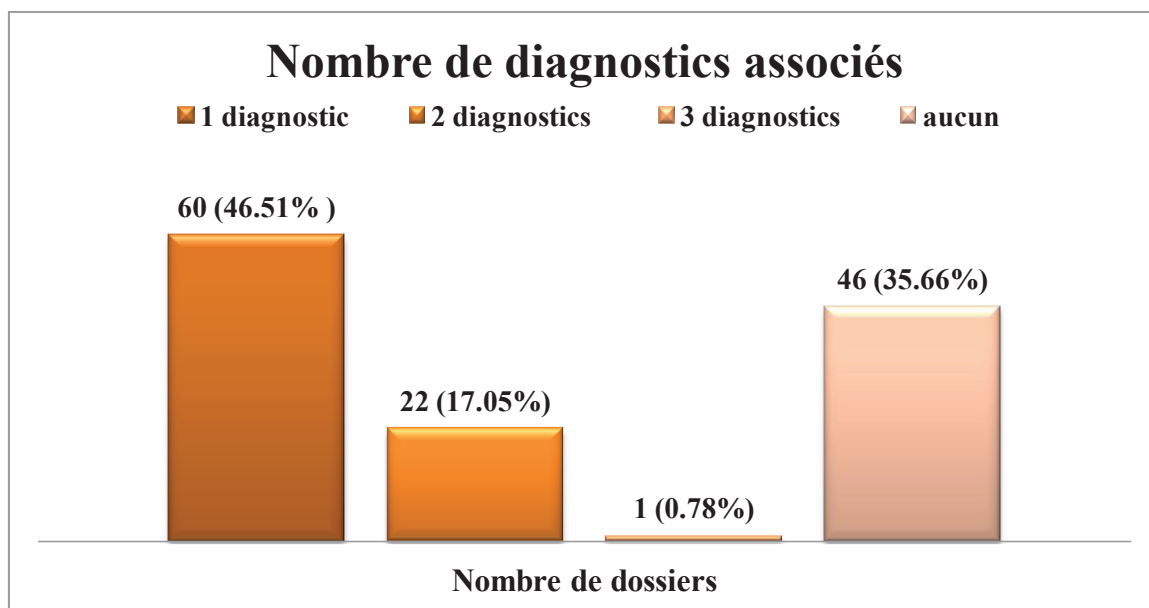
Les trois mis en cause présentant un retard mental moyen étaient impliqués dans un seul délit chacun, des violences volontaires aggravées, un vol aggravé et des sévices et actes de cruauté sur animaux.

3.3.3. Les diagnostic(s) associé(s) retenu(s) par les experts:

3.3.3.1. Le nombre de diagnostics associés :

Dans 83 dossiers, 107 diagnostics différents étaient posés, soit une moyenne de 1.29 diagnostics associés.

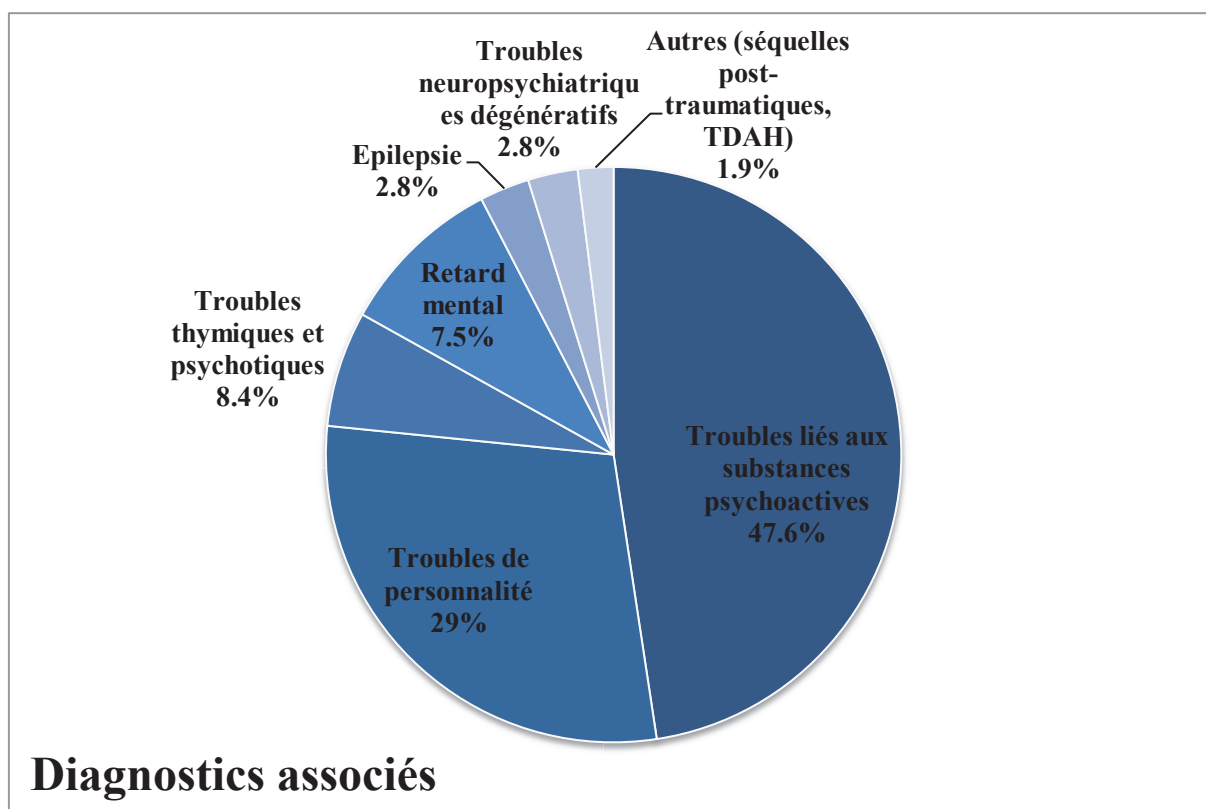
FIGURE 3 : répartition du nombre de diagnostics associés par dossier :



3.3.3.2. Le détail des diagnostics associés :

Nous relevons 27 diagnostics comorbides différents de champs nosographiques variés.

FIGURE 4 : Répartition nosographique des diagnostics secondaires :



3.3.3.2.1. Les troubles liés à la consommation de substances toxiques :

TABLEAU 6 : Répartition des diagnostics comorbides associés aux consommations de toxiques :

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis syndrome de dépendance, utilisation continue	F 12.25	14 (13.08%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue	F 10.25	11 (10.28%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë, sans complication	F 10.00	4 (3.74%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (dipsomanie)	F 10.26	3 (2.80%)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés syndrome de dépendance, utilisation continue	F 11.25	2 (1.87%)
Poly-toxicomanie	.	17 (15.89%)
TOTAL		51 (47.66%)

3.3.3.2.2. Les troubles de la personnalité :

TABLEAU 7 : Répartition des diagnostics comorbides de troubles de personnalité :

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Personnalité dyssociale	F 60.2	10 (9.35%)
Personnalité paranoïaque, sensitive	F 60.0	5

		(4.67%)
Personnalité émotionnellement labile, type borderline	F 60.31	5 (4.67%)
Troubles mixtes de la personnalité	F 61.0	4 (3.74%)
Personnalité schizoïde	F 60.1	3 (2.80%)
Autres troubles spécifiques de la personnalité	F 60.8	3 (2.80%)
Personnalité émotionnellement labile, type impulsive	F 60.30	1 (0.94%)
TOTAL		31 (28.97%)

3.3.3.2.3. Les troubles du registre thymique et psychotique :

TABLEAU 8 : Répartition des diagnostics comorbides de troubles psychotiques et affectifs :

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Dysthymie	F 34.1	3 (2.80%)
Cyclothymie	F 34.0	1 (0.94%)
Autres troubles de l'humeur persistants	F34.8	3 (2.80%)
« Décompensation délirante » de trouble de personnalité borderline	.	1 (0.94%)
Psychose toxique épisodique compensée	.	1 (0.94%)
TOTAL		9 (8.41%)

3.3.3.2.4. Les retards mentaux

TABLEAU 9 : Les diagnostics associés : les retards mentaux :

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Retard mental léger	F 70	2 (1.87%)

Retard mental moyen	F 71	2 (1.87%)
« Niveau intellectuel limite »	.	4 (3.74%)
TOTAL		8 (7.48%)

3.3.3.2.5. Les autres diagnostics associés:

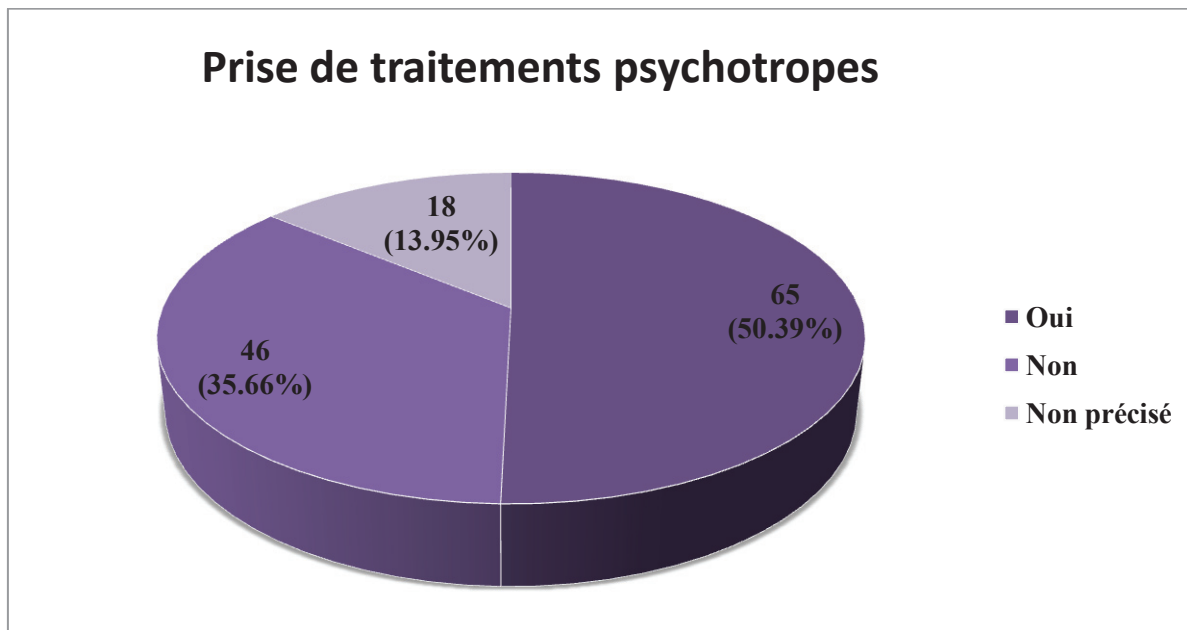
TABLEAU 10 : Répartition des « autres » diagnostics associés :

DIAGNOSTICS	COTATION CIM-10	NOMBRE DE DOSSIERS
Epilepsie et syndrome épileptique généralisée idiopathique	G 40.3	3 (2.80%)
Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine	F 02.4	2 (1.87%)
Perturbation de l'activité et de l'attention	F 90.0	1 (0.94%)
Démence, sans précision	F 03	1 (0.94%)
Séquelles de lésion traumatique intracrânienne	T 90.5	1 (0.94%)
TOTAL		8 (7.48%)

3.3.4. L'observance du traitement médicamenteux :

L'observance d'un traitement psychotrope quel qu'il soit, pouvait être en mono ou poly-thérapie, de familles médicamenteuses différentes ou non (Figure 5).

FIGURE 5 : *Diagramme de la répartition des traitements dans la population étudiée :*

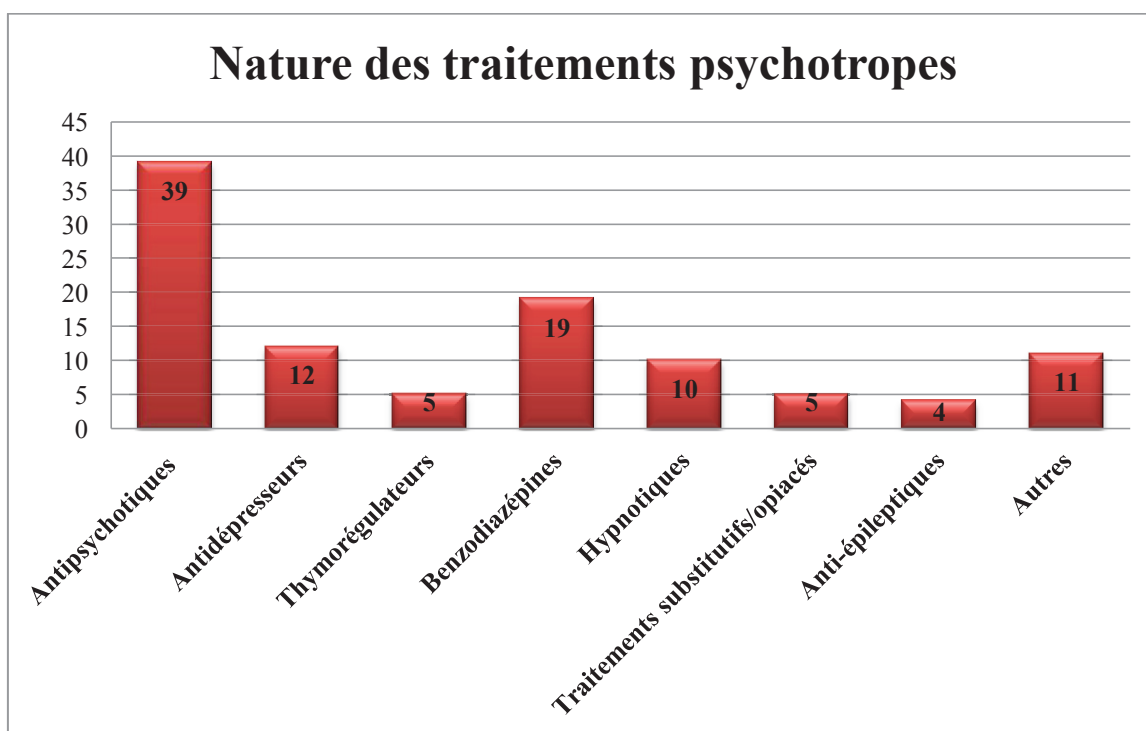


Parmi les 65 rapports de mis en cause suivant un traitement chimique au temps de la commission supposée de l'infraction, dix (soit 15.38%) ne permettaient pas de relever le détail sur la chimiothérapie employée.

3.3.4.1. Les types de chimiothérapies :

La figure 6 soulignait les différentes classes de traitement recensées dans notre étude et le nombre de fois qu'elles étaient identifiées chez nos mis en cause observants.

FIGURE 6 : nombre de traitement identifiés par classe thérapeutique :



Dans les 55 dossiers où le traitement médicamenteux était donc détaillé :

- Trois cas (5.45%) : énumération que partielle des molécules observées ;
 - 24 cas (45.45%) de monothérapie par :
 - Antipsychotique : 13 dossiers soit 52% ;
 - 1^{ère} génération : trois cas soit 12% ;
 - 2^{ème} génération : dix cas soit 40% ;
 - Antidépresseur : deux cas soit 8% ;
 - Benzodiazépine : quatre cas soit 16% ;
 - Méthadone : deux cas soit 8% ;
 - Hypnotique : deux cas soit 8% ;
 - Méthylphénidate (traitement utilisé hors autorisation de mise sur le marché) : un cas soit 4%.
 - 28 cas (50.91%) de polychimiothérapie associant :
 - des antipsychotiques (notamment plusieurs entre eux) : 19 dossiers dont sept bithérapies ;
 - des antidépresseurs (notamment plusieurs entre eux) : 11 dossiers dont une bithérapie ;
 - des thymorégulateurs de la classe des antiépileptiques : cinq dossiers ;
 - des anxiolytiques : 17 dossiers dont deux bithérapies ;
 - des benzodiazépines (notamment plusieurs entre elles) ;
 - un anxiolytique non benzodiazépine (hydroxyzine) ;
 - des hypnotiques benzodiazépines et antihistaminiques (notamment plusieurs entre eux) ;
 - des traitements correcteurs anti-parkinsoniens ;
 - des anti-épileptiques à visée neurologique (notamment plusieurs entre eux) ;
 - des traitements substitutifs des opiacés (méthadone et buprénorphine) : cinq dossiers ;
 - un traitement par acamprosate (antidépendance alcoolique) ;
- ⇒ Et la moyenne des molécules psychotropes par personne était de 2.71 médicaments.

Parmi nos 55 mis en cause traités avec une chimiothérapie détaillée, nous avons identifié :

- 32 cas (soit 58.18%) de traitement par antipsychotiques de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération en mono ou plurithérapie ;
- 14 cas (soit 25.45%) de traitements par antidépresseurs et/ou thymorégulateurs non antipsychotiques (plus ou moins associés à un traitement antipsychotique).

⇒ Au total, 46 prévenus (soit 78.18%) bénéficiaient d'un traitement comprenant au moins un antipsychotique, un antidépresseur ou un thymorégulateur de la classe des antiépileptiques (trois dossiers d'associations entre antipsychotiques et antidépresseurs ou thymorégulateurs).

Les traitements antipsychotiques étaient utilisés à visée anti-productive ou thymorégulatrice, voire anti-impulsive ou sédatrice. Les deux molécules les plus fréquemment utilisées étaient la risperidone (Risperdal®) et l'halopéridol (Haldol ®) dans leurs formes orales et dérivés retards.

Les antidépresseurs prescrits aux personnes expertisées étaient essentiellement des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) et des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa), et la molécule la plus fréquemment utilisée était la paroxétine (Deroxat®).

Les thymorégulateurs de la classe des antiépileptiques étaient des dérivés d'acide valproïque (Depakote®) ou des benzodiazépines (Tégréto® ou Rivotril®).

Le détail des molécules, antipsychotiques, antidépresseurs, thymorégulatrices, anxiolytiques et hypnotiques et autres est détaillé en annexes.

3.3.4.2. Corrélation des traitements psychotropes avec les diagnostics posés par les experts :

Le Tableau 11 rapportait les diagnostics identifiés chez les personnes traitées par chimiothérapie par fréquence décroissante.

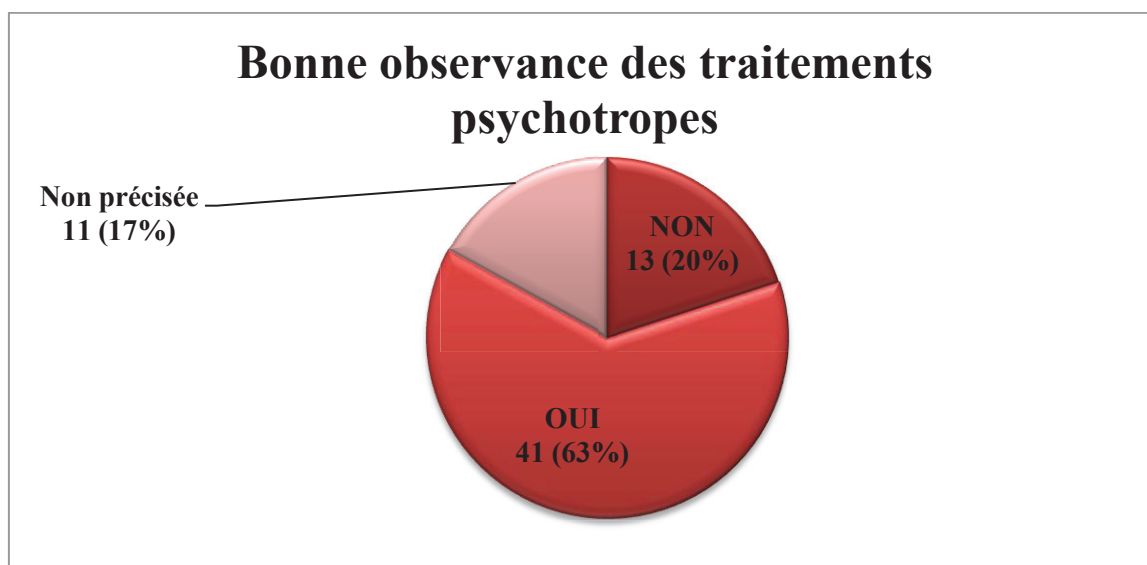
TABLEAU 11 : *Types de troubles observés chez les personnes concernées par un traitement médicamenteux.*

TYPE DE DIAGNOSTIC CHEZ LES PERSONNES OBSERVANT UNE CHIMIOThERAPIE	NOMBRE DE DOSSIERS
Troubles psychotiques :	27 soit 41.53%
• Schizophrénie paranoïde	7
• Schizophrénie hétérotypique	7
• Trouble schizo-affectif	6

• Schizophrénie résiduelle	4
• Schizophrénie hétérotypique	1
• Trouble délirant	2
Troubles de personnalité :	20 soit 30.78%
• Personnalité borderline	8
• Personnalité dyssociale	3
• Personnalité dépendante	1
• Autres troubles de personnalité	8
Troubles thymiques :	10 soit 15.38%
• Registre dépressif	6
• Registre maniaque	4
Personnalité psychotique dysharmonique (autre trouble envahissant du développement)	2 soit 3.07%
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive	2 soit 3.07%
Trouble délirant organique	1 soit 1.54%
Retard mental moyen	1 soit 1.54%
Syndrome confusionnel iatrogénique	1 soit 1.54%
Obnubilation post traumatisme crânien	1 soit 1.54%
TOTAL	65 (100%)

3.3.5. Présence de rupture thérapeutique :

FIGURE 7 : *Observance thérapeutique ou non :*



La rupture thérapeutique pouvait être partielle ou totale, et la durée d'arrêt du traitement était rarement précisée. Cet intervalle libre sans chimiothérapie pouvait varier dans le temps, de

quelques semaines à plusieurs mois, mais une quantification temporelle exacte était rarement précisée.

La rupture de traitement concernait 13 prévenus et essentiellement :

- les traitements antipsychotiques : sept cas soit 53.84% ;
- les antidépresseurs : deux cas soit 15.38% ;
- 30.77% des dossiers relevaient une rupture du traitement dont le contenu n'avait pas été précisé par l'expert.

Ainsi, nous pouvions conclure à :

- 22 personnes traitées des antipsychotiques ;
- sept personnes traitées par AD/thymoregulateurs « purs » (sans associations à des antipsychotiques).

⇒ Nous pouvions donc identifier dans notre étude que 22.48% (29/129 expertisés) étaient réellement traitées par antipsychotiques, antidépresseurs ou thymorégulateurs en mono ou polythérapie.

3.4. Eléments généraux concernant la dimension pénale stricte des dossiers d'expertise :

3.4.1. Les qualifications pénales :

Sur 129 dossiers analysés, nous identifions :

- 33 dossiers criminels (25.58%) :
 - un avec une double qualification criminelle ;
 - un avec double qualification criminelle s'associant à d'autres qualifications ;
 - neuf en qualification mixte criminelle et délictuelle.
- 94 dossiers délictuels (72.87%) :
 - 52 en qualification délictuelle unique ;
 - 42 en qualification multiple, dont un dossier associé à une infraction contraventionnelle.
- deux dossiers contraventionnels (1.55%).

Dans l'analyse des dossiers de l'étude, nous relevions au total 216 qualifications pénales pour 83 infractions différentes identifiées:

- 35 qualifications criminelles (16.20%) pour 12 infractions différentes ;
- 179 qualifications délictuelles (82.87%) pour 67 infractions différentes ;
- 2 qualifications contraventionnelles (0.93%) pour 2 infractions différentes.

Les atteintes aux personnes représentaient :

- 85.71% des crimes (30/35) ;
 - 37.99% des délits (68/179) ;
 - 100% des contraventions (2/2) ;
- ⇒ pour une moyenne totale de 46.3% des infractions pénales totales.

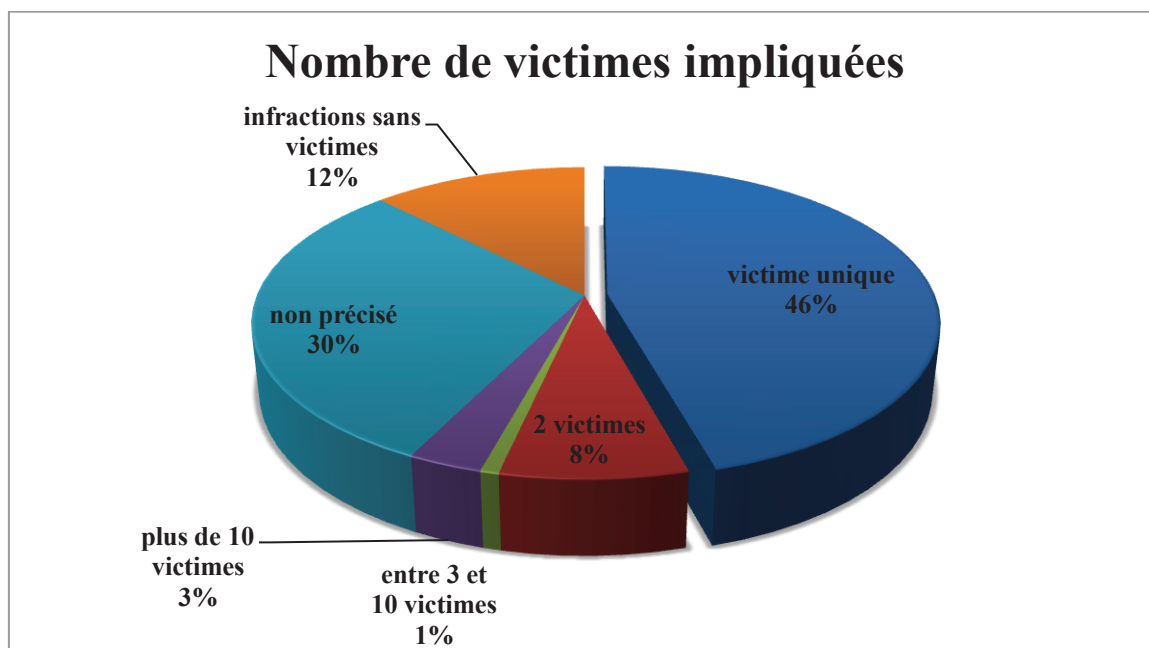
Le nombre moyen d'infractions par dossier était de 1.67.

Les annexes 2 et 3 notent le détail des infractions pénales et leurs représentations chiffrées.

3.4.2. Les victimes :

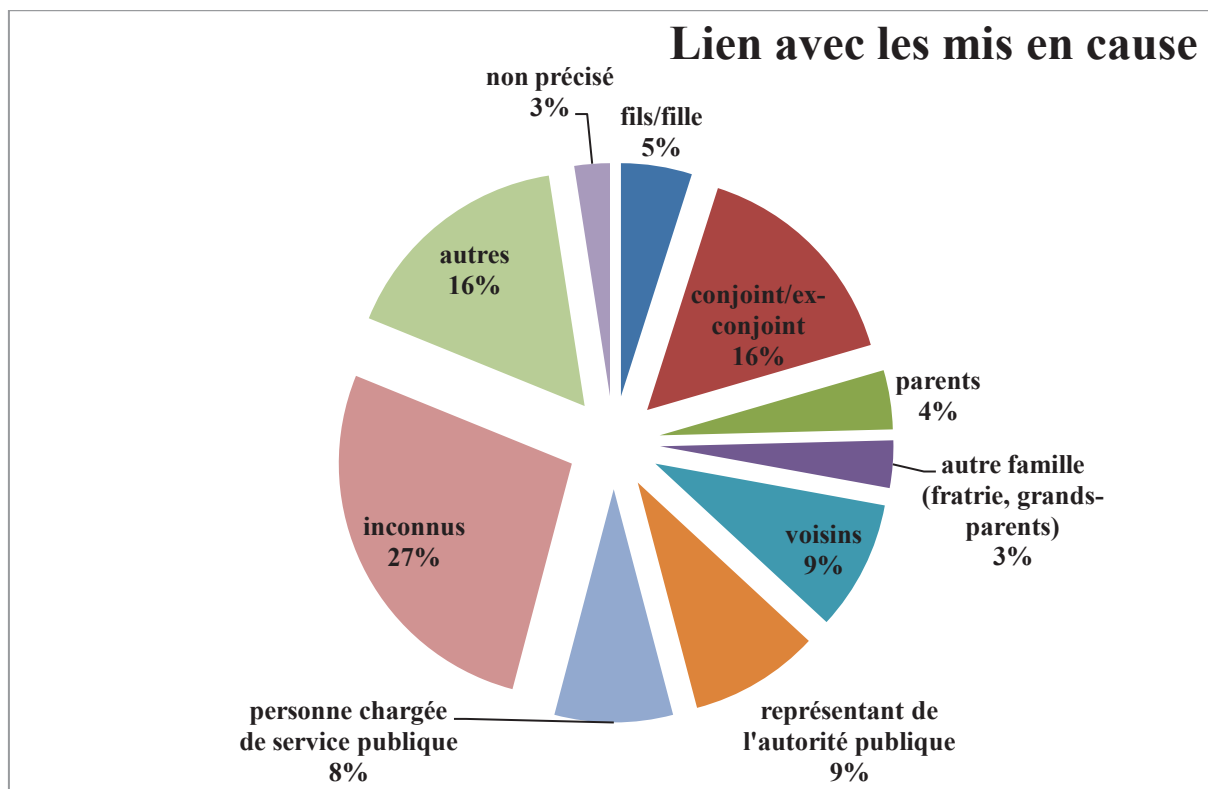
La Figure 8 soulignait les victimes potentielles impliquées dans les dossiers d'expertise et leurs nombres.

FIGURE 8 : *Quantification des victimes impliquées dans les infractions :*



La Figure 9 retraçait l'analyse du lien entre le mis en cause et sa ou ses victimes :

FIGURE 9 : Lien des victimes avec les mis en cause :



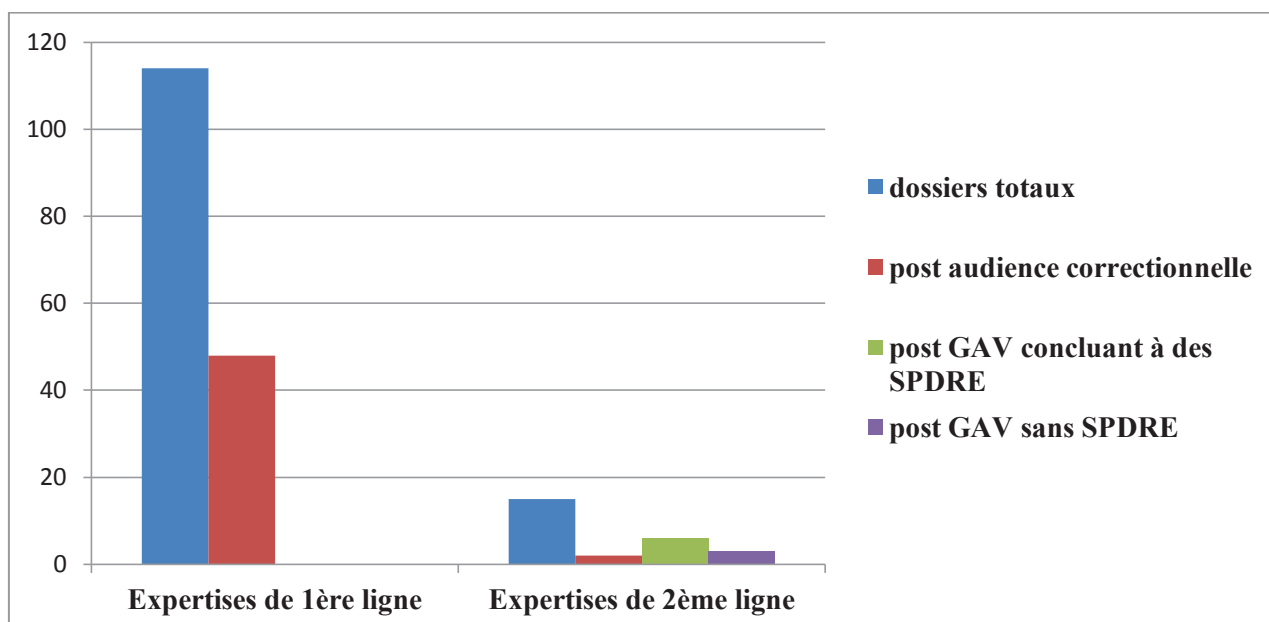
3.4.3. Les modalités d'expertise :

La règle de l'unicité de l'expert se confirmait au sein de notre étude :

- 124 soit (96.12%) de mandat d'expert seul ;
- Cinq soit (3.88%) duo d'experts.

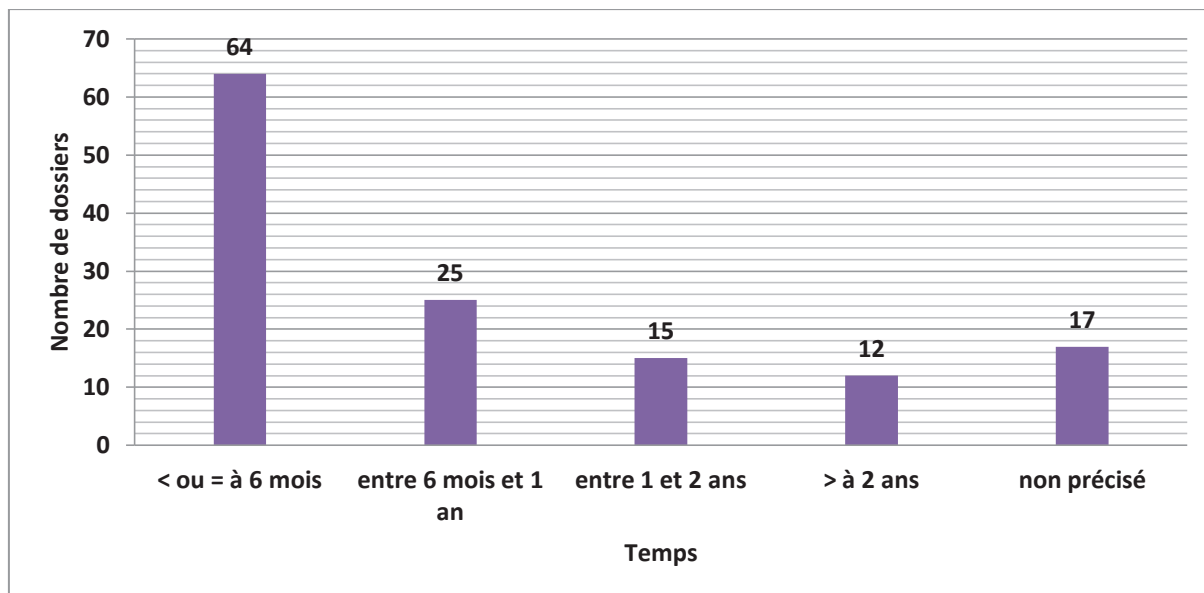
Le cadre de l'expertise était important à définir, comme le souligne la Figure 10.

FIGURE 10: Type d'expertise réalisée :



Le délai de réalisation de l'examen expertal le plus court était de 15 jours après les faits suspectés et s'étendait jusqu'à 57 mois soit presque 5 ans au-delà de l'infraction (Figure 11). A noter quatre dossiers où des faits de dates différentes étaient « expertisés » soit un total de 133 dossiers.

FIGURE 11 : Délais de réalisation de l'expertise psychiatrique pénale :



4. Discussion :

4.1. Intérêt de l'étude :

Nous avons choisi d'étudier les éléments de discussion et d'interprétation médico-légale face auxquels les experts judiciaires psychiatres appliquaient l'alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal dans leurs conclusions. Pour mémoire, cet article du nouveau code pénal de 1992 s'énonçait initialement tel 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* [27].

Au-delà du concept de la dangerosité alimentant tant la littérature scientifique que la presse populaire, le sujet de l'évaluation du discernement et du contrôle des actes des personnes présentant un trouble psychique et par extension la question plus large de la responsabilité pénale au sein des missions expertales [28,29], émerge peu à peu face aux difficultés rencontrées dans la prise en charge de personnes manifestement « pathologiques » en milieu carcéral [4,30]. Il était à noter qu'une nouvelle fois, le texte de Loi introduisait de nouveaux termes comme « *troubles psychiques et neuro-psychiques* », « *discernement* » ou « *contrôle*

des actes » sans en apporter aucune définition consensuelle, ni dans le champ pénal ni dans le champ médical [7,8,13,31].

La Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, définit les objectifs attendus de la peine privative de liberté, et réitère la notion de sens de la peine tant pour la société que pour la personne condamnée [32,33]. Il semblerait que la modification du code pénal de 1992 ayant conduit à l'abrogation de l'article 64 [34] pour l'élaboration de l'article 122-1 alinéa 1 et 2 [35] ait cristallisé l'espérance de voir s'amenuiser le nombre de détenus présentant des troubles mentaux et plus particulièrement souffrant de troubles psychotiques où le bénéfice d'un procès serait escompté [36]. Or depuis 25 ans, force est de constater que l'absence de directives précises du texte législatif a ouvert la possibilité d'interprétation et d'adaptation conduisant à une utilisation erronée de cet article vers une surpénalisation de cette population et contraire à l'esprit de la Loi [4,37,38]. Le rapport d'information du Sénat de 2010 [39,40] proposait donc certaines pistes afin de « *remédier aux dérives du système français* » ayant conduit d'ailleurs à la modification de l'article 122-1 alinéa 2 par la Loi du 15 août 2014.

L'article de J. Guivarch en 2015 [11] « *Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature* » a sous-tendu notre démarche, étudiant les sources de divergences expertales et soulignant plus précisément l'aspect de la discussion médico-légale ouvrant le champ de l'interprétation médico-légale nécessairement intersubjective [10,41]. Il nous apparaissait alors pertinent d'étudier plus précisément ces critères pouvant rentrer en ligne de compte dans l'interprétation médico-légale et le choix de la conclusion expertale [7,42] entre discernement et contrôle des actes opérant, altéré ou aboli, conditionnant alors en grande partie malgré la décision souveraine du Juge, le devenir de l'accusé entre lieu de soins et détention carcérale [43].

4.2. Discussion de l'interrelation du mis en cause et de l'infraction pénale:

4.2.1. Discussion médico-légale du discernement et du contrôle des actes :

Nous avons pu constater que les critères psycho-criminologiques étayant l'interprétation médico-légale des experts étaient nombreux et variés. Pour en faciliter la lecture, nous avons scindé les critères en « pro-responsabilisation » et « anti-responsabilisation ».

4.2.1.1. Les facteurs tendant vers une responsabilisation :

L'expert précisait **l'exclusion de pathologie psychiatrique susceptible d'envahir tout le champ de la conscience**, entravant complètement toute forme de relation au réel, responsable

d'une perte totale d'ancrage dans la réalité commune, tel que par exemple, les troubles psychotiques productifs avec un délire envahissant tous les champs du psychisme, les troubles thymiques décompensés de façon sévère, la confusion mentale, les démences avec détérioration cognitive grave, qui sembleraient associés de facto à une abolition du discernement et donc une irresponsabilité pénale [7,11,12,15].

S'associait ainsi la notion d'**impact limité du trouble psychiatrique** diagnostiqué au temps de la commission des faits qui était un facteur d'importance pour dissocier l'acte pénal du contexte psychopathologique de l'accusé [7,14,15].

La **conscience de l'interdit pénal**, c'est-à-dire l'intégration par la personne examinée de la Loi permettant d'apprécier et de juger la valeur de ses propres actes avant de les réaliser, était un critère essentiel dans la vision de l'expert, qui venait s'adjoindre à l'importance de la **conscience du déroulement de l'acte** et notamment de sa motivation, se confondant avec l'idée de la persistance d'un **ancrage même partiel dans la réalité commune**.

Les psychiatres experts s'attachaient à décrire la symptomatologie prégnante au temps de l'acte, notamment les éléments du registre psychotique sur un versant délirant, mais différenciaient les situations où l'infraction ne pouvait être considérée comme noyée dans la masse du délire, pour s'individualiser de fait plus ou moins distinctement dans la conscience du sujet.

Des facteurs évoquant une **mentalisation de l'acte**, comme une intentionnalité de vengeance, un intérêt personnel, des conflits antérieurs, une intentionnalité du geste et une conscience même minorée de sa gravité, dans la conservation d'un raisonnement logique voire même jusqu'à une certaine forme de préparation de l'acte étaient aussi notables par les psychiatres experts vers une tendance à la responsabilisation [11,12].

Les experts relevaient aussi des capacités d'adaptation chez des mis en cause qui présentaient des troubles psychiatriques relevant de la classification CIM 10, sous la forme de comportements délinquants, s'apparentant à une **restructuration psychique sur un mode antisocial** [10,21].

Nous identifions au total 16 critères différents venant enrichir la discussion médico-légale sur le versant d'un discernement et d'un contrôle des actes opérant et donc sur une tendance à la responsabilisation des actes pénaux.

4.2.1.2. Les facteurs tendant vers une altération :

Les experts évoquaient majoritairement, **l'impact direct de la pathologie psychiatrique identifiée et du trouble de la personnalité sur le discernement et le contrôle des actes**. Cependant, l'exigence de causalité et la recherche d'exclusivité du lien entre l'infraction et le trouble psychique ou neuropsychique [11,12], n'étaient pas systématiquement explicitées, pouvant tendre à la confusion que trouble mental impliquerait de facto altération du discernement et/ou du contrôle des actes. Ainsi, très fréquemment, nos experts considéraient qu'un trouble psychotique chronique, un trouble de l'humeur mono ou bipolaire, une personnalité pathologique borderline, sensitive, ou autre étaient de nature à remanier le fonctionnement et la « personnalité » de son « hôte » de façon suffisamment significative pour altérer son discernement ou entraver le contrôle de ses actes au sens de l'article 122-1 du CP, même en dehors d'une phase processuelle de la maladie ou du trouble [10]. La notion de **temporalité pré ou post critique d'un épisode psychiatrique aigu** paraissait un critère notable, et les experts rappelaient la fragilité psychique extrême des sujets en proie à de tels troubles même en dehors d'une phase strictement aiguë. Étaient également retrouvés des **remaniements de personnalité** liés à des affections neuropsychiatriques notamment démentielles, ou encore la notion de **raptus anxieux** au temps de la commission supposée des faits. Des **modifications du caractère d'origine psycho-organique** s'intégrant dans des diagnostics de démence d'origine mixte dégénérative et vasculaire, ou infectieuse par évolution de l'infection par le V.I.H., ou encore d'origine alcoolique tel que le syndrome de Korsakoff étaient recensées. S'inscrivaient aussi dans cette catégorie, les personnes présentant une maladie épileptique ancienne et traitée au long cours dans la plupart des cas par des barbituriques, ainsi que celles ayant présenté des antécédents de tumeur cérébrale traitée par exérèse chirurgicale ou une antériorité de traumatisme crânien responsable de lésions cérébrales séquellaires [16,17].

L'hypothèse d'une **iatrogénie** médicamenteuse notamment psychotrope était soulignée.

Des éléments liés à la personnalité propre de l'auteur présumé étaient notés dans près d'un tiers des cas comme notamment une **impulsivité pathologique**. Pour autant, ces facteurs n'étaient pas considérés comme des troubles proprement dits et n'entraient donc pas dans le cadre de l'analyse des diagnostics principaux ou secondaires associés.

Ensuite, plusieurs arguments laissant entrevoir une **perte de contact partielle avec la réalité commune** étaient signalés par les experts dans près d'un dossier sur cinq, comme par exemple des motivations pathologiques ou au contraire l'absence de caractère rationnel, un vécu persécutif, un sentiment de légitime défense.

Des critères liés à la psychodynamique criminelle rentraient en compte dans l'interprétation médico-légale, comme la concordance partielle de l'acte avec les **critères de meurtre pathologique** [44,45]. Dans certains cas, nous pouvions relever des conclusions motivées à la limite de l'abolition du discernement, telles qu'une absence réelle d'intentionnalité agressive envers la victime rapportant alors un probable acte accidentel, chez un sujet présentant un trouble délirant ayant abattu une personne ressource de son entourage qui tentait de l'empêcher de s'armer afin de combattre ses ennemis délirants.

Des antécédents de condamnation pour les mêmes faits, spécifiquement soulignés par l'expert permettaient de mettre en évidence **l'absence d'intégration manifeste de la punition pénale** et par extension une punissabilité moindre. Pour mémoire, initialement l'évaluation princeps dans l'esprit de la Loi lors de l'élaboration du nouveau code pénal de 1992, devait être la punissabilité avant de glisser sur le terrain de la notion de discernement, de contrôle des actes et de responsabilité pénale [46]. L'idée de non punissabilité venait terminer un débat judiciaire où dès lors le prévenu écopait d'une sanction adaptée voire exclusivement de soins dans le cadre de « placement judiciaire ». La notion de responsabilité et ses modulations finalement retenue dans le texte et les articles dessinant le cadre légal, venait à extraire et détourner le prévenu du système judiciaire, pouvant être porteur de sens [10]. La Loi du 25 février 2008 [47] viendra secondairement corriger le parcours du « criminel fou » et du « fou partiel » ou « demi-fou » en abolissant l'idée de l'annulation de l'acte pénal (article 64 du code pénal de 1810) les renvoyant alors devant une instance de jugement aménagée, la chambre de l'instruction de la cour d'Appel [27,48,49].

Enfin dans près d'un dossier sur dix, les experts recensaient comme notion à considérer, des **difficultés psychosociales ou environnementales** telles que le deuil, la conjugopathie, ou l'isolement et la précarité psycho-sociale.

4.2.1.3. *L'impact des toxiques :*

Quant à la notion sujette à débat de l'imprégnation de toxiques quelle qu'elle soit au temps de la commission de l'infraction, le consensus expertal s'oriente vers une tendance à exclure les

consommations de toxiques du champ de la discussion médico-légale du discernement et du contrôle des actes, s'alliant à la position pénale qui tend à « sur-responsabiliser » le prévenu qui au temps de l'action, s'était volontairement exposé à un état dont il ne pouvait ignorer les effets néfastes sur lui-même. La consommation de toxiques est d'ailleurs considérée comme circonstance aggravante d'une infraction, impliquant une sanction pénale encourue majorée au titre du Code pénal [3,50].

Dans l'étude, les avis experts étaient moins tranchés, et nous retrouvions dans une proportion proche, des dossiers relevant une position expertale qui associait les consommations toxiques au cortège comorbide de certains troubles psychiques et donc excluant partiellement la volonté propre de l'individu. A l'inverse, les experts pouvaient exclure de tout cadre pathologique, l'imprégnation de substances au temps des faits, corroborant alors la position pénale de responsabilisation majorée. Dans près d'un dossier sur deux, les diagnostics relatifs aux consommations toxiques étaient évoqués que ce soit en termes de diagnostic principal ou secondaire [45].

Le rôle de l'expert pourrait alors être rappelé afin qu'il ne sorte pas de son champ de compétence ; l'avis reste éclairé mais la question d'ordre décisionnelle où l'expert devrait conclure ou non à l'atténuation de responsabilité doit être évitée, pour laisser place à l'évaluation stricte du discernement et du contrôle des actes où l'impact de ce genre d'abus peut tout à fait être connu de son auteur faisant alors fi des troubles potentiels. Il appartient alors à l'expert de mentionner la conscience effective du prévenu sans supporter la tâche décisionnelle incombant à l'organe judiciaire [16].

4.2.1.4. Altération du discernement ou entrave du contrôle des actes ?

Enfin, il apparaîtrait nécessaire pour affiner l'évaluation globale notamment au sens psychocriminologique, que la **distinction entre l'impact sur le discernement et le contrôle des actes**, ou leur altération conjointe puissent être précisée par l'expert, afin d'apporter finalement un meilleur éclairage aux juges et/ou aux jurés pour la détermination de la sanction pénale qui leur incombe. Cette précision n'était apportée que dans 20% des cas dans notre étude. On retenait de plus que dans la majorité des dossiers analysés, le **degré d'altération du discernement et/ou de l'entrave du contrôle des actes** n'est pas spécifié par l'expert. Or il apparaît manifeste dans l'esprit de la modification de la Loi du 15 août 2014, que la juridiction doit tenir compte de l'évaluation fine du discernement et du contrôle des actes, pour fixer la peine et son régime. C'est ainsi que l'application du second alinéa de l'article 122- du CP viendra de facto déduire un tiers de la peine du condamné, sauf décision

spécialement motivée du Juge, en matière délictuelle uniquement. Il semblerait donc nécessaire et appréciable que la mission expertale puisse apporter une **modulation plus fine dans l'évaluation du discernement et du contrôle des actes** afin que la réponse pénale puisse s'adapter le mieux possible à l'individu mis en cause et donc s'inscrire directement dans les questions posées initialement. Nos experts précisaient eux spontanément ce degré de sévérité que dans 20% des cas ce qui apparaît insuffisant.

4.2.1.5. Conclusion :

Il semblait donc émerger, malgré la volonté louable d'apporter une grille de lecture plus « généralisée » qui limiterait les variabilités inter-experts, notamment dans l'argumentation médico-légale de l'évaluation du discernement et du contrôle des actes, que l'appréciation de l'expert psychiatre singulier demeure maîtresse [10,11]. Ainsi, au-delà de certains aspects qui se retrouvent fréquemment comme notamment l'impact du trouble psychiatrique chronique évolutif même stabilisé teintant le prisme de lecture des actes, ou l'identification d'une phase non processuelle (non délirante) d'un trouble psychotique grave, pouvant moduler sans abolir le discernement de la personne mise en cause, de multiples facteurs qu'ils soient pro ou anti « responsabilisants » étaient identifiés d'une importance plus ou moins notable dans la discussion clinique et criminologique du rapport à l'acte.

Ainsi, il serait illusoire d'espérer guider aveuglement le choix de l'expert en proposant une lecture standardisée excluant toute subjectivité de l'expert propre, et au-delà de l'apport des critères formalisés émergeant de notre étude, il faudrait savoir conserver la spécificité de l'évaluation singulière du psychiatre, en tentant de limiter cependant les variabilités inter individuelles dans les conclusions expertales. En effet, soutenir le principe de l'évaluation en duo ou collègue d'expert, ou la notion de renforcement de la formation médico-légale des experts, où aucune formation spécifique n'est actuellement exigée, limiterait ainsi l'impact des écoles de pensées des experts, qui peuvent contribuer aux divergences toxiques et décrédibilisantes de la profession, et harmoniser tant la qualité globale des expertises que les conclusions spécifiques du champ de l'évaluation du discernement et du contrôle des actes qui demeurent le pilier de l'expertise pré-sentencielle « de responsabilité » [41,51,52,53].

4.2.2. Discussion médico-légale au regard de la dangerosité :

Il nous apparaissait nécessaire de souligner ce qui peut manifester une faiblesse dans la cohérence globale des conclusions expertales. Dans un quart des cas, l'expert retenait sur la question de l'évaluation de dangerosité, un fondement psychiatrique pur de celle-ci et dans

10% supplémentaire, une origine mixte, mi psychiatrique, mi criminologique. Ainsi, dans un tiers de nos rapports, l'expert déterminait complètement ou en partie une dangerosité psychiatrique venant sous tendre l'acte pénal. La question se posait alors du devenir de ces mis en cause et notamment de la prise en charge de cette dangerosité, qui devraient alors plus relever de soins au sens de l'article L.3213-1 du code de santé publique, que d'une sanction pénale telle que le prévoit l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP. Or ces individus étaient dirigés dans le système pénal qui à l'heure actuelle prévoit peu pour les faits graves, d'alternative à l'incarcération en milieu pénitentiaire et la mouvance des « prisons thérapeutiques » telles que Château-Thierry ou Hagenau, apparaît lointaine faute de budget financier [27].

4.3. Discussion de la dimension médico-psychiatrique de la personne expertisée :

4.3.1. Les données démographiques :

Elles suivaient globalement la mouvance de la population pénale générale avec une plus forte proportion d'homme que de femme, et les mineurs étaient tous des hommes [54].

4.3.2. Les diagnostics posés :

Majoritairement, les pathologies psychiatriques évoquées étaient libellées en termes correspondant aux diagnostics de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision [55].

Les personnalités pathologiques puis les troubles psychotiques étaient les deux diagnostics les plus fréquemment retrouvés, avec en terme de diagnostic global, une proportion d'environ 60% de prévenus présentant soit au premier plan soit en diagnostic associé un trouble de personnalité, dont 17% de personnalité borderline. Ces chiffres s'inscrivaient dans la continuité des données de la littérature [16,20], où un alinéa 2 sur cinq se justifierait par un trouble de personnalité « état-limite ».

Les troubles schizo-affectifs comme les schizophrénies dites paranoïdes étaient considérés comme non productifs, s'exprimant à minima, voire sur une phase prodromique de décompensation aigüe, et donc susceptibles « simplement » d'altérer le discernement et/ou d'entraver le contrôle des actes [16,17].

La schizophrénie héboïdophrénique était fréquemment retrouvée, forme marquée pour nos experts par une prédominance de conduites asociales [56].

Les troubles délirants non schizophréniques étaient essentiellement des délires paranoïaques, s'inscrivant le plus souvent sur un terrain de personnalité pathologique sous-jacent. Ces troubles semblaient être responsables d'une dangerosité accrue [45].

Les personnalités pathologiques les plus fréquemment retrouvées étaient donc le trouble borderline et la personnalité paranoïaque. Souvent, les experts évoquaient un trouble de personnalité pouvant être mixte avec des caractéristiques n'entrant pas complètement dans une définition au sens strict de la CIM 10 [16]. La tendance expertale est à l'exclusion de la personnalité asociale du champ de la psychiatrie mais en terme de diagnostic global, la psychopathie, forme la plus sévère, était soulignée dans notre étude chez 12% des personnes expertisées. Pourtant, certains s'accordent à évoquer actuellement un substrat physiologique neuro-organique de ces troubles (cas de Phinéas Gage) [23,45].

Les experts identifiaient d'autres troubles spécifiques de personnalité telles que des personnalités « *névrotiques* », « *immatures* » « *anxio-hystériques non pathologiques* », ainsi que des troubles mixtes, tels que des « *aménagements pervers* » décrit par certains experts, ou des traits de personnalité marqués par « *l'impulsivité, le défaut d'anticipation et la sensibilité* », ou encore une personnalité « *vulnérable et isolée* ».

Les troubles affectifs relevaient de façon plus importante des états de décompensation dépressive plutôt que des crises maniaques et la délinquance associée était concordante aux données de la littérature, avec une proportion plus importante de crimes chez les personnes dépressives et des délits contre les biens (notamment financiers) chez les maniaques [45,57,58].

La problématique des consommations de toxiques demeurait une dimension largement soulignée par nos experts avec près d'une personne sur deux examinées présentant une co-occurrence de ce type de conduites et de comportements délinquants. Dans le cas le plus fréquent, les experts renaient un diagnostic de « *polytoxicomanie* » lorsque des consommations de plusieurs toxiques étaient relevées, identifiant un habitus le plus souvent chronique et répété chez la personne expertisée. Le consensus expertal tend à exclure cette problématique dans l'analyse du discernement et du contrôle des actes, et la tendance de notre étude venait là infirmer cette hypothèse avec une reconnaissance dans nombre de cas d'une dimension altérante de ces paramètres [11,12].

Les troubles organo-cérébraux étaient divers dont notamment des syndromes démentiels d'origine mixte dégénératif et vasculaire mais aussi liée à l'évolution de l'infection par le virus de la déficience immunitaire humaine (V.I.H.), un trouble délirant organique se manifestant essentiellement par des idées délirantes persistantes ou récurrentes, avec plus ou

moins de caractéristiques schizophréniques, ou encore un syndrome organo-psychiatrique des cérébro-lésés.

Concernant les retards mentaux, le degré de déficience retenu était léger ou moyen, correspondant alors à une estimation du QI entre 35 et 49, sans évaluation psychométrique propre dans le compte rendu de l'expertise. Ces diagnostics étaient plus fréquemment secondaires dans l'étude et leurs proportions étaient moindres à celle de la littérature [17].

Une moyenne totale de 1.85 diagnostics par dossiers était retenue dans notre étude, avec donc de façon très fréquente, deux diagnostics évoqués par mis en cause.

4.3.3. Les traitements médicamenteux :

Seule la moitié des personnes expertisées étaient insérées dans une démarche de soins observant un traitement, malgré la fréquence des diagnostics psychiatriques réadaptables. Les traitements antipsychotiques étaient majoritairement retrouvés chez nos mis en cause, à visée anti-productive ou thymorégulatrice, voire anti-impulsive ou sédatrice, et comprenaient des molécules de 1^{ère} et de 2^{ème} génération, plus ou moins en association entre elles. La prise médicamenteuse et la rupture thérapeutique nous apparaissaient insuffisamment décrites compte tenu de leur impact sur l'évolution des troubles psychiatriques diagnostiqués et notamment la résurgence symptomatique pouvant interférer dans la dynamique de l'acte pénal. Était remarquable d'ailleurs qu'autant l'évaluation du discernement et du contrôle des actes apparaissaient corrélés à l'impact du diagnostic psychiatrique sur le fonctionnement psychique de l'individu, autant les experts ne renaient pas dans la discussion médico-légale la notion de rupture de traitement comme facteur pro ou anti-responsabilisant. Cette orientation expertale par défaut et par absence de précision spécifique dans la discussion médico-légale se confirmait par rapport à la littérature avec l'étude de Guivarch en 2015, où les experts renaient la rupture de traitement comme un symptôme psychotique [12].

4.4. Discussion de la dimension pénale des dossiers :

Comparés aux « Chiffres-clés de la Justice 2016 », nous remarquons une surreprésentation des dossiers d'expertise en matière criminelle dans notre étude. En pratique, l'expertise devient systématique en procédure criminelle et pour les délits sexuels (rapport du Sénat 2009/2010). En correctionnel, elle sera ordonnée selon la nature du délit en cause, et en général en fonction de la « gravité » du délit [59]. Est prévu également par le code de procédure pénale un régime spécifique pour la protection juridique des majeurs [60], rendant l'expertise psychiatrique obligatoire.

La célérité actuelle de la justice s'exprimant par des procédures de comparution immédiate en matière délictuelle au décours des délais de garde à vue, limite largement le recours à une expertise psychiatrique médico-légale, qui semble donc moins accessible et plus rare en procédure délictuelle [7]. On notait d'ailleurs la proportion importante d'expertises psychiatriques mandatées à l'issue des audiences correctionnelles venant alors rallonger le délai de traitement judiciaire. La réalisation d'un examen ou d'une expertise psychiatrique en garde à vue reste de surcroît, liée à la bonne appréciation de l'officier de police judiciaire (OPJ) (sous l'égide du procureur), du procureur ou du juge, ou à la bonne connaissance par le mis en cause de ses propres droits [61]. Lorsqu'ils sont rendus possibles malgré une disponibilité médicale réduite, il est exclu, pour le Dr Zagury, « *de conclure à l'abolition du discernement après un examen pratiqué dans l'urgence au cours d'une garde à vue* » [9].

L'examen médico-psychiatrique ne devrait alors s'en tenir qu'à la simple conclusion de compatibilité ou non de l'état psychique avec les conditions de la garde à vue, et donc ne pas aborder l'enjeu de l'évaluation du discernement ou du contrôle des actes, qui requiert un raisonnement élaboratif peu compatible avec de telles conditions.

Plusieurs types de victime étaient identifiés au sein de la cellule familiale, représentant une circonstance aggravante sur le plan pénal, qualifiant soit la victime soit l'auteur, soit les deux réunis :

- « *ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs* » ;
- « *par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité* » ;
- « *sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur* » (double circonstance aggravante).

Les faits exposants des représentants de l'autorité publique (policiers ou gendarmes par exemple) ou des personnes chargées de service public (telles que éducateurs ou personnels soignants) étaient également considérés comme une circonstance aggravante au regard de la Loi. La forte représentation de la famille et personnes inconnues pouvait orienter vers une dimension partiellement pathologique des passages à l'acte criminel, où la motivation de l'infraction s'interroge [45].

Depuis la Loi du 30 décembre 1985, au pénal comme au civil, la règle est l'unicité de l'expert, c'est-à-dire qu'un expert est sollicité seul pour effectuer sa mission. Antérieurement, la dualité d'expert était de rigueur et garantissait probablement d'une meilleure façon, la

réalisation d'une expertise contradictoire et discutée avec une mise en perspective de l'avis des deux praticiens [7,62].

Notre étude confirmait donc la dynamique expertale psychiatrique actuelle avec très majoritairement des experts nommés seul et une notion de contre expertise assez faible [63].

4.5. Les limites et les biais :

On relevait des faiblesses méthodologiques dans notre étude, de par son caractère rétrospectif, mais aussi des biais possibles de sélection quant au nombre d'experts recrutés qui restait faible, seulement cinq experts différents, même si le nombre d'expertise concluant à un alinéa 2 de l'article 122-1 du CP était important (129 dossiers).

Nous n'avions pas d'ambition de comparaison, mais une lecture longitudinale des rapports avec un recueil strict d'information pour une étude épidémiologique descriptive.

Nous avons exclu volontairement les infractions à caractère sexuel quant à la psychopathologie particulière.

Cette étude pourrait donc être considérée comme une piste d'investigation ultérieure où les éléments de discussion médico-légale que nous parvenions à distinguer comme une certaine grille de lecture, pourraient être soumis à un groupe d'expert pour une évaluation prospective de « testing ».

5. Conclusion :

Le rôle de l'expert psychiatre s'est précisé au cours du temps, de la volonté de sauver les « insensés » d'une peine incompréhensible dans la période aliéniste, jusqu'à un courant de pensée de responsabilisation de certains délinquants aliénés [64]. On a assisté à l'émergence de son rôle, qui s'est rapidement accru, et actuellement l'expert occupe une place importante dans le déroulement judiciaire pré et post-sentenciel notamment en matière criminelle. L'expertise psychiatrique est ainsi devenue indissociable du procès pénal [65]. A partir de l'évaluation de la responsabilité pénale, sa mission n'a fait que croître pour intégrer la question pronostique de la dangerosité, de la curabilité et de la réadaptation sociale, et même la question de l'opportunité d'une injonction de soins au décours de la peine d'incarcération [28,29]. L'expert est également très sollicité dans la dimension post-sentencielle, par des missions diligentées par le Juge d'Application des Peines (JAP), qui consistent à décrire l'évolution clinique au cours de la période d'incarcération et apprécier la question du risque de récidive [62,66]. Avec la modification récente du code pénal, par la Loi du 15 août 2014, un nouveau champ de mission pour l'expert se dessine [63].

Au sens de l'article 122-1 du CP, l'expert est chargé de l'étude du discernement et du contrôle des actes, pour orienter l'évaluation de la responsabilité pénale.

Cet exposé montre les difficultés résultantes de la notion d'altération du discernement et d'entrave du contrôle des actes, qui ne bénéficient pas de définition consensuelle [8], ni d'échelle de gradation. La littérature donne une orientation essentiellement diagnostique qui semble dessiner le pourtour clinique de l'alinéa 2. Cependant comme le souligne J. Guivarch, des divergences expertales persistent, et affaiblissent la crédibilité de la profession par des « querelles d'experts » et poussent les Juges à renvoyer les affaires notamment criminelles aux assises [7,10-12]. Ces écarts d'opinion seraient issus notamment de l'appréciation de la relation entre pathologie et infraction, de l'interprétation et de la discussion médico-légale, quand de façon plus poussée, elles analysent le rôle de la rupture thérapeutique, ou de la prise de toxiques. On notait aussi que les divergences sont essentiellement sous-tendues par des conceptions personnelles ou des courants de pensée différents auxquels les experts se rattachent. Dans ce contexte, certains plaident pour la création de centres d'évaluation et d'expertise criminologiques en remplacement de l'expertise psychiatrique traditionnelle « *qui cumule les handicaps : brièveté, subjectivité, insuffisance...* », ce qui permettraient l'apport d'un bilan spécialisé par une équipe pluridisciplinaire sur une temporalité plus importante [18].

La question de l'homogénéisation de la formation des experts se pose plus que jamais, avec en 2006, la solution envisagée de la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C.) de psychiatrie légale pour harmoniser la formation obligatoire depuis 2004 [51]. Cependant, à ce jour, l'orientation est plutôt en faveur d'un enseignement complémentaire optionnel s'intégrant dans la maquette du diplôme d'études spécialisées (D.E.S.) de psychiatrie, s'associant aux différents diplômes universitaires et inter-universitaires (D.U. et D.I.U.) déjà existants [52].

L'accès à un standard d'expertise même au niveau européen ne semble pour le moment encore qu'illusion en l'état actuel des perspectives législatives mais aussi des souhaits des praticiens. Cependant, un certain nombre de recommandations pourraient être faites pour garder une éthique commune au sein de la pratique, telles que « *s'astreindre à donner les clefs de lecture de son travail, exposant sa démarche sans affirmer abruptement de conclusions cliniques* », ou les choix idéologiques, quant à l'évaluation de la responsabilité pénale, explicités de façon plus transparente [67]. Le travail expertal serait plus à même d'être compris et argumenté et un dialogue au carrefour de la psychiatrie et du droit pourrait alors se nouer.

6. BIBLIOGRAPHIE:

1. Senon JL, Manzanera C, Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale, Annales Médico-Psychologiques (2006), doi: 10.1016/j.amp.2006.08.017.
2. Hémerly Y, « Irresponsabilité pénale, évolutions du concept », L'information psychiatrique 2009/8 (Volume 85), p. 727-733.
3. Bernardini R, Droit Criminel volume II : l'infraction et la responsabilité, Editions Larcier 2012.
4. Senon JL, Troubles psychiques et réponses pénales. XXXIVe Congrès français de criminologie, champ pénal/penal field Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 15 septembre 2005.
5. Bouley D, Massoubre C, Serre C, Lang F, Chazot L, Pellet J, Les Fondements Historiques de la Responsabilité Pénale, Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique, 2002, Elsevier.
6. Guignard L, L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale, Champ pénal/penal field [En ligne], XXXIVe Congrès français de criminologie, Responsabilité/Irresponsabilité Pénale, mis en ligne le 17 juillet 2005 .
7. Fiorini A, L'article 122-1 du code pénal : ambiguïté entre altération et abolition du discernement. Mémoire de Master 2 Droit pénal et sciences pénales, direction Mayaud Y, 2011, <https://docassas.u-paris2.fr/nuxeo/site/.../8aceea0d-8a8b-45ab-b581-a06500f9f800>.
8. 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, Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01082093>.
9. Zagury D, Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.
10. Zagury D, Vers une clinique de l'abolition du discernement, Annales Medico-Psychologiques 164 (2006) 847-850.
11. Guivarch J, Piercecchi-Marti MD, Glezer D, Chabannes JM, Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature, L'Encéphale (2015.) 41, 244-250 .

12. Guivarch J, Piercecchi-Marti MD, Glezer D, Chabannes JM, 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). <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.08.001>.
13. Schweitzer M, Quelles sont les incidences médico-légales des articles 122-1 alinéa 1 et 2 et 122-2 en termes de responsabilité pénale d'imputabilité, de discernement et de contrôle des actes ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP .
14. Senon JL, L'expertise psychiatrique pénale : les données d'un débat *AJ Pénal* 2006, p66.
15. Ouvrage collectif sous la direction de Guelfi JD, Rouillon F, *Manuel de psychiatrie*, 1^{ère} édition, Masson, 2007.
16. Perrault Christophe, 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, thèse de doctorat en médecine sous la direction par le Pr Arbus C. Toulouse 2013 thesesante.ups-tlse.fr/280/1/2013TOU31585.pdf
17. 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 », *La revue de médecine légale* (2015) 6, 70-77.
18. Bénézech M, La responsabilité pénale du malade psychotique ou bipolaire en intercrise, *Annales médico-psychologiques* 173 (2015) 129-135.
19. Senon JL, Manzanera C, Papet N, Aspects médico-légaux des troubles bipolaires, *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 547-52 cahier 2.
20. Trapé E, 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 : 1017-20.
21. Jonas C, Legay E, Chavignier V, Aspects juridiques et médico-légaux des troubles de la personnalité- EMC- *Psychiatrie* 2012;9(4) :1-11 [article37-491-A-10].
22. Gras A, Amad A, Thomas P, Jardri R, Hallucinations et trouble de personnalité borderline : Une revue de littérature, *L'Encéphale* (2014) 40,431-438.
23. Bénézech M, Le Bihan P, Personnalité Antisociale, EMC *Psychiatrie* 2012 ; 9(4) : 1-16 (article 37-490-G-10).

24. Dietz PE, Why the experts disagree: variations in the psychiatric evaluation of criminal insanity. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 1985; (477):85-94.
25. Nielssen, O., Elliott, G., Large, M. The reliability of evidence about psychiatric diagnosis after serious crime: Part I. Agreement between experts. *J Am Acad Psychiatric Law* 2010; 38(4): 516-23.
26. Zagury D, Senon JL, L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la Dérive, *L'information psychiatrique* 2014/8 (Volume 90), p. 627-629. DOI 10.1684/ipe.2014.1246.
27. Ayme J, La genèse de l'article 122-1, *Criminologie et psychiatrie*, ouvrage collectif sous la direction de T. Albernhe, Ellipses 1997 559-567.
28. Pradel J, En droit pénal, quels sont les fondements de l'expertise psychiatrique pénale? *Expertise psychiatrique pénale*, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.
29. Lézé S, Les Politiques de l'expertise psychiatrique. Enjeux, démarches et terrains, *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Séminaire du GERN "Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité" (2008-2009), mis en ligne le 06 novembre 2008.
30. Bénézech M, Folie où es-tu? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques, *Annales Médico-Psychologiques*, 168 (2010) 48-56.
31. Bourgeois ML, Bénézech M, Antoniol B, Haustgen T, Discernement, lucidité, conscience et insight en psychopathologie et en pratique expertale, *Annales Médico-Psychologiques* 169 (2011) 433-437.
32. Ponte C, La prise en charge des personnes atteintes des troubles mentaux ayant commis des infractions, *Soins psychiatrie* (2010) n°269.
33. Article 64 du Code Pénal, Loi 1810-02-13 promulguée le 23 février 1810, legifrance.fr.
34. Protais C, "Psychiatric care or social defense? The origins of a controversy over the responsibility of the mentally ill in French forensic psychiatry", *International Journal of Law and Psychiatry* 37 (2014) 17-24
35. Article 122-1 du Code Pénal, 1992 modifié 2014, legifrance.fr.
36. Vellut N, Simmat-Durand L, L'influence de l'expertise psychiatrique sur la décision judiciaire : le cas des néonaticides, *La revue de médecine Légale* (2013) 4, 75-83.
37. Senon JL., Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité, *Annales Médico Psychologiques*, 162, (2004) 646-652.

38. Paulet C, Quel est le devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.
39. Lecerf, Barbier, Demontès, « Proposition de loi du Sénat n°649 relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits », 2010, sénat.fr.
40. Rapport d'information n° 434 (2009-2010) de Gilbert Barbier, Christiane Demontès, Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, « Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ». <http://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html>.
41. Zagury D, Senon JL, L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la Dérive, L'information psychiatrique 2014/8 (Volume 90), p. 627-629. DOI 10.1684/ipe.2014.1246.
42. Zagury D, Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.
43. Rharrabti S, Khelafa S, Khelafa A, Barrimi M, Aarab C, Rammouz I, et al, Le cadre juridique régissant la responsabilité pénale de l'aliéné au Maroc, L'évolution psychiatrique 79 (2014) 739-751.
44. Bénézech M, Essai de taxonomie des homicides pathologiques, Criminologie et psychiatrie, ouvrage collectif sous la direction de T.Alberhe, 1997 166-173.
45. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML, Criminologie et Psychiatrie, EMC, Psychiatrie, 37-906-A-10, 2002, 15p.
46. P. Rappard, « La fin du non-lieu psychiatrique et son incidence sur le but des institutions françaises médico-légales. (À propos de la Loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental) », L'information psychiatrique 2009/8 (Volume 85), p. 759-768.
47. Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, legifrance.fr.
48. Lantéri-Laura G, Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif, Journal français de psychiatrie 2001/2 (n°13), p. 29-31.

49. Bénézech M, Nous sommes responsables de la criminalisation abusive des passages à l'acte pathologiques, Le mieux est l'ennemi du bien, Journal français de psychiatrie 2/2001 (no13), p. 23-24.
50. De Lenteigne de logivière X, Gignon M, Amsallem C, Jarde O, Manaouil C, Aspects médico-légaux de l'ivresse éthylique aiguë, Journal Européen des Urgences et de Réanimation, Press Med 2015;44(6):610-7.
51. Kahn J-P, Comment envisager une formation adaptée des psychiatres à la pratique expertale ? comment envisager l'évaluation des pratiques et la formation permanente ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.
52. Estano N, D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique : réflexion autour d'une pratique de l'expertise pénale pré-sentencielle, une refonte nécessaire ? Annales Médico-psychologiques (2015).
53. Rumen JP, Pour une clinique de l'expertise, Journal français de psychiatrie 2001/2 (no13), p. 46-49. DOI 10.3917/jfp.013.0046.
54. Sonia Harrati et al, « Étude des caractéristiques psychopathologiques et psychocriminologiques d'un échantillon de 40 femmes criminelles », L'information psychiatrique 2007/6 (Volume 83), p. 485-493. DOI 10.3917/inpsy.8306.0485.
55. CIM 10 FR Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, édition 2015, Ministère des affaires sociales et de la santé.
56. Foullu S, Estingoy P, De l'intérêt clinique du concept d'héboïdophrénie. A propos de deux cas de schizophrénie criminelle, EMC 164 (2006) 756-763.
57. Benezech M, Bourgeois M, Homicide is strongly correlated to depression and not to mania, Encephale 1992;18(1):89-90.
58. Petitjean F, Aspects médico-légaux, L'Encéphale 2003 ; XXIX :1-2, cahier 2.
59. 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 [En ligne], Séminaire du GERN "Longues peines et peines indéfinies. Punir la dangerosité" (2008-2009).
60. Article 706-115 Code de Procédure Pénale, légifrance.fr.
61. Article 63-3 Code de Procédure Pénale, modifié en 2011, légifrance.fr.

62. Lavielle B, Quelles sont les attentes de la justice face à l'expert psychiatre dans le domaine psycho-criminologique et quels sont les arguments en faveur et en défaveur de l'expertise contradictoire ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.
63. Benillouche M, Les expertises judiciaires: le point de vue du pénaliste, ou comment le Juge se dégage de son pouvoir de décision au profit de l'expert... Médecine et Droit 2013 (2013) 83-88.
64. Bensussan P. « La pénalisation de la folie » Rencontres avec l'expert congrès français de psychiatrie, european psychiatry 30S (2015) S1-S7.
65. Jonas C, La clinique expertale doit-elle se restructurer, se spécifier et répondre à de nouvelles demandes ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.
66. Baron-Laforet S, Dans le cadre de l'injonction de soins ou de l'obligation de soins, comment articuler l'expertise psychiatrique de la personne sous main de justice, les soins apportés et le rôle de l'instance judiciaire ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP.
67. Lamothe P, L'expertise psychiatrique en France dans l'espace européen. Faut-il établir des normes ? Comment rendre l'expertise plus « utile » et non seulement formelle dans la procédure française ? Expertise psychiatrique pénale, Audition publique 25 et 26 janvier 2007, FFP

7. ANNEXES:

7.1. Détail des psychotropes observés dans l'étude :

Les antipsychotiques par argument de fréquence décroissante :

- la risperidone orale et dérivés retard (Risperdal Consta®) (12),
- l'halopéridol per os et forme retard (6),
- la cyamémazine (5),
- l'olanzapine (4)
- le zuclopenthixol en action prolongée (4)
- la quétiapine (3),
- l'aripiprazole (2)
- l'amisulpride (1)
- la loxapine (1) et
- la lévomépromazine (1)

Les antidépresseurs par argument de fréquence décroissante :

- la paroxétine (4)
- le citalopram (2)
- la venlafaxine (2)
- l'escitalopram (1)
- la fluoxétine (1)
- la mirtazapine (1)
- la miansérine (1)

Les thymorégulateurs étaient :

- le valproate de sodium (2)
- la carbamazépine (1)
- le clonazépam (2).

Les anxiolytiques utilisés : par argument de fréquence décroissante :

- le bromazépam (4)
- le prazépam (3)
- le clorazépate(3)
- l'oxazépam (3)

- l'alprazolam (3)
- le nordazépam (1)
- le lorazépam (1)
- le diazépam (1).
- hydroxyzine (1)
- méprobamate (1)

Les molécules hypnotiques étaient :

- le zopiclone (5)
- le zolpidem (2)
- l'alimémazine (2)
- la mépronizine®(1) (acéprométazine associée au méprobamate retirée du marché du médicament en 2012).

Les traitements substitutifs :

- méthadone (4)
- buprénorphine (1)

Les autres thérapeutiques utilisées :

- acamprosate (3)
- antiparkinsoniens (3),
- un mésusage de morphinique (1) (skenan®),
- un traitement hors AMM de méthylphénidate (1) (ritaline®).

Les antiépileptiques utilisés étaient :

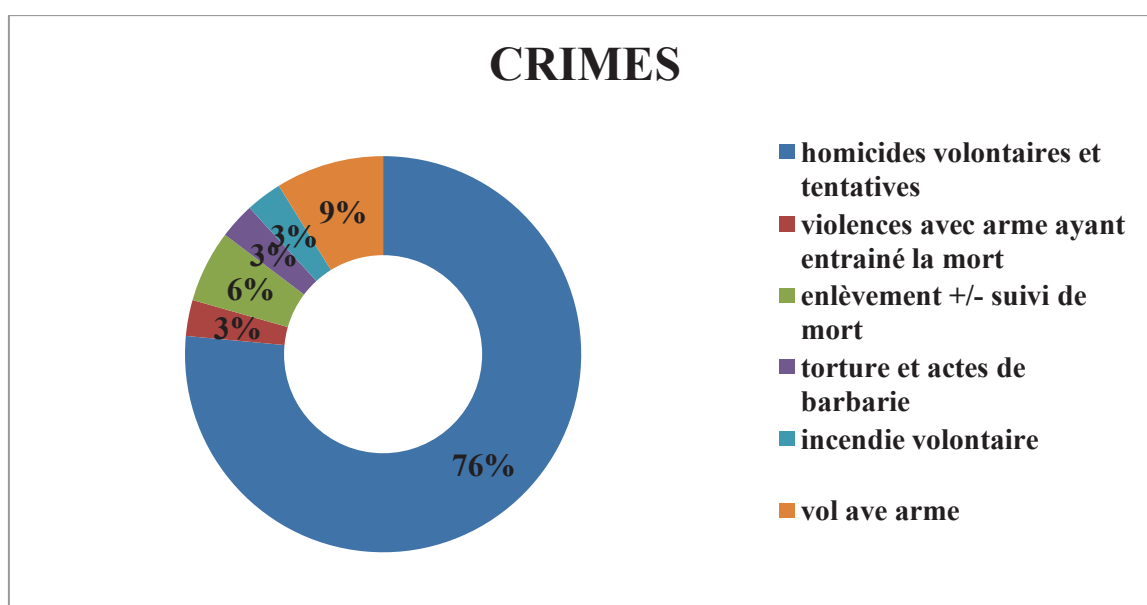
- phénobarbital (3)
- acide valproïque (1)

7.2. Détail des infractions criminelles de l'étude :

Les * représentent les infractions que nous qualifions d'atteinte aux personnes.

Qualification et quantification des crimes de l'analyse

Qualification des crimes	Nombre de dossiers
Tentative d'assassinat *	7
Homicide volontaire avec préméditation ou assassinat *	4
Tentative de meurtre *	4
Homicide volontaire ou meurtre *	9
Meurtre ayant précédé, accompagné ou suivi un autre crime *	1
Meurtre ayant pour objet, soit de préparer, faciliter ou exécuter un autre crime ou un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité des auteurs ou complices de ce crime ou de ce délit *	1
Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, avec usage d'une arme *	1
Arrestation, enlèvement, détention ou séquestration d'une personne, suivis de mort *	1
Arrestation, enlèvement, détention ou séquestration d'une personne *	1
Torture ou actes de barbarie *	1
Incendie volontaire	2
Vol aggravé avec usage ou menace d'une arme	3
Qualifications criminelles toutes confondues	35



Aperçu des infractions criminelles répertoriées dans les dossiers analysés

7.3. Détail des infractions délictuelles de l'étude :*Descriptif des violences volontaires en matière délictuelle :*

Qualification des Violences	Violences volontaires avec ITT supérieure ou égale à 8 jours*	Violences volontaires avec ITT inférieure ou égale à 8 jours*	Violences volontaires sans incapacité de travail*	Violences volontaires avec ITT non précisée*
<i>Sans circonstances aggravantes</i>	2			
<i>Circonstances aggravantes</i>				
Avec usage ou menace d'une arme	4	3	2	6
Sur un mineur de 15 ans	1	1		2
Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs		2	2	
Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité			2	3
Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission	2	2	4	2
Avec trois circonstances Aggravantes		2		
TOTAL	9	10	10	13
TOTAL GENERAL : 42				

Descriptif des autres infractions relatives à une atteinte aux personnes :

Les autres atteintes aux personnes	Nombre de dossiers
Arrestation, enlèvement, détention ou séquestration d'une personne avec libération volontaire avant le 7 ^{ème} jour accompli *	1
Non dénonciation de mauvais traitements, privations ou atteintes sexuelles infligées à un mineur de 15 ans *	1
Non assistance à personne en danger *	1
Menace ou acte d'intimidation visant une victime *	1
Menace de mort *	5
Menace ou acte d'intimidation commis envers un magistrat, un juré ou toute autre personne siégeant dans une formation juridictionnelle, un arbitre, un interprète, un expert ou l'avocat d'une partie en vue d'influencer son comportement dans l'exercice de ses fonctions *	1
Menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens contre personne dépositaire de l'autorité publique *	1
Outrage à personne dépositaire de l'autorité publique *	6
Rebellion *	6
Non représentation d'enfants *	2
Soustraction de mineur par ascendant *	1
TOTAL	26

Descriptif des vols, recels et apparentés

Les atteintes aux biens, vols et autres apparentés	Nombre de dossiers
Vol simple	9
Vols aggravés :	
• Vol précédé, accompagné ou suivi de violences sur autrui n'ayant pas entraîné une incapacité totale de travail	1
• Vol précédé, accompagné ou suivi de violences sur autrui ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant huit jours au plus	2
• Vol facilité par l'état d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse	1

• Vol par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice, sans qu'elles constituent une bande organisée (vol en réunion)	2
• Vol commis dans un local d'habitation ou dans un lieu utilisé ou destiné à l'entrepôt de fonds, valeurs, marchandises ou matériels, en pénétrant dans les lieux par ruse, effraction ou escalade	7
• Vol précédé, accompagné ou suivi d'un acte de destruction, dégradation ou détérioration	3
• Vol par ruse aggravé par une autre circonstance	1
• Vol dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs	1
• Vol aggravé par 3 circonstances	1
Tentative de vols	3
Recel	2
Tentative d'extorsion avec violences ayant entraîné une ITT n'excédant pas 8 jours	1
Filouterie	1
Escroquerie et tentative d'escroquerie	4
TOTAL	39

Descriptif des dégradations et destruction en matière délictuelle :

Les autres atteintes aux biens	Nombre de dossiers
Destruction d'un bien appartenant à autrui	1
Destruction du bien d'autrui par un moyen dangereux pour les personnes	2
Dégradation ou détérioration d'un bien appartenant à autrui	17
Dégradation ou détérioration du bien d'autrui par un moyen dangereux pour les personnes	6
Destruction, la dégradation ou la détérioration d'un bien appartenant à autrui par l'effet d'une substance explosive, d'un incendie ou de tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes	1
TOTAL	27

Descriptif des infractions en matière économique et financière :

Infractions économiques et financières	Nombre de dossiers
Falsification de chèques	1
Faux et usage de faux	2
Abus de biens sociaux	1
Blanchiment	1
Contrefaçon ou falsification des timbres-postes, vente, transport, distribution ou usage de ces timbres	1
Exécution de travail dissimulé	1
TOTAL	7

Descriptif des infractions délictuelles non classées

Autres infractions délictuelles	Nombre de dossiers
Transport, détention, offre, cession, acquisition ou emploi illicites de stupéfiants	9
Usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants	5
Acquisition et détention d'armes	1
Port des armes, éléments d'arme et munitions des catégories A et B	3
Port des armes, éléments d'arme et munitions de catégorie non précisé (arme à feu)	1
Port et le transport sans motif légitime des armes, éléments d'arme et munitions des catégories C et D	3
Transport sans motif légitime des armes, éléments d'arme et munitions de catégorie B	1
Violation de domicile	1
Violation de mesure de sureté ordonnée après déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental	1
Inexécution d'un stage de citoyenneté prononcé au titre d'une peine	1
Sévices graves ou acte de cruauté envers un animal domestique ou apprivoisé, ou tenu en captivité	2
TOTAL	28

Les délits relatifs à la circulation routière :

Délits routiers	Nombre de dossiers
Refus d'obtempérer à une sommation de s'arrêter émanant d'un fonctionnaire ou agent chargé de constater les infractions et muni des insignes extérieurs et apparents de sa qualité	1
Conduite sans permis	3
Conduite sous l'empire d'un état alcoolique (alcoolémie supérieure à 0.8g/L)	5
TOTAL	9

7.4. Détail des infractions contraventionnelles de l'étude:

Les infractions contraventionnelles	Nombre de dossiers
Violences volontaires avec ITT inférieure ou égale à 8 jours	1
Violences volontaires avec ITT non précisé (considérée sans ITT ou inférieur à 8 jours)	1
TOTAL	2

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.