



HAL
open science

L'expertise psychiatrique pénale en France : débats actuels et perspectives d'évolution

Yann Leblond

► **To cite this version:**

Yann Leblond. L'expertise psychiatrique pénale en France : débats actuels et perspectives d'évolution. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02863670

HAL Id: dumas-02863670

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02863670v1>

Submitted on 10 Jun 2020

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

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

Université de Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n° 3009

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 20 février 2020 par

Yann LEBLOND

Né le 23 mai 1989 à Bordeaux

L'expertise psychiatrique pénale en France: débats actuels et perspectives d'évolution

Thèse dirigée par

Madame le Docteur Julie ROLLAND

et co-dirigée par Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Membres du jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Président

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN, Rapporteur

A Mamka et Loup, pour votre Amour et votre indéfectible soutien durant toutes ces années. C'est à vous que je dédie ce travail.

A Mathilde, tu es une source d'inspiration perpétuelle.

A Elie, Mattia et Charles, my "brother(s) from another mother". A notre complicité et nos aventures loufoques aux quatre coins du globe.

A David, Hugo, Ian, Maxime, PL et Raphael, mes "phares" sur qui je peux toujours compter.

A mes co-internes préférés Anne, Mathieu, Anthony et Charlotte, la P2 semble bien loin mais partager mes joies et mes peurs avec vous est d'une valeur inestimable. Une pensée particulière pour Charlotte qui a réussi à contenir tant bien que mal mon morcellement au cours de ces dernières semaines.

A mes comparses de l'internat de psychiatrie de Bordeaux, je ne risquerais pas à tous vous citer, mais nos rencontres, nos débats et nos aventures resteront gravés dans ma mémoire.

A mes complices de l'APIP-Aquitaine et ses deux ans et demi hauts en couleurs.

A Boris, pour ton écoute et tes brillantes réflexions, l'aventure ne s'arrête pas là, camarade.

A Emmanuelle, merci de me montrer le chemin de la recherche du "sens", dans tout ce que nous pensons et nous faisons.

A Paul et Justine, pour votre amitié, vos conseils et votre professionnalisme. A Dominique, pour ta bienveillance, tes cours d'histoire et m'avoir permis d'assister à mes premières expertises pénales.

A mes maîtres de stage, Professeurs Verdoux et Tournier et Docteurs Gorse, Theillay Le-Gall, Mériglier, Barlatier, Rolland, Torio, Vergnolles, Quiles, Floris, Le Bihan et Teterel. Merci pour vos enseignements et ces précieux moments passés près de vous, qui font le médecin que je suis aujourd'hui.

Aux équipes soignantes de Charles Perrens et de Cadillac que j'ai pu rencontrer en stage ou de garde, votre merveilleux travail, trop souvent passé sous silence, est un exemple

Une pensée toute particulière aux équipes de l'UMD de Cadillac, merci pour votre accueil chaleureux, vos sourires au quotidien et votre professionnalisme à toute épreuve. Je ne pourrais me risquer à décrire votre engagement infailible et votre courage face à des situations parfois si complexes... Il faut le vivre.

A tous ceux qui ont partagé ma vie de très près ou de très loin

Aux patients, sans qui tout cela ne serait pas possible

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN^{[1][2]}_[SEP]

Docteur en Médecine, Psychiatre,^{[1][2]}_[SEP]

Praticien Hospitalier,^{[1][2]}_[SEP]

Chef de Pôle de Psychiatrie Médico-légale,^{[1][2]}_[SEP]

Centre Hospitalier de CADILLAC, Cadillac-sur-Garonne.

Vous m'avez fait l'honneur d'être le rapporteur de ce travail de thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Je tiens également à vous remercier de m'avoir accueilli avec enthousiasme et bienveillance sur votre pôle. Votre sens clinique, vos conseils avisés et votre disponibilité ont été d'une aide inestimable et m'ont renforcés dans mon intérêt très prononcé pour la psychiatrie médico-légale. Je vous prie d'accepter l'expression de ma plus grande reconnaissance et de mon plus grand respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités,^{[1][1]}Praticien Hospitalier,^{[1][1]}

Docteur en Épidémiologie,^{[1][1]}

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

C'est pour moi un réel honneur que vous ayez bien voulu juger ce travail de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de vos enseignements mais aussi d'être témoin de toute l'étendue de vos connaissances scientifiques et de vos qualités humaines lors de mon stage au sein de votre unité. Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance et de mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,^{[1][1]}

Coordinateur du DES de psychiatrie,^{[1][1]}

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

C'est pour moi un grand honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Votre enseignement et votre implication dans notre formation est une véritable source d'inspiration. Par ailleurs, c'est deux années passées près de vous dans le cadre institutionnel, ont été riches en émotions et ont développées mon sens de la logique et de la rigueur. Je vous prie de croire à l'expression de ma plus grande reconnaissance et de mon plus grand respect.

AUX DIRECTRICES DE THESE

Madame le Docteur Julie ROLLAND

Docteur en Médecine, Psychiatre,^{[1][2]}_[SEP]

Praticien Hospitalier,^{[1][2]}_[SEP]

Centre Hospitalier de CADILLAC, Cadillac-sur-Garonne.

Je te remercie infiniment de m'avoir accordée ta confiance pour diriger ce travail de thèse. Je tiens à te remercier également d'avoir été à l'origine de mon intérêt fortement prononcé pour la psychiatrie médico-légale. Ta disponibilité, tes encouragements et tes conseils éclairés tout au long de ce travail et de mon cursus ont été d'une valeur inestimable. Soit assurée de ma plus grande reconnaissance et de mon plus grand respect

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités,^{[1][2]}_[SEP]Praticien Hospitalier,^{[1][2]}_[SEP]

Docteur en Épidémiologie,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte UNIVA,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie infiniment d'avoir acceptée d'encadrer cette thèse. Votre disponibilité et votre confiance dans la réalisation de ce travail ont été d'une aide très précieuse. Je tiens également à vous remercier pour vos enseignements théoriques et vos conseils lors de vos supervisions cliniques et dans le cadre insitutionnel. Vous êtes un exemple qui m'a poussé à me surpasser. Je vous prie de croire à l'expression de ma plus grande reconnaissance et de mon plus grand respect.

AU PRESIDENT

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités,^[1]Praticien Hospitalier,^[1]

Docteur en Neurosciences,^[1]

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Veillez croire en l'expression de mon immense reconnaissance d'avoir accepté de présider ce jury. J'ai eu le privilège de bénéficier de la richesse de vos enseignements qui ont élargi ma curiosité et m'ont permis d'améliorer ma pratique clinique au quotidien. Je vous prie d'accepter ce témoignage de mon plus grand respect.

PLAN :

Introduction

1. La pratique de l'expertise pénale de nos jours en France

1.1. L'expertise en garde à vue

1.1.1. Définition

1.1.2. Enjeux et Recommandations

1.2. L'expertise pénale pré-sentencielle

1.2.1. Evolution du concept d'irresponsabilité pénale et enjeux de l'expertise pré-sentencielle

1.2.1.1. Evolution du concept d'irresponsabilité

1.2.1.2. Le concept d'irresponsabilité pénale de nos jours

1.2.1.3. Enjeux de l'expertise pénale pré-sentencielle

1.2.2. Modalités et particularités de l'expertise pré-sentencielle

1.2.2.1. Cadre légal

1.2.2.2. Désignation de l'expert

1.2.2.3. Contenu de l'expertise

1.3. L'expertise pénale post-sentencielle

1.3.1. Le concept de dangerosité et les enjeux de l'expertise post-sentencielle

1.3.1.1. Le concept de dangerosité

1.3.1.1.1. Une définition complexe

1.3.1.1.2. La dangerosité psychiatrique

1.3.1.2. Enjeux de l'expertise post-sentencielle : évaluation de la récidive et mesure de sûreté

1.3.2. Modalité et particularité de l'expertise pénale post-sentencielle

1.3.2.1. Cadre légal

1.3.2.2. Contenu de l'expertise post-sentencielle

1.3.3. Centre National d'Evaluation

2. Débats actuels autour de la pratique de l'expertise pénale en France

2.1. Un système à l'organisation indéfinie

2.1.1. La problématique de la formation initiale et continue des experts

2.1.2. L'augmentation du nombre et complexification des expertises pénales

- 2.1.3. La problématique financière
- 2.2. Un système aux contours hésitants
 - 2.2.1. L'absence de recommandations de bonne pratique
 - 2.2.2. Les critiques de l'article 122-1 du Code Pénale
- 2.3. Un travail trop solitaire

3. Les perspectives d'évolution du système expertal en France

- 3.1. Evolutions possibles pour les expertises présentencielles : l'apport de nouveaux outils
 - 3.1.1. Apport de l'analyse criminologique
 - 3.1.2. La place des neurosciences dans la discussion médico-légale
- 3.2. Evolutions possibles pour les expertises post sentencielles: développement et utilisation d'outils d'évaluation du risque de récidive
 - 3.2.1. Outils d'évaluation actuarielle de deuxième génération
 - 3.2.2. Outils d'évaluation de troisième génération
 - 3.2.3. Outil d'évaluation de quatrième génération : le modèle RBR
 - 3.2.4. Outil d'évaluation de cinquième génération : le modèle de désistance
- 3.3. La pratique expertale en Europe : pistes possibles d'évolution du système Français
 - 3.3.1. La pratique expertale en Belgique :
 - 3.3.2. La pratique expertale en Suède :
 - 3.3.2.1. Présentation générale
 - 3.3.2.2. Formation et statut professionnel
 - 3.3.2.3. Cadre Légal
 - 3.3.2.4. Types d'expertises
- 3.4. Des centres d'évaluation, déjà évoqués en France

Conclusion

Annexes

Bibliographie

Introduction :

Les motifs et les circonstances d'un crime ont toujours été au centre des discussions et des débats en société et au tribunal. Cet "acte de folie" provoque la l'indignation et l'incompréhension et mène invariablement aux mêmes interrogations: "Pourquoi ? ... Comment ?". Les psychiatres ou "médecins de l'âme" (1), ont peu à peu investi la lourde tâche d'expliquer le passage à l'acte par un "discours de vérité" (2) pour une famille endeuillée, une société apeurée et une justice aux aguets.

Ainsi, à partir du début du XIXe siècle, l'expertise psychiatrique pénale prend part intégrante au dispositif médico-judiciaire. Elle vise à établir le lien entre une maladie mentale et le crime, afin de permettre au criminel souffrant d'un trouble psychiatrique de bénéficier de soins plutôt que d'une peine (3).

A partir des années 1990, avec la montée en puissance d'une société de gestion du risque, alimentée par des préjugés sur la maladie mentale, nous avons assisté à un afflux important de lois permettant ou obligeant les magistrats à faire appel à un expert psychiatre afin d'évaluer la dangerosité et le risque de récidive d'un condamné en fin de peine (4). Il ne s'agit plus d'évaluer un événement accompli et un état mental passé, il s'agit d'évaluer un état mental présent et de se projeter vers un avenir incertain (3).

Les experts nationaux et internationaux sont quasi-unanimes : le système expertal français est en souffrance. Son point d'orgue : une surreprésentation alarmante des personnes souffrant de troubles psychiatriques en détention, signant un défaut dans son rôle de filtre entre l'hôpital et la prison (5). D'autre part, les demandes législatives exponentielles de l'intervention d'un expert psychiatre, un manque de recommandations et de formations en psychiatrie criminelle ainsi que d'autres problématiques que nous aborderons plus bas, rendent la pratique de l'expertise judiciaire austère et peu attractive aux yeux des jeunes psychiatres (5). Ces constats préoccupants ont pourtant fait l'objet d'une audition publique réalisée à la demande du Ministère de la Santé par la Haute Autorité de Santé en 2007 (5) où de nombreuses recommandations ont été formulées afin d'améliorer les pratiques. Force est de constater que treize ans après, les mêmes problèmes et questionnements subsistent.

Ce travail de thèse se propose donc de faire le point sur la pratique de l'expertise psychiatrique pénale en France actuellement. Pour cela, nous présenterons tout d'abord les différents types d'expertises (expertise de garde à vue, expertise pénale pré-sentencielle de responsabilisation, expertise pénale post-sentencielle de pré-libération) en rappelant leurs modalités de pratiques et leurs enjeux, ce qui nous permettra d'aborder les notions d'irresponsabilité pénale et de dangerosité auxquelles elles se réfèrent. Il existe d'autre type d'expertise telles que les expertises psychiatriques pénales des victimes ou celles des mineurs mais nous avons décidés de ne pas les traiter dans ce travail. Puis, nous exposerons les difficultés et les questionnements autour de ce système expertal français. Enfin, nous tenterons d'aborder les perspectives d'évolution possibles de cette pratique, les travaux en cours et les pratiques de l'expertise judiciaire en Suède et en Belgique dont pourrait s'inspirer la France.

"UTRILLO est un dégénéré, présentant un affaiblissement intellectuel dû partiellement à l'alcoolisme chronique (...) Mis en liberté sous promesse d'une surveillance absolument ininterrompue. Décroissance graduelle de la durée des périodes calmes. Incapable de se diriger. Très difficile à surveiller en liberté. Irresponsable de son délit. A Interner.

Paris 22 juin 1921"

Biéder J, Bénézech M. (2016) (6)"Au sujet de l'expertise mentale de Maurice Utrillo par Gaëtan Gatian de Clérambault (1921)"

1. La pratique de l'expertise pénale de nos jours en France

Actuellement, en France plusieurs types d'expertises psychiatriques pénales existent (expertise de garde à vue, expertise pénale pré-sentencielle de responsabilisation, expertise pénale post-sentencielle de pré-libération). Elles ont toutes des modalités et des objectifs spécifiques. Dans cette partie nous allons donc détailler ces différents types d'expertises et leurs particularités, ce qui nous amènera à développer les concepts de responsabilité pénale et de dangerosité.

1.1. L'expertise en garde à vue

1.1.1. Définition

La garde à vue est une mesure de privation de liberté, décidée par un Officier de Police Judiciaire, prise à l'encontre d'un individu lorsque celui-ci est suspecté d'avoir commis ou tenté de commettre une infraction. Dans un souci de respect des Droits de l'Homme et selon la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales (CESDH), le suspect conserve un certain nombre de droits dont celui d'être examiné par un médecin (7,8).

L'intervention du médecin en garde à vue est un droit, régi par l'article 63-3 du Code de procédure pénale: « *toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le Procureur de la République*

ou l'Officier de Police Judiciaire » (9). Ce droit peut également être demandé par un tiers pour le compte du gardé à vue (article 63-2 du Code de procédure pénale (CPP))(10), par un avocat (article 63-4 alinéa 4 du CPP) ou sur instruction du Procureur de la République ou sur décision de l'Officier de Police Judiciaire (article 63-3 alinéa 2 du CPP)(9).

1.1.2. Enjeux et Recommandations

Les missions lors d'une intervention d'un médecin en garde à vue sont multiples (8) :

- Mission de protection : le médecin intervient pour garantir l'intégrité et la santé physique et mentale du gardé à vue.
- Mission de type expertal : évaluation de la compatibilité avec une garde à vue et description des lésions éventuelles.
- Mission d'expertise.

Dans la majorité des cas, un médecin est réquisitionné par la justice pour la réalisation d'un examen clinique physique et mental en vue de délivrer un certificat médical attestant une compatibilité ou non du maintien de la garde à vue avec son état de santé (7,8). Les médecins intervenant en garde à vue doivent être inscrits sur une liste établie à l'initiative du Procureur de la République et sont mandatés à tour de rôle. En cas d'existence d'une unité de médecine légale à proximité, celle-ci doit mettre en place les ressources nécessaires pour l'intervention d'un médecin légiste en garde à vue (8). De manière courante, ce sont des médecins généralistes habitués à ce genre d'exercice qui vont examiner le gardé à vue.

Il est recommandé de réaliser l'examen clinique dans les locaux de la garde à vue, étant donné que le médecin doit émettre son avis sur la compatibilité de l'état de santé de l'intéressé avec la mesure et les conditions qu'impose la garde à vue (7). Cet acte médical même si réalisé sur une réquisition judiciaire, doit respecter le Code de déontologie médicale et le secret médical, et doit intervenir dans l'intérêt du patient uniquement (8). Au moindre doute sur une incompatibilité de garde à vue pour des raisons somatiques ou psychiques, il est possible pour le médecin de décider de transférer le patient dans un service d'urgence pour une prise en charge spécialisée (7). Cependant, il existe une grande hétérogénéité des pratiques et des habitudes

d'une ville ou d'un département à un autre pour des raisons de démographie médicale.

La surreprésentation des pathologies psychiatriques en milieu carcéral doit mener le médecin à être très vigilant à l'égard de ces maladies. Au moindre soupçon d'une pathologie psychiatrique décompensée, le médecin peut faire appel à un avis spécialisé (8). L'examen psychiatrique vise à rechercher des signes cliniques pouvant s'inscrire dans un épisode psychiatrique aigu, et pouvant constituer un risque compromettant l'intégrité du gardé à vue ou d'une tierce personne (11). L'existence d'antécédents psychiatriques ou d'une symptomatologie psychiatrique aiguë ne compromettent pas nécessairement la compatibilité avec la garde à vue. En revanche, il est important de souligner que l'atmosphère particulièrement stressante d'une garde à vue, peut entraîner une décompensation ou aggraver le tableau clinique psychiatrique préexistant.

Les contre-indications formelles à un maintien en garde à vue dans des locaux de police sont (8) :

- un risque suicidaire imminent,
- une agitation délirante,
- un état de confusion constituant une urgence vitale.

A l'issue de cet examen clinique, l'audition publique de la Haute Autorité de Santé sur l'expertise psychiatrique pénale, recommande la rédaction d'un certificat se limitant à la réponse à trois questions principales (3,5,Annexe 1):

- La personne présente-t-elle des troubles mentaux ? Dire lesquels ;
- Ces troubles mentaux nécessitent-ils des soins ?
- Selon quelles modalités ?

Ce certificat doit rester strictement factuel et donc ne doit faire état que des symptômes cliniques observés, sans préjuger d'un diagnostic ni faire ressortir les traits de personnalité qui pourraient être utilisés comme argument à charge pour un sujet qui nierait les faits à l'origine de sa garde à vue (5). Il est important de souligner que ce certificat ne constitue en aucun cas une expertise psychiatrique présentencielle et ne doit donc pas statuer sur la responsabilité du gardé à vue (5). Néanmoins, il pourra être utile à l'expert psychiatre au moment de la procédure si celle-ci doit se dérouler plusieurs mois après l'infraction suspectée (5).

De manière très exceptionnelle, la loi rend possible la réalisation d'une expertise psychiatrique pénale dès le stade de la garde à vue, lorsqu'il s'agit d'une procédure de comparution immédiate chez une personne suspectée d'avoir commis un meurtre ou un assassinat d'un mineur, précédé ou accompagné d'un viol, actes de torture ou de barbarie, agressions sexuelles ou proxénétisme à l'égard d'un mineur (8). Dans ce cas très précis, le médecin doit répondre de l'état de responsabilité de l'inculpé et de l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (3,7,11). Au vu des conditions particulièrement stressantes de garde à vue, une grande prudence est de mise car les conclusions peuvent avoir un retentissement pénal grave.

*" Il est de tradition dans les lois de la cité de
laisser la folie étrangère à la justice des hommes."*

Susini M.L, (1991) (13) "Responsabilité et article 64",

1.2. L'expertise pénale pré-sentencielle

1.2.1. Evolution du concept d'irresponsabilité pénale et enjeux de l'expertise pré-sentencielle

1.2.1.1. Evolution du concept d'irresponsabilité pénale

L'irresponsabilité pénale est un concept très ancien. À l'époque du Code babylonien de Hammourabi (1786-1686 av. J.-C.), un individu pouvait être pardonné de son crime si celui-ci pouvait prouver qu'il n'avait pas agi intentionnellement en vertu de l'article 206 : *"Si un homme a frappé un autre homme dans une dispute, et lui a causé une plaie, cet homme jurera : "je ne l'ai pas fait sciemment", et il payera le médecin." (14).*

Au cours de l'Antiquité, le fou reste impuni selon deux grands principes énoncés par Marc-Aurèle (empereur romain et célèbre philosophe stoïcien) et Ulpien (juriste et auteur prolifique dont un grand nombre de textes ont été empruntés pour la réalisation du Digeste de Justinien) : *"le fou est suffisamment puni par sa maladie"* et *"le fou, sans intention, ne peut être coupable"* (15).

Au Moyen-Âge, la description clinique de la folie se résume à des propos ou des comportements incompréhensibles, violents ou inadaptés. Le concept d'irresponsabilité au Moyen-Âge reprend celui du droit romain dans le Digeste (D.1, 18, 14) : *"le dément est assez puni par sa folie même"* (16,17). L'usage de l'expertise mentale par les tribunaux étant quasi-inexistant, c'est le Juge qui établit la preuve d'une folie afin d'irresponsabiliser l'intéressé. Ce sont les précieux témoignages des voisins qui étayaient cette lourde décision car ce sont eux, qui sont le plus à même de décrire les propos et les agissements incohérents de l'intéressé (16,17). Au XIIIe siècle, Jacobus de Arena, juriste et professeur de droit en Italie du Nord, fut un des précurseurs de l'utilisation de l'expertise mentale en faisant appel régulièrement à un médecin pour constater l'état de santé psychique de ses clients, notamment dans la mise en place de mesures de protection (16,17).

En France avant le XIXe siècle, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ayant commis un acte criminel n'étaient pas punissables. Il n'y avait pas de textes de lois énonçant clairement cette position mais cela relevait de pratiques inspirées des travaux sur la théorie de l'aliénation mentale de Philippe Pinel, et plus tard, son élève Jean-Etienne Esquirol, célèbres aliénistes qui avaient une vision dichotomique entre un malade mental irresponsable et relevant de soins psychiatriques, et un criminel responsable et donc punissable (5). Pinel s'appuyait sur le concept que la maladie mentale entrave l'état de conscience et altère le contrôle des actes, provoquant une distorsion de la pensée vis à vis du monde qui l'entoure, le rendant ainsi irresponsable : *"Ces aliénés sont loin d'être des coupables qu'il faut punir, ce sont des malades dont l'état mental mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante. Les aliénés qui jusqu'alors ont été traités beaucoup plus en ennemis de la sécurité publique qu'en créatures déchues, dignes de pitié, doivent être soignés dans des asiles spéciaux"*.

C'est en 1810 qu'apparaît dans le Code napoléonien la notion d'irresponsabilité dans l'article 64 : *"il n'y a ni crime ni délit lorsqu'un individu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister"* (18). En 1838, la loi d'internement portée par Esquirol et Falret, répond à l'article 64, en mettant en place le placement d'office afin que le "dément" irresponsabilisé, puisse être soigné dans des asiles prévus à cet effet. Très critiqué par ses pairs pour la simplicité de la définition clinique de la maladie mentale, l'article 64 fut modifié par la circulaire Chaumié de 1905 en pondérant la dichotomie "malade-criminel" et en introduisant le concept "d'altération du discernement" : *« à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelles mesures l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé »* (19). C'est ainsi qu'apparaît une nouvelle catégorie de criminels malades mentaux : *"les criminels anormaux mentaux non irresponsables"* (19).

1.2.1.2. Le concept d'irresponsabilité pénale de nos jours

De nos jours, l'irresponsabilité s'appuie dans le Code pénal (CP) de 1994 sur l'article 121-3 selon lequel "*il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre*"(20) . Celui-ci s'inspire des pensées philosophiques moralistes de Kant dans son ouvrage *La critique de la raison pratique*, où il argumente qu'une action morale est une action dictée par la raison et non pas par nos pulsions. La morale n'est pas une forme de sujétion sociale, venue de l'extérieur. Elle nécessite l'autonomie intrinsèque d'un sujet fondamentalement libre et sans cette autonomie, il n'y a plus de morale donc plus de responsabilité (19). Les exclusions de la faute sont alors envisagées dans le droit pénal français selon deux types de causes (3) :

- Causes objectives d'irresponsabilité
 - Justification fondée sur une injonction
 - Ordre donné par un texte
 - Ordre provenant de l'autorité légitime
 - Justification fondée sur une permission
 - Permission fondée sur la légitime défense
 - Permission fondée sur l'état de nécessité
 - Lois et coutumes
- Causes subjectives d'irresponsabilité
 - Cause présumée : minorité
 - Mineurs de moins de 13 ans irréfablement irresponsables
 - Mineurs de plus de 13 ans: présomption d'irresponsabilité
 - Causes non présumées
 - Erreur : absence de connaissance
 - Contrainte : absence de liberté
 - Trouble mental : absence de discernement

L'irresponsabilité pénale n'est donc acquise que quand il existe une "absence de discernement" ou "abolition du discernement" en rapport avec un trouble mental identifié et renvoie à l'alinéa 1 de l'article 122-1 du CP : "*N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes*"(21). En France, comme dans bon nombre de pays occidentaux, il n'y a aucune

nosographie de l'abolition du discernement donc, aucune maladie ne peut être considérée comme "irresponsabilisante" (3). En revanche, une pathologie est une condition nécessaire et indispensable pour justifier le prononcé d'une irresponsabilité. Un débordement émotionnel comme dans le cas d'homicides passionnels n'est qu'un facteur explicatif mais n'est pas irresponsabilisant. Il est cependant reconnu que certaines maladies mentales sont beaucoup plus à risque de passage à l'acte lors des épisodes aigus (par exemple : les schizophrénies, les états dépressifs avec caractéristiques psychotiques ou les états confusionnels sévères), faisant référence à la dangerosité psychiatrique, point que nous aborderons plus bas.

La notion "d'altération du jugement" apparaît dans l'alinéa 2 : *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. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime commis de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine.*" (21).

Nous constatons ainsi une lente évolution depuis deux siècles des dénominations dans les textes de lois. Le mot "démence", terme générique et synonyme d'aliénation mentale popularisé par Georget (22), renvoie aujourd'hui à un groupe de pathologies se caractérisant par un processus de dégénérescence neurologique altérant progressivement les fonctions intellectuelles fondamentales et qui désintègre les conduites sociales. Celui-ci se voit remplacé par "anomalie mentale" puis par "trouble psychique et neuropsychique", un flou terminologique volontairement utilisé pour ne pas s'enfermer dans des maladies identifiées (23). De plus, la vision dichotomique des aliénistes disparaît, laissant place à une graduation de l'intensité des troubles avec l'apparition des notions d'abolition ou altération du discernement, revenant à rendre une partie de leur responsabilité aux personnes souffrant de troubles mentaux.

1.2.1.3. Enjeux de l'expertise pénale pré-sentencielle

En droit pénal, la responsabilité repose sur deux éléments capitaux :

- L'élément matériel du crime (ou culpabilité) c'est à dire que l'infraction doit être matérialisée par un acte, nécessaire mais insuffisant pour être reconnu responsable pénalement.

- L'élément moral du crime (ou imputabilité) c'est à dire une volonté intrinsèque et consciente de commettre l'acte.

La mission cardinale de l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle est d'évaluer la responsabilité de l'individu au moment de l'acte. L'expert doit apprécier l'état psychique de l'individu en analysant son système de raisonnement et de logique au moment des faits. En d'autres termes, l'expertise va statuer sur le discernement de l'individu qui s'entend comme la capacité à apprécier avec intelligence, justesse et libre arbitre une situation. Ainsi, la personne déclarée responsable doit avoir compris l'acte qu'elle a commis et qu'elle était en train de commettre un écart de conduite au moment des faits. L'individu discernant serait donc celui qui se serait rendu compte de la valeur juridique et morale du fait dolosif (24). Un sujet souffrant d'un trouble psychotique peut avoir commis un crime porté par une idée délirante mais tout en ayant conscience de l'interdit pénal que représente son acte.

L'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle se prononce donc sur cet état de conscience globale de l'individu en concluant à sa responsabilité pénale, à une atténuation voire à une irresponsabilité pénale comme définie par l'article 122-1 du CP.

Une autre dimension importante qui doit être examinée est celle de la dangerosité, notion sur laquelle nous nous attarderons plus bas dans ce travail.

1.2.2. Modalités et particularités de l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle

1.2.2.1. Cadre légal

La loi donne la faculté aux magistrats de prononcer une mesure d'expertise dans un cadre bien défini. Selon l'article 156 du CPP (25), l'expertise psychiatrique

pénale pré-sentencielle *peut être* demandée par toute juridiction d'instruction ou de jugement. Le magistrat apprécie souverainement l'opportunité d'une telle mesure. Celle-ci peut également être demandée par les parties, le Ministère public, ou sur ordonnance mais le juge se garde la possibilité de ne pas faire droit à cette demande en le justifiant (3). Il existe cependant un certain nombre de situations où le recours à une expertise est imposé au magistrat :

- Si les conclusions du jugement s'orientent vers le prononcé d'une irresponsabilité au sens de l'article 122-1 (article 167-1 du CPP) (26).

- Certaines infractions pour lesquelles une expertise est indispensable avant tout jugement de fond notamment pour déterminer l'opportunité d'une injonction de soins. L'article 706-47 du CPP (12) cible notamment les affaires les plus graves ou complexes : "*meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie*" mais aussi les "*crimes de tortures ou d'actes de barbarie et meurtres ou assassinats commis en état de récidive*".

1.2.2.2. Désignation de l'expert

En France, le magistrat désigne l'expert de son choix conformément aux dispositions de l'article 159 du CPP. En principe, la mission est confiée à un expert inscrit sur une liste d'experts judiciaires : "*les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent sur la liste nationale dressée par la Cour de cassation ou sur une des listes dressées par la cour d'appel ...*" (article 157 alinéas 1er CPP) (27). Cependant, il est prévu la possibilité de nommer, "à titre exceptionnel", un médecin non inscrit sur les listes (article 157 alinéa 2 du CPP) (27). Cette situation peut se présenter en cas d'indisponibilité des experts inscrits ou lorsqu'il s'agit d'un domaine de spécialité particulier, pour lequel le recours à un professionnel reconnu pour ses compétences et son expertise s'avère opportun. L'unicité d'un expert est la situation la plus fréquemment rencontrée. En revanche, l'article 159 du CPP prévoit que "*Si les circonstances le justifient, plusieurs experts peuvent être désignés*"(28) sans toutefois donner plus de précisions quant aux circonstances énoncées.

1.2.2.3. Contenu de l'expertise

Lorsqu'il évalue la responsabilité d'un mis en examen, l'expert psychiatre doit répondre à huit questions généralement posées par le juge d'instruction (5,Annexe 2):

- L'examen du sujet révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiatriques ? Dans l'affirmative, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

- L'infraction qui lui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies?

- Le sujet présente-t-il un état dangereux pour lui même ou pour autrui ?

- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?

- Le sujet est-il curable ou réadaptable ?

- Le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (au sens de l'art. 122-1 al. 1 du CP), soit altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes (au sens de l'article 122-1 al 2. du CP) ?

- le sujet doit-il faire l'objet d'un suivi spécialisé ou d'un traitement spécifique nécessité par son état ?

- une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire est-elle opportune ?

Le travail de l'expert psychiatre est donc décomposé en deux parties :

- La première partie a pour but de rechercher l'existence d'un diagnostic psychiatrique au moment des faits selon les connaissances médicales actuelles.

- La seconde partie plus médico-légale, cherche à répondre à des questions judiciaires telles que l'évaluation de la dangerosité et la capacité pénale (14). Cette partie est plus complexe car basée sur un savoir moins spécifique au monde psychiatrique et surtout moins formalisé car les experts psychiatres n'ont pas l'obligation de suivre une formation initiale spécialisée, ni une formation médicale continue dans ce domaine.

*"Avait-on besoin d'un psychiatre pour s'en apercevoir ? Non.
Mais le juge avait besoin de ce psychiatre pour se rassurer.
Rien de mieux contre l'angoisse de juger."*

Michel Foucault, (1994) (29) "l'angoisse de juger",

1.3. L'expertise post-sentencielle de pré-libération

Au cours des années 90, l'émergence des préoccupations portant sur les auteurs de violences sexuelles et leur risque de récidive, va provoquer une inflation législative progressive pour faciliter l'aiguillage judiciaire pour la gestion du risque criminel (30). La création d'une loi relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs en 1998 (31), va faire naître une nouvelle forme d'expertise appelée expertise post-sentencielle de pré-libération. Le magistrat a été autorisé à faire appel à un spécialiste concernant les crimes sexuels et les cas de grande criminalité à toutes les étapes du parcours pénal, et notamment avant la libération d'un condamné. Par extension, cette brèche va permettre aux magistrats de demander l'avis du psychiatre pour la majeure partie des troubles du comportement et sur l'opportunité de mise en place de mesures de sûreté à la sortie d'un condamné d'un établissement pénitentiaire. La loi du 12 décembre 2005 sera la première à faire référence explicitement au concept de "dangerosité" et à l'utilisation d'une expertise post-sentencielle.

1.3.1. Le concept de dangerosité et les enjeux de l'expertise pré-sentencielle

1.3.1.1. Le concept de dangerosité

1.3.1.1.1. Une définition complexe

Le travail de l'expert psychiatre était auparavant uniquement centré sur l'évaluation de la responsabilité d'un criminel. Il devait déterminer si celui-ci devait bénéficier de soins plutôt que d'une peine. Comme nous venons de le voir, les missions de l'expert se sont multipliées, diversifiées et complexifiées puisqu'on lui demande désormais de se prononcer aussi sur l'état de dangerosité d'un individu afin d'adapter sa peine.

Le concept de dangerosité est une notion ancienne, qui a évolué au cours des siècles avec en trame de fond un souci politique de l'ordre public et de protection sociale. Ce concept est aujourd'hui au centre de la politique pénale et de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale. Il est difficile à appréhender même s'il a été théorisé à de multiples reprises. La définition de la dangerosité a évolué au cours du temps, des lieux, des courants de pensées, et suscite toujours les débats. Debuyst en 1984 proposait la définition suivante: "*la dangerosité est la probabilité que présente un individu de commettre une infraction contre les biens ou les personnes*"(32). Benezech et al. ont défini la dangerosité comme "*un état, une situation ou une action dans lesquelles une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction*" (33). Pour Archer, "*la dangerosité, ce n'est rien d'autre que la probabilité, estimée avec plus ou moins de rigueur, jamais égale à l'unité, mais jamais nulle, pour un sujet plus ou moins malade mental, d'accomplir dans une unité de temps plus ou moins longue, dans des contextes plus ou moins propices, impossibles à prévoir, une agression plus ou moins grave.*" (34). Autant d'auteurs que de définitions mais un assentiment partagé : le risque zéro n'existe pas.

Actuellement, c'est le rapport Burgelin de 2005 (35) qui fait le plus souvent consensus auprès des experts et fait la distinction entre une dangerosité psychiatrique, c'est-à-dire la manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale, et une dangerosité criminologique c'est à dire un phénomène psycho-social caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens.

1.3.1.1.2. La dangerosité psychiatrique

Le concept de dangerosité "du fou", donc de dangerosité psychiatrique, existait déjà au temps de l'Antiquité romaine. Comme nous l'avons vu plus tôt, "le fou" restait impuni car il était suffisamment puni par sa maladie et parce que "le fou", sans intention, ne pouvait être coupable. Cependant il existait des mesures complémentaires en cas de dangerosité du "furieux" afin de protéger les citoyens et préserver l'ordre public. Le "furieux" pouvait être enfermé dans sa propre maison sous la surveillance de sa famille ou bien avoir des mesures de sécurité plus draconiennes telles qu'une garde diligente, ou l'enchaînement (36). En France, sous

l'Ancien Régime, en vertu du maintien de l'ordre public, une décision d'incarcération ne relevait par forcément de la Justice mais pouvait également être prononcée par le Roi ou la police pour une durée "indéterminée". Ce n'est qu'à partir de la Circulaire Breteuil (mars 1784) que le temps d'incarcération fut décidé en fonction du caractère de l'infraction (37).

Au début du XIXe siècle, les aliénistes de l'époque tentent une première modélisation du concept de dangerosité en s'intéressant au lien entre crime et trouble mental. Pour Pinel, les aliénés ont besoin de soins, quelque soit l'acte commis, celui-ci pouvant être la seule expression de sa maladie mentale : "*loin d'être des coupables qu'il faut punir, ce sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante*" (4). Parmi les catégories nosographiques de l'époque, le passage à l'acte criminel est un symptôme, catégorisé par la monomanie homicide : "*délire partiel caractérisé par une impulsion plus ou moins violente ou meurtre*" (4), installant ainsi insidieusement "le mythe fondateur de la psychiatrie : la dangerosité du malade mental" (38). Parallèlement, l'article 64 du Code pénal de 1810 introduit le concept d'irresponsabilité et sort "hors du droit" et "exclu du jeu social" (38) le malade mental criminel. La loi d'internement du 30 juin 1838 qui prévoit l'internement des malades mentaux irresponsabilisés en placement d'office, solidifiera ce mythe puisque l'asile deviendra alors une mesure coercitive à l'instar de la prison, qui permettra de protéger la société des agissements criminels intolérables des "fous".

Quelques années plus tard, c'est le mouvement positiviste italien, mené par Lombroso, qui reprend le concept de dangerosité. Dans son ouvrage *L'Homme criminel*, Lombroso décrit le "*criminel né*" chez lequel l'intention criminelle est inscrite dans sa nature. Le libre arbitre n'existe pas, tout acte commis résulterait uniquement de l'entremêlement entre des dispositions intrinsèques personnelles (traits anatomiques, psychologiques, sociaux...) et des situations extérieures criminogènes en se désintéressant de l'intention morale : c'est la théorie du déterminisme dans le comportement criminel (39). La société se doit donc de traquer et d'annihiler ces individus dangereux.

Par la suite, l'essor de la psychanalyse va permettre d'aborder les maladies mentales ainsi que les processus criminels (notamment sexuels) sous un angle différent, et de tempérer les idéologies trop rigides du mouvement positiviste. En

effet, un crime ne serait plus l'expression d'un déterminisme héréditaire mais plutôt l'expression secondaire de traumatismes infantiles refoulés (4).

À partir de la deuxième partie du XXe siècle, l'initiation du modèle ambulatoire hospitalier et le mouvement de désinstitutionalisation avaient pour but de soustraire les patients aux effets nocifs des institutions asilaires et leur permettre une réintégration sociale. Malheureusement, à la fin du XXe siècle, une montée de l'anxiété sécuritaire et une diminution du seuil de tolérance de la violence aura pour effet une réaction de défense par la stigmatisation de groupes sociaux, notamment les patients souffrant d'un trouble psychiatrique. Le criminel est considéré par l'opinion publique comme un "fou dangereux" ou un "malade mental", renforcé par un battage médiatique et politique axé sur l'émotionnel. La vulgarisation de termes et concepts psychiatriques va créer une distorsion cognitive majeure au sein de la société vis-à-vis de la schizophrénie, et le sentiment de peur, d'incompréhension et d'imprévisibilité qu'elle provoque. Cet amalgame entre "crime", "dangerosité" et "folie" va entraîner la nécessité impérieuse d'une distinction entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique (40), ce qu'a fait le rapport Burgelin en 2005 (35).

1.3.1.2. Enjeux de l'expertise post-sentencielle : évaluation de la récidive et mesure de sûreté

La préoccupation sécuritaire croissante s'accompagne d'un millefeuille de lois faisant mention de la dangerosité, en renforçant la lutte contre la récidive d'infractions pénales. La conséquence est une augmentation considérable du nombre de situations où le magistrat peut ou doit faire appel à un expert psychiatre pour la réalisation d'une expertise psychiatrique post-sentencielle de pré-libération : la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, instaurant des peines plancher pour les récidivistes, et la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

La mission de l'expertise psychiatrique pénale post-sentencielle de pré-libération est l'évaluation de la dangerosité et l'appréciation du risque de récidive d'un condamné à la sortie de l'établissement pénitentiaire, dans le but d'évaluer la nécessité de soins pénalement ordonnés ou de mesures de sûreté qui s'ajoutent à la peine. C'est désormais une mission médico-légale qui est confiée à l'expert

psychiatre et prend une part de plus en plus importante dans le champ de la pratique expertale, avec en toile de fond, la défense sociale. Une mesure de sûreté ne répond plus de la culpabilité du condamné mais est prononcée au titre d'une dangerosité présumée de la personne avec une finalité de prévention secondaire. Une mesure de sûreté correspond à une mesure privative ou restrictive de liberté ou de droit, qui a essentiellement pour but d'empêcher la commission d'une nouvelle infraction. Tandis qu'une peine s'attache uniquement à la commission de l'infraction, une mesure de sûreté peut être prononcée indépendamment d'une condamnation, ou bien lors de l'aménagement de l'exécution d'une peine pour neutraliser un "état dangereux".

Les mesures de sûreté voient le jour grâce aux lois du 13 décembre 2005 concernant la récidive des infractions pénales, et du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale. Les mesures de sûreté sont de trois natures (3,41) :

- La Surveillance Judiciaire de Personnes Dangereuses (SJPD) qui, comme son nom l'indique, permet de surveiller les condamnés considérés comme dangereux, après leur libération. Cette mesure de sûreté n'est applicable qu'aux condamnés à une peine privative de liberté égale ou supérieure à sept ans du chef d'une infraction pour laquelle un suivi socio-judiciaire est encouru. Une SJPD peut comporter l'obligation d'assignation à domicile, une interdiction de lieu ou de territoire, l'interdiction de fréquenter certains condamnés, un placement sous surveillance électronique, mais aussi une injonction de soins s'il est établi que la personne puisse être susceptible d'être l'objet d'un traitement... La SJPD ne peut pas excéder la durée totale des réductions de peines, obtenue pendant l'incarcération.

- Le placement sous surveillance de sûreté est prononcé à l'encontre des personnes condamnées pour assassinat, meurtre, torture ou actes de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration commis sur un mineur ou sur un majeur si le crime est aggravé, y compris en cas de récidive. Une surveillance de sûreté correspond aux mêmes obligations que pour une SJPD, à la différence que les obligations peuvent être prolongées de deux ans, renouvelables indéfiniment. De plus, si les obligations ne sont pas respectées, le président de la juridiction régionale peut ordonner en urgence son placement provisoire dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté.

- La rétention de sûreté correspond à un placement dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté où des soins médicaux peuvent être proposés. Une mesure de rétention de sûreté ne peut s'appliquer que si la peine prononcée est égale

ou supérieure à quinze ans de réclusion criminelle, que si cette condamnation porte sur les crimes les plus graves (assassinat, meurtre, crimes sur mineurs, viol, enlèvement et séquestration) et si, à l'issue de sa peine, le condamné présente un niveau de dangerosité et un risque de récidive considéré comme très élevé. Il faut également que les autres mesures de sûreté et obligations soient insuffisantes et que la rétention de sûreté soit l'unique moyen de prévenir la commission d'une nouvelle infraction. La rétention de sûreté n'est pas applicable en cas de libération conditionnelle.

1.3.2. Modalité et particularité de l'expertise pénale post-sentencielle

1.3.2.1. Cadre légal

Le Tribunal d'Application des Peines (TAP) est, selon l'article 712-7 du CPP (42), une autorité qualifiée concernant la permission de sortir, la libération conditionnelle, la mise en semi-liberté ou encore le fractionnement ou la suspension de peine (34). Le TAP peut être saisi par le Procureur de la République, par le condamné, ou par le Juge d'Application des Peines (JAP) quand celui-ci l'estime justifié dans le cas de situations complexes. Par contre, contrairement au TAP, le JAP est en mesure de s'autosaisir car il est en lien direct avec le condamné et peut demander de lui-même la réalisation d'une expertise de pré-libération. Selon l'article 712-21 du CPP, aucune mesure d'aménagement de peine ne peut être décidée sans expertise psychiatrique préalable, notamment pour les détenus condamnés pour meurtre ou assassinat accompagnés de violences sexuelles, les actes de tortures et barbarie perpétrés à l'encontre d'un mineur et pour toutes infractions à caractère sexuel sur mineur. Cet examen psychiatrique s'impose également pour l'évaluation concernant l'opportunité d'une surveillance judiciaire de personnes dangereuses, condamnées pour crime ou délit (article 723-31 du CPP)(43), ou pour l'évaluation de l'opportunité de la mise sous surveillance électronique si l'expertise conclut au caractère de dangerosité du condamné (article 131-36-10 du CP)(44).

1.3.2.2. Contenu de l'expertise post-sentencielle.

L'expertise post-sentencielle de pré-libération doit donc répondre à six questions posées par le Juge d'application des peines (5):

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

L'expertise post-sentencielle de pré-libération a donc pour mission d'évaluer le niveau de dangerosité et le risque de récidive d'un condamné. Ce n'est donc plus une mission de "diagnostic" d'une pathologie mentale décompensée pouvant faire lever l'état de responsabilité, mais d'une mission de "pronostic" quant à la dangerosité, en se projetant vers un futur incertain. Cette nouvelle mission introduit donc une dimension temporelle à l'expertise (45) et demande à l'expert d'évaluer l'évolution du condamné depuis l'ouverture du dossier pénal jusqu'à la libération, contrairement à l'expertise pré-sentencielle où l'expert évalue l'état mental *au moment des faits*. L'expert entreprend donc une étude longitudinale et diachronique (5) du condamné, très souvent exempt de tout trouble mental caractérisé, en analysant l'évolution de l'état psychique et de sa personnalité en détention. Un des points centraux est l'évaluation de la conscience de la gravité des faits qui ont mené à son incarcération, même si, comme nous le verrons plus tard, il ne s'agit pas forcément d'un marqueur déterminant un risque de récidive. L'expert doit également accorder une attention toute particulière à l'engagement du détenu dans une prise en charge psychothérapeutique, dans les ateliers éducatifs et professionnels à sa disposition en prison, et au maintien des liens avec l'extérieur (liens familiaux, sociaux et professionnels) (3).

1.3.3. Centre National d'Evaluation

Les Centres Nationaux d'Evaluation (CNE) sont des dispositifs de l'administration pénitentiaire permettant l'évaluation des détenus. Ces services, au nombre de trois en France (Fresnes, Réau, Lille-Loos-Sequedin), permettent la réalisation de deux types d'évaluations :

- Evaluation de la personnalité de certains condamnés afin d'adapter la prise en charge dans leur parcours carcéral.

- Evaluation de la dangerosité, obligatoire dans le cas de libérations conditionnelles de condamnations à certaines peines : réclusion à perpétuité, peine \geq à 15 ans si l'infraction fait encourir une peine de suivi socio-judiciaire ou \geq à 10 ans si l'infraction fait encourir une mesure de rétention de sûreté (article 730-2 du CPP) (46). L'évaluation de la dangerosité peut également être réalisée pour tout autre individu pour qui le ministère de la Justice ordonne de le faire.

Cette évaluation est conduite sur saisine de l'autorité judiciaire et/ou sur ordonnance des Commissions Pluridisciplinaires de Sûreté. Elle s'étale sur une période de six semaines et est menée par une équipe pluridisciplinaire organisée en quatre pôles : pôles de surveillance, d'insertion et de probation, psychotechnique et psychologique clinique. Au sein du CNE, c'est le psychologue qui a la charge d'évaluer la personnalité du détenu au travers d'entretiens cliniques et de tests. La synthèse est ensuite adressée à l'autorité judiciaire ayant ordonnée le placement au sein du CNE, et n'est pas communicable par l'administration pénitentiaire à la personne détenue (47).

*"On juge du degré de civilisation d'une société
à la façon dont elle traite ses fous"*

Lucien Bonnafé (1991) (48)

Désaliéner : Folie(s) et société(s)

2. Débats actuels autour de la pratique de l'expertise pénale en France

Les experts nationaux et internationaux sont quasi unanimes : « *le système de l'expertise pénale en France est en souffrance* » (5). Le "symptôme" révélateur de ce système en souffrance est la surreprésentation des malades mentaux dans la population pénale. Comme le rappelait la HAS dans son audition publique sur l'expertise pénale en janvier 2007 : "*l'expertise remplit de moins en moins son rôle de filtre visant à repérer les malades afin de leur donner des soins appropriés*" (5). Cette problématique n'est pourtant pas nouvelle. Dès la moitié du XIXe siècle, de nombreux auteurs à l'instar de Baillarger dans sa "Note sur la fréquence de la folie chez les prisonniers" en 1844, signalaient la situation des détenus présentant des troubles psychiatriques (49). À la demande de la Direction Générale de la santé, une étude épidémiologique a été conduite entre 2003 et 2004 par Falissard et Rouillon afin de déterminer la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes incarcérées. Dans cette étude longitudinale, transversale et multicentrique sur 23 établissements pénitentiaires français, les auteurs ont mis en lumière que 7 femmes sur 10 et 8 hommes sur 10 présentaient au moins un trouble psychiatrique, la majorité cumulant plusieurs troubles. Parmi eux, un quart souffrait de troubles psychotiques et 35 à 42% de tous les détenus étaient considérés par les auteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades (selon l'échelle de gravité CGI) (50). Certains de ces chiffres, relativement élevés, ont cependant fait l'objet de nombreux débats. En effet, dans une méta-analyse publiée dans The Lancet en 2002, Fazel et Danesh ont sélectionnés 62 publications internationales sur 22790 détenus de 12 pays occidentaux. Les chiffres, plus modestes, retrouvaient 4% de psychoses chroniques ainsi qu'entre 10 et 12% de troubles dépressifs caractérisés, hommes et femmes confondus (49,51).

D'autre part, un autre "symptôme" de cette souffrance est la diminution importante de la démographie des experts dont le nombre est passé de 800 à 500 en quelques années (52). Pour reprendre les mots, au mieux visionnaires, au pire prémonitoires, d'André Lacassagne (médecin légiste et médecin expert auprès des tribunaux) en 1892 : *"le rôle de l'expert devient de plus en plus prédominant (et pourtant) presque partout ce sont des novices qui sont experts, alors que les praticiens distingués et exercés (...) fuient les expertises et les ennuis qu'elles occasionnent"* (53).

De nos jours, ce sont également les jeunes psychiatres qui fuient la pratique expertale (5).

Ainsi, les experts français clament depuis de très nombreuses années la nécessité d'une refonte du système de l'expertise psychiatrique pénale du fait de plusieurs points problématiques que nous allons exposer ici.

2.1. Un système à l'organisation indécise

2.1.1. La problématique de la formation initiale et continue des experts

On ne peut que constater le manque de cours ciblés sur les expertises psychiatriques et la clinique criminologique durant l'internat de psychiatrie, ne permettant pas la création de vocations chez les futurs psychiatres. On peut par conséquent tout à fait comprendre les réticences de certains à se plonger dans le monde de l'expertise pénale, sans formation robuste, ni compagnonnage (5,54). L'apprentissage d'une rigueur clinique médico-légale et des spécificités techniques de l'expertise, ne peut pas et ne doit pas se contenter d'un apprentissage "sur le tas".

Comme le rappelle la HAS dans son audition publique de 2007 (5), l'expert judiciaire a besoin d'un arsenal de compétences qui vient s'ajouter à une base déjà solide de connaissances en psychiatrie générale. Parmi les connaissances nécessaires nous pouvons citer (5):

- des connaissances de clinique criminologique
- des connaissances en droit pénal et sur l'articulation des procédures pénales
- des connaissances sur le Code de déontologie de l'expertise
- des compétences dans le domaine rédactionnel et l'éloquence : l'exposé du "sachant" a un intérêt pédagogique. En effet, une expertise s'adresse à des profanes et doit donc être suffisamment claire et compréhensible par tout le monde. De plus,

la spécificité de l'expertise pénale se trouve dans la défense du rapport en Cour d'Assises, au travers du principe de l'oralité des débats c'est à dire que l'expert explique son rapport aux différents intervenants du procès sans le lire spécifiquement. Cela permet une meilleure communication entre les acteurs mais demande des capacités d'écoute, d'adaptation et de pédagogie.

Malgré l'existence de Diplôme Universitaire (DU) et de Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de psychiatrie criminelle de grandes qualités en France, l'enseignement de la pratique expertale n'est pas règlementé et l'Etat ne peut pas contrôler le contenu des formations ni les organismes qui peuvent les dispenser (55).

En octobre 2006, Jean Paul Garraud (ancien député de la Gironde et ancien magistrat) dépose son rapport au Premier Ministre : "Réponse à la dangerosité" (56). Il y appelle à la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de psychiatrie, spécialisé dans la psychiatrie médico-légale pour compléter les DU et DIU déjà existants. Aujourd'hui, et malgré la réforme du troisième cycle des études médicales en 2017, l'option "psychiatrie légale" n'existe toujours pas pour les internes voulant se sur-spécialiser dans ce domaine. Dans ce rapport, Garraud appelle également à la création d'une "école de formation d'experts" qui, sous la responsabilité du Ministère de la Justice, dispenserait des enseignements sur l'expertise psychiatrique pénale et viserait à *"créer une culture de complémentarité entre les deux disciplines ainsi qu'une synergie avec la formation des enquêteurs et des magistrats"* (56). Ce type de structure permettrait également de favoriser le développement de la recherche appliquée et fondamentale, actuellement très pauvre. A ce titre, en 2019, la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) a publié un appel à projet de recherche sur les soins et l'offre des soins, dont la psychiatrie fait partie des objectifs prioritaires (57).

Une formation initiale et continue, robuste et harmonisée en psychiatrie médico-légale, contrôlée par une entité étatique, permettrait de s'assurer de la maîtrise de la clinique criminelle et de la technique expertale, de la connaissance de l'articulation médico-judiciaire ainsi que la connaissance des avancées dans le domaine pénal. Non mentionné dans ce rapport mais évoqué dans l'audition publique de la HAS en 2007 (5), il paraît tout aussi indispensable de faire la promotion du tutorat, permettant d'associer un expert confirmé avec un expert en formation qui pourrait bénéficier des connaissances théoriques et pratiques de celui-ci.

Enfin comme le disait Garraud dans son rapport (56) et la HAS dans son audition publique de 2007 (5), il semble également important de promouvoir l'interdisciplinarité en organisant des formations conjointes et développer un langage commun entre les professionnels du monde de la Santé et de la Justice (53). En effet, la maîtrise de notions psychiatriques, la parution de nouvelles recommandations et l'évolution de la recherche médicale, nécessiteraient une mise au point régulière afin d'améliorer le parcours médico-judiciaire de l'individu et de garantir la confiance et la qualité des relations entre acteurs judiciaires. De plus, des échanges ouverts d'expériences ou d'idées entre les différentes disciplines favoriseraient l'émergence d'idées de recherche, l'élaboration de recommandations et l'amélioration de la prise en charge médico-judiciaire.

2.1.2. Une augmentation du nombre et la complexification des expertises pénales

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le pouvoir législatif a augmenté de manière très significative le nombre de situations où le magistrat peut ou doit faire appel à un expert (5). Cette augmentation se fait essentiellement aux dépens de l'expertise post-sentencielle d'évaluation de la dangerosité, un exercice complexe qui se détourne de la mission cardinale de l'expertise psychiatrique, qui était de rechercher l'existence d'un diagnostic de trouble mental et d'établir un rapport entre ce trouble et le passage à l'acte criminel. L'expertise psychiatrique pénale passe du rôle de filtre de santé mentale au rôle de défenseur de la société et, comme le dit très élégamment Robert Badinter : "*On quitte la réalité des faits pour la plasticité des hypothèses*" (58).

2.1.3. La problématique financière

Le praticien chargé d'une mission d'expertise, perçoit une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé par la loi dans le cadre de frais de justice ainsi qu'une indemnité journalière si convocation à l'audience. Les experts clament depuis plusieurs années l'insuffisance de la rémunération des expertises (5,59,60). En effet, malgré une revalorisation en 2008, elle peut être considérée comme faible si l'on considère la complexité et le caractère particulièrement chronophage de certaines

expertises (55). La rémunération peut également être considérée comme faible quand on sait qu'elle est deux fois inférieure à la rémunération des expertises civiles (52) et trois à quatre fois moindre à celle d'autres pays européens (59). S'ajoute un délai de paiement long, pouvant parfois s'effectuer plusieurs mois voire années en retard (52).

En 2013, c'est au tour du Sénat d'attirer l'attention du Garde des Sceaux sur la faible rémunération des expertises pénales. La Sénatrice, Madame Virginie Klès, ciblait cette cause comme à l'origine du défaut d'attractivité de la pratique expertale et de la chute du nombre d'experts en quelques années (de 800 à 500) (52). Le Sénat s'inquiétait déjà à l'époque que cette baisse démographique entrainerait des retentissements sur la procédure pénale et de "*l'atteinte au droit des judiciaires à un procès équitable*" (52).

Malgré tout cela, en octobre 2018, l'Assemblée Nationale a voté un amendement au projet de loi de financement de la Sécurité Sociale de 2019, excluant les experts judiciaires (médecins et psychologues) du statut de Collaborateur Occasionnel du Service Public (COSP) permettant leur affiliation au régime général (61). L'objectif du gouvernement étant d'imposer un statut libéral à l'ensemble des experts. Cette décision a provoqué une forte réaction de la part des praticiens hospitaliers, qui représentent une grande majorité des experts, puisque ce changement de régime implique une majoration des charges sociales sans revalorisation à la hausse de l'acte.

Finalement, en mai 2019, le gouvernement est revenu sur sa décision via un décret en réintégrant les praticiens hospitaliers dans la catégorie COSP (62) mais en omettant la revalorisation du travail de ceux-ci. Un retour à la case départ.

2.2. Un système aux contours hésitants

La HAS dans son audition publique de 2007 (5) rappelle que les "querelles d'experts" en Cour d'Assises portent plus sur l'interprétation médico-légale que sur le diagnostic psychiatrique. Ces querelles ne sont pas anodines et soulignent trois problématiques :

- Des connaissances trop disparates en criminologie clinique, rendant les interprétations psycho-criminologiques hétérogènes.

- Un manque de consensus entre experts concernant les notions d'abolition et d'altération du discernement, et la place du crime dans le processus psychopathologique.

- Un manque de clarté de l'article 122-1 du CP et la distinction entre abolition et altération.

De ces problématiques émergent plusieurs évolutions possibles. La première possibilité rejoint l'idée de l'harmonisation de la formation en criminologie psychiatrique. La deuxième rejoint celle de la nécessité d'élaboration de recommandations de bonne pratique et d'un consensus clinique clair autour des concepts d'abolition et d'altération du discernement. La troisième questionne la possibilité d'une réécriture de l'article 122-1 du CP.

Nous avons déjà abordé la problématique liée à la formation des experts. Nous allons donc approfondir les difficultés liées à l'absence de recommandations de bonne pratique et les critiques actuelles de l'article 122-1 du CP afin de mieux comprendre les limites actuelles de la pratique expertale en France.

2.2.1. L'absence de recommandations de bonne pratique

En l'absence de recommandations de bonne pratique, on constate actuellement une disparité dans les conclusions et la pratique des experts. Les querelles des experts aux tribunaux se situent au niveau de la discussion médico-légale, c'est à dire le lien entre la maladie et l'infraction, et non pas autour du diagnostic. A quelques exceptions près, les experts s'appuient sur le Diagnostic and Statistical of Mental Disorders 5 (DSM-5), un ouvrage de référence décrivant et classifiant les troubles mentaux pour poser un diagnostic. En revanche, comme nous le disions plus haut, il n'existe pas de nosographie ni de consensus clinique "irresponsabilisant". Pourtant, la préméditation définie comme le "*dessein formé avant l'action, de commettre un crime ou un délit déterminé*" (article 132-72 du CP)(63), est-elle possible pour un psychotique ? Un thème délirant est-il plus irresponsabilisant qu'un autre ? L'injonction hallucinatoire fait-elle perdre la notion d'interdit pénal ? Tout cela laisse place aux variations théoriques, philosophiques et cliniques entre experts.

D'autre part, les pratiques varient beaucoup d'un expert à l'autre. Par exemple, la durée d'un entretien peut varier selon l'expert mais elle peut également

varier selon le type de mission et le caractère de l'infraction. Comme en témoigne un rapport d'information du Sénat en 2010 : « *le temps passé avec un inculpé pour l'évaluation de sa responsabilité ne dépasse pas quatre heures dans le cadre d'affaires criminelles et seulement un quart d'heure dans la cadre d'affaires délictuelles* » (54,64). Or, une durée d'entretien insuffisante peut par exemple empêcher la création d'une relation de confiance avec le sujet qui n'acceptera pas de se livrer. De même, un entretien peu structuré ou sans utilisation d'outils appropriés, peut aboutir à des erreurs dans l'évaluation ou des oublis dans le recueil d'informations importantes. L'accès et/ou la prise en compte ou non des autres pièces du dossier pénal peut aboutir à une lisibilité incomplète du tableau clinique. Le Bihan et Bénèzech résumant parfaitement la situation actuelle de l'expertise psychiatrique pénale : "*Donner à la justice un avis éclairé sur le passé, le présent et le futur d'une personne après un entretien unique et parfois de durée limitée, n'excédant pas une ou deux heures dans un bureau, en n'ayant connaissance que d'un dossier judiciaire incomplet, ne peut plus être considéré comme une démarche médico-légale sérieuse*" (65).

Ainsi, sans recommandations de bonne pratique clairement énoncées, les disparités des pratiques peuvent altérer la qualité des travaux et affaiblir la légitimité professionnelle des experts au tribunal. L'individu prévenu ou condamné, la ou les victimes, leurs familles, les magistrats et la société, méritent une rigueur scientifique à toute épreuve, notamment lorsqu'il s'agit d'affaires pénales ayant de graves répercussions.

L'élaboration de recommandations scientifiquement valables permettrait donc d'harmoniser les points de vue et les pratiques des experts. Elles permettraient également d'insuffler une légitimité scientifique aux yeux de l'expertisé, des magistrats, et de la société. Ces recommandations médico-légales pourraient s'axer autour de deux grandes dimensions :

- La mise en place d'un consensus clinique médico-légal clair, compris, partagé et appliqué par tous de l'irresponsabilité pénale, avant que le législateur et la société ne le fassent par eux-mêmes (5,66,67,68). Il semblerait également utile d'identifier et de préconiser des outils d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive, que nous développerons plus bas.

- La mise en place d'une "check-list", scientifiquement validée, pour limiter les disparités des pratiques entre les expertises : on peut prendre pour exemple la

check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" mise en place en 2010. C'est un outil, simple d'utilisation, visant à améliorer le partage des informations et à réaliser une vérification croisée des critères considérés comme essentiels avant, pendant et après toute l'intervention chirurgicale (69). Une Check List "expertale" pourrait contenir par exemple l'ensemble des domaines essentiels à aborder avec l'expertisé (biographie, conduites addictives, développement sexuel, dangerosité...), l'ensemble des documents à consulter avant et/ou après l'entretien mais aussi l'ensemble des points à élaborer dans l'expertise, notamment le volet criminologique souvent laissé de côté.

2.2.2. Les critiques de l'article 122-1 du Code Pénale

De l'article 64 en 1810 à l'article 122-1 du CP actuel, le concept d'irresponsabilité pénale des auteurs de crimes a connu une reformulation et un affinement progressif des termes utilisés pour parler de maladie psychiatrique, en passant d'état de "démence" à "anomalie mentale" puis à "trouble psychique et neuropsychiques". L'article 122-1 du CP a également introduit une graduation de l'intensité de la responsabilité par le biais des notions d'abolition et d'altération du discernement (70). Cependant, les législateurs ont laissé aux experts psychiatres la liberté de définir le cadre nosographique de ces deux notions (66). Ainsi plusieurs experts et auteurs regrettent l'absence de consensus clinique et de cadre juridique clair, concernant le concept d'abolition du discernement (5,66,67,68). Pour reprendre les mots de Zagury : *"C'est un espace de liberté et c'est aussi un talon d'Achille"* (66). L'absence de consensus clinique clair est à l'origine de conclusions parfois incohérentes, voire contradictoires d'un expert à l'autre (66,70). Comme nous le disions plus haut, la mise en place d'une définition médico-légale précise de l'abolition du discernement, à laquelle chaque expert pourrait se référer pour sa conclusion, paraît naturelle. Cependant, de part sa complexité sémantique, certains auteurs et experts s'interrogent sur l'intérêt d'une réécriture et d'une simplification de l'article 122-1 du CP afin d'harmoniser les conclusions médico-légales (70). Bouchard propose de prendre en compte la pluralité des troubles psychiques et/ou neuropsychiques et de recentrer les textes des alinéas sur le lien de causalité exclusif et non exclusif qui peut exister entre d'éventuel(s) trouble(s) et le crime (70).

Il propose les reformulations suivantes (70) :

- 1er alinéa : *"N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte de trouble(s) psychique(s) et/ou neuropsychique(s), cause exclusive des faits dont elle est coupable"* ;

- 2e alinéa : *"La personne qui était atteinte de trouble(s) psychique(s) et/ou neuropsychique(s), cause non exclusive des faits dont elle est coupable, demeure punissable."*

2.2.3. L'absence de critères d'inscription sur la liste des experts

La qualification d'expert est un titre obtenu uniquement sur la base du volontariat. L'inscription sur la liste des experts à la Cour de cassation ne nécessite qu'un diplôme d'études spécialisées en psychiatrie. Aucun texte de loi ne rend obligatoire une formation spécifique préalable. En effet, l'article 4-1 du décret numéro 2012-1451 de décembre 2012 sur la procédure d'inscription indique que *"le candidat devra, outre ses qualités et expériences professionnelles, manifester un intérêt pour collaborer au service public de la justice. A cet égard, la justification d'une formation spécifique sera appréciée"*. La formation est appréciée mais non-obligatoire. Cette formulation rend la qualification des compétences nécessaires insuffisantes.

2.3. Un travail trop solitaire

Actuellement, même si le CPP prévoit qu'une expertise soit réalisée par un collège d'experts "si les circonstances le justifient" (article 159 du CPP)(28), la plupart des expertises pénales sont réalisées par un expert seul. Les conclusions d'une expertise sont attendues avec impatience et émotions, dans une ambiance de toute puissance trompeuse accordée à l'expert psychiatre (59). La complexité de certaines affaires criminelles et de certains tableaux cliniques, représente une grande responsabilité éthique et juridique. Avec l'augmentation des demandes d'expertises, des attentes sociales et politiques de plus en plus pressantes ainsi que l'émergence de nouvelles données scientifiques et de nouveaux outils pour l'expertise pénale, peut-on encore de nos jours demander à un seul expert psychiatre de dépendre en totalité le profil psycho-criminologique d'un mis en examen (65) ? Un seul expert psychiatre

peut-il vraiment se prononcer avec éthique et humilité sur le sort d'un individu ? Le travail de toute une équipe n'aurait-il pas le double bénéfice de la pluralité des points de vue et de la dilution d'une responsabilité éthique et juridique lourde de conséquences ?

3. Les perspectives d'évolution du système expertal en France

3.1. Evolutions possibles des expertises pré-sentencielles: l'apport de nouveaux outils.

3.1.1. L'apport de l'analyse criminologique

Les conclusions d'une expertise ont un impact majeur sur le devenir pénal d'un inculpé ou d'un condamné. Parmi l'ensemble des questions habituellement posées par le magistrat, celles-ci sont majoritairement orientées sur la recherche d'une maladie mentale et l'évaluation d'un risque de récidive. Pourtant, la compréhension d'un criminel et de son crime sous l'unique prisme du diagnostic psychiatrique semble tout à fait réducteur et dommageable (33,65,71). Le sens de l'agir criminel ou du comportement antisocial est totalement passé sous silence. Il en est de même pour l'analyse des facteurs de risque situationnels, des liens victimologiques ou encore du rôle criminogène des toxiques (33,65,72). Ainsi, il serait bénéfique d'intégrer une analyse criminologique et d'avoir une vision holistique du criminel et des faits, pour mieux s'en protéger et par la suite, mieux le réinsérer. Les victimes et leur famille en bénéficieraient également car, même en l'absence de maladie mentale, la nécessité de comprendre le crime est primordiale (65)

Bénézech (65,72,73) et Le Bihan (65) proposent une nouvelle alternative à la pratique expertale actuelle, en la remplaçant par une expertise criminologique pluridisciplinaire pour les infractions les plus graves, complexes ou répétées. La composition de cette équipe pluridisciplinaire pourrait s'adapter d'une affaire à l'autre en faisant intervenir, au choix, un large panel de professionnels de santé (addictologues, neurologues, radiologues, psychologues, pharmaciens...) mais aussi des sociologues, des enquêteurs, etc... Cette équipe, sous la direction d'un expert psychiatre référent, pourrait avoir accès à l'ensemble des pièces du dossier pénal et à l'ensemble des intervenants médicaux et sociaux, sous le contrôle d'un juge d'instruction tout en respectant les règles de déontologie et les droits de la défense.

Cette évaluation pourrait s'effectuer en plusieurs temps : le premier serait au plus près du crime. Il permettrait d'établir un éventuel diagnostic psychiatrique ou somatique, de ne pas passer à côté d'éléments qui pourraient se modifier ou disparaître avec le temps et de pouvoir recommander des mesures nécessaires (hospitalisation ou thérapeutique). Les autres étapes se dérouleraient à mesure de la constitution du dossier judiciaire. La personne mise en examen et la victime seraient évalués par le même expert. La consultation des dossiers pénaux précédents avec leur conclusion, s'il y en a, permettrait de retracer le trajet criminel de l'individu. L'analyse criminologique de la scène du crime et du mode opératoire pourrait trouver sa place dans la discussion médico-légale car elle est riche sur le plan clinique et éclaire les mécanismes de fonctionnement psychique (65,73). Enfin, cette évaluation pluridisciplinaire permettrait également d'explorer et de mettre en lumière les fragilités mais aussi les points positifs (de protection et de désistance) sur lesquels le magistrat pourrait s'appuyer avec plus de confiance, pour orienter un projet de réhabilitation (65).

3.1.2. La place des neurosciences dans la discussion médico-légale

Les neurosciences sont un domaine de recherche vaste et transdisciplinaire, visant à comprendre et expliquer le lien entre un fonctionnement cérébral et le comportement humain qui en découle. Les progrès réalisés dans ce domaine et leurs applications dans les tribunaux s'accompagnent de remises en questions philosophiques, éthiques et médicales autour de concepts primordiaux du droit pénal comme la responsabilité et le libre arbitre (74,75)

Parmi les neurosciences, la neuro-imagerie (de l'électroencéphalographie à l'IRM fonctionnel) commence à s'inviter à la discussion médico-légale dans les tribunaux de divers pays européens et aux Etats-Unis (75). L'essor des technologies d'imagerie cérébrale a ouvert une nouvelle porte dans la compréhension des comportements humains. De nombreuses équipes s'attèlent au décodage des pensées et des émotions qui guident nos choix et nos actions (75).

Une des premières utilisations de cette technique remonte à l'affaire John Hinckley, accusé de tentative d'assassinat du Président américain Ronald Reagan en 1981 (76). Pour sa défense, il avait demandé la réalisation d'un scanner cérébral, et celui-ci avait montré un élargissement des sillons du cortex, comme on en trouve

parfois chez certains patients souffrant de schizophrénie. L'argument d'Hingley a été reçu et fut une des raisons de la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de "démence".

Ainsi, la neuro-imagerie permettrait à la défense de faire valoir des anomalies anatomiques ou des dysfonctionnements cérébraux, comme les raisons de l'absence de régulation comportementale et/ou d'une capacité mentale réduite (75). Pour les magistrats, la neuro-imagerie aurait le potentiel de bousculer les pratiques expertales traditionnelles en se positionnant comme une aide précieuse supplémentaire dans l'évaluation de la responsabilité. Elle serait, selon Gkotsi et al, une réponse aux critiques des expertises psychiatriques habituelles, perçues comme trop subjectives (75).

Une étude publiée en 2015 par Farahany (professeur de droit et de philosophie à Duke University), montre que les décisions judiciaires basées sur des arguments neuroscientifiques avaient triplé entre 2005 et 2012 aux Etats-Unis (d'une centaine de dossiers en 2005 à presque 300 dossiers en 2012.) (77). Durant cette période, l'utilisation de preuves neurobiologiques en faveur de la défense a été discutée dans 1585 dossiers. Parmi eux, environ 5% des procès pour meurtre et 25% des procès impliquant la peine de mort, ont utilisé des données neurobiologiques afin de plaider une atténuation de la responsabilité avec comme argument : "c'est le cerveau qui m'a forcé à le faire" (77).

Jusqu'à présent, la neuro-imagerie n'a pas été utilisée dans les tribunaux français mais la France a été le premier pays au monde à voter en 2011 une loi de bioéthique qui permet de faire appel à l'imagerie cérébrale dans le cadre de l'expertise pénale (article 16-14 du Code civil) (78).

L'espoir d'un pouvoir explicatif des neurosciences laisse néanmoins place à la découverte de certaines limites et d'un doute conceptuel global (75). Gkotsi et Gasser évoquent notamment le phénomène de plasticité neuronale ou les variations anatomiques interpersonnelles comme des facteurs limitant l'interprétation (79). Le risque serait de tomber dans une "néo-phrénologie" moderne (79). D'autre part, les contours juridiques sont encore trop imprécis (79). La question du "timing" est également soulevée par Gkotsi et Gasser car les examens d'imagerie ne peuvent être réalisés qu'a posteriori du crime or, ce qui importe le juge c'est de connaître l'état mental du criminel au moment des faits. D'un point de vue plus philosophique, Gkotsi et Gasser questionnent également l'approche réductionniste des

neurosciences, l'Homme pouvant être réduit à un état physico-chimique (79). Enfin, qu'en est-il des possibles répercussions pénales si les données neuroscientifiques aboutissent à la conclusion d'une dangerosité irréversible et donc inaccessible à une réhabilitation ? (75)

Malgré les perspectives encourageantes que pourraient apporter les neurosciences, les experts judiciaires et les magistrats ne sont pas prêts à la systématisation de son utilisation dans les tribunaux français (75). La poursuite de la recherche scientifique ainsi que des réflexions philosophiques, éthiques et juridiques sont encore nécessaires avant de standardiser l'utilisation des neurosciences dans le système pénal. En ce sens, d'importants projets sont en cours de travail à l'instar de "The Law and Neuroscience Project" aux Etats-Unis ou "the European Association for Neuroscience and Law" (75).

3.2. Evolutions possibles des expertises post-sentencielles : développement et utilisation d'outils d'évaluation du risque de récidive

En France et à l'international, l'évaluation clinique (appelée aussi outil de première génération) a été la première et principale méthode d'évaluation du risque de récidive (expression actuellement préférée à celle d'évaluation de la dangerosité). Au travers d'un entretien "psychiatrique libre", l'expert devait se forger un avis sur le niveau de dangerosité d'une personne détenue. Les critiques à l'égard de l'évaluation clinique simple ont débuté avec "l'affaire Baxstrom" de 1966 aux Etats-Unis (3). Dans cette affaire, 967 détenus souffrant de trouble mentaux, considérés comme dangereux et hospitalisés dans des unités hautement sécurisées au delà de l'expiration de leur peine, ont dû être transférés ou libérés suite à un vice de procédure. Steadman et Coccoza ont alors suivi cette cohorte de patients pendant près de quatre ans et ils ont démontré que 20% de ces patients avaient commis une infraction (pour la majorité sans violence) et que seulement 3% d'entre eux étaient de nouveau incarcérés ou hospitalisés dans des unités hautement sécurisées (3). Cette étude a donc été fondamentale dans la remise en cause des prédictions psychiatriques de la dangerosité. Dans une étude de 1981, Monahan a démontré que les évaluations cliniques expertales n'étaient pas plus précises que le simple hasard, et entraînaient une surévaluation de la dangerosité dans deux cas sur trois (80). De plus, certains auteurs soulignent que l'évaluation des facteurs de risque peut varier

d'un expert à un autre en fonction des connaissances théoriques et de l'expérience de chacun (65,81) . Par exemple, parmi tous les facteurs de risque, le déni des faits peut être instinctivement considéré comme un facteur de mauvais pronostic. Or, une méta-analyse canadienne de 2004 menée par Hanson et Morton-Bourgon (82) a pu montrer que la validité prédictive du déni était nulle (81). C'est ainsi que dès le début des années 1990, plusieurs équipes internationales ont commencé à développer des outils d'évaluation du risque de récidive comme la Psychopathy Checklist-Revised, la Violence Risk Appraisal Guide ou la Historical Clinical Risk Management 20 items scale, sur lesquelles nous reviendrons plus tard. (81,83).

En 2007, l'audition publique de la HAS sur l'expertise psychiatrique pénale, recommandait la prudence dans l'utilisation de ces nouveaux instruments d'évaluation dont *"l'utilisation doit être réservée à des professionnels de santé confrontant les résultats de l'échelle utilisée à l'examen clinique"* (5). En effet, les experts comme les magistrats étaient dans la retenue quant à l'utilisation de tels outils car ils craignaient de voir l'Homme déshumanisé et réduit à un score, sans prendre en compte la singularité individuelle (84). En 2008 c'était au tour des pouvoirs politiques de s'exprimer, au travers du rapport de Vincent Lamanda (premier président de la Cour de Cassation) (85). Par souci de défense sociale, celui-ci prônait l'utilisation d'outil d'évaluation de la dangerosité afin de mieux identifier les détenus dangereux à haut risque de récidive : *"Faute d'avoir été validés sur le plan national, des outils d'analyse et d'évaluation multifactoriels, tel l'Historical Clinical Risk (HCR20) ne sont pas utilisés par l'institution judiciaire pour apprécier la dangerosité criminologique. Or, la dangerosité criminologique ne se réduit pas à la seule dangerosité psychiatrique (...) Il serait donc souhaitable, pour remédier à cette situation, de promouvoir (...) le développement de l'enseignement de la criminologie clinique."* (81,85)

Depuis quelques années, les experts français commencent à revenir sur leur position à l'instar de Senon et al en 2009 qui affirment : *"la France ne pourra pas rester une exception en ce qui concerne l'évaluation de la dangerosité ou plutôt du risque de violence ..."* (83). Nombre de pays européens ont adopté l'utilisation d'instruments actuariels afin de lever -a minima- le doute et le hasard qui existe lors d'une évaluation clinique "simple" (81). Il existe actuellement cinq générations d'outils d'évaluation de la dangerosité (84), nous allons détailler les outils de 2^e, 3^e, 4^e et 5^e génération.

3.2.1. Outils d'évaluation actuarielle de deuxième génération

Il s'agit d'outils d'évaluation basés sur une démarche exclusivement algorithmique. Le but étant de définir une association statistique entre des facteurs de risque donnés et un risque de récidive criminelle, appliquée à un groupe de population donné. L'objectif était de réduire le plus possible l'erreur humaine en comparant statistiquement des populations considérées comme dangereuses (83,86). Ainsi, plusieurs facteurs de risque ont été identifiés selon le type d'évaluation voulue.

Par exemple, la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) ou échelle de psychopathie de Hare révisée, est une échelle contenant 20 items permettant d'explorer les traits de personnalités et comportements à risque de violence des personnes souffrants d'un trouble de la personnalité psychopathique (87).

La Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) est une échelle de 12 items permettant l'évaluation du risque de violence. Une pondération de chaque item permet d'aboutir à un risque allant de 0% à 100% (87).

La Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG), est utilisée dans l'évaluation du risque de récidive de violence sexuelle et regroupe 14 items dont l'échelle PCL-R, mentionnée précédemment (3).

Bien que basée sur une méthodologie scientifique robuste, il s'avère que ces échelles permettent uniquement de donner une idée *non spécifique* du risque de récidive (88). La critique principale de ce type d'échelle renvoie au risque d'une séparation dichotomique réductrice entre les individus dangereux et non-dangereux (83).

3.2.2. Outils d'évaluation de troisième génération

Les outils de troisième génération ou outils de jugement structurés répondent en partie aux problèmes posés par les échelles actuarielles perçues comme purement objectivistes. Ils recentrent l'évaluation sur les spécificités propres de l'individu (83). En plus d'évaluer des facteurs de risque historiques, immuables, ils incorporent également des facteurs dynamiques afin de mettre en avant l'évolution de l'intéressé au cours de son incarcération (vie sentimentale, professionnelle, existence de

troubles de l'usage de substances...) (3). Dans cette veine, s'est développé, entre autre, l'Historical Clinical Risk management 20 items (HCR-20) qui est un guide d'entretien clinique semi-structuré investiguant les facteurs de risque historiques (antécédents de violence, instabilité sentimentale et professionnelle, antécédents psychiatriques), des facteurs cliniques présents lors de l'entretien (capacités d'introspection, impulsivité, symptômes actifs...) et des facteurs de gestion du risque (projection dans l'avenir, intégration dans la démarche de soin...) (3,87).

3.2.3. Outil d'évaluation de quatrième génération : le modèle RBR

En 2007, une nouvelle approche de l'évaluation du risque de récidive voit le jour au Canada, en quittant le point de vue philosophique du "rien ne fonctionne" et en s'orientant vers le "qu'est-ce qui fonctionne ?" (3). L'évaluation du risque de récidive basée sur le recueil des facteurs de risque et de protection statistique et dynamique laisse la place à un modèle s'appuyant également sur les besoins des délinquants et leur capacité à investir une prise en charge (3). Ainsi, Bonta et Andrews ont développé le modèle RBR : Risque-Besoin-Réceptivité. Ils partent du principe que le comportement criminel découle d'un apprentissage social et que les processus cognitifs criminogènes sous-jacents peuvent être travaillés grâce à un étayage psychothérapeutique et relationnel personnalisé (3). La collaboration et le respect sont des ingrédients indispensables pour que ce type de prise en charge puisse fonctionner.

Les trois principes sur lesquelles repose le modèle RBR sont (3,89) :

- le principe du Risque : grâce à l'évaluation des facteurs de risque et de protection, la prise en charge doit être adaptée au niveau du risque de récidive.
- le principe du Besoin : se base sur l'évaluation des besoins sur le plan éducatif, de logement ou encore thérapeutique.
- le principe de Réceptivité : qui permet d'optimiser la prise en charge en s'adaptant aux capacités intellectuelles, au degré de conscience des problèmes et aux motivations à changer de l'intéressé.

En d'autres termes, ce modèle d'évaluation a pour but d'adapter la prise en charge en fonction du risque de récidive. Considéré comme une avancée par rapport aux outils de deuxième et de troisième génération, ce triptyque essuie ces dernières

années de nombreuses critiques comme la mise en exergue d'une protection de la société aux dépens de la prise en charge personnalisée du criminel. En effet, l'évaluation met l'accent essentiellement sur les facteurs de risque, en adoptant une approche rigide, non contextualisée, censée convenir à tous (3,90).

3.2.4. Outil d'évaluation de cinquième génération : le modèle de désistance

Dans la même veine conceptuelle d'évaluation et d'intervention cognitivo-comportementaliste et motivationnelle que le modèle RBR, le courant de pensée de la désistance est en pleine expansion en Europe et dans les pays anglo-saxons (3). La désistance est ce qui amène la personne à quitter son parcours de délinquant ou de criminel (3,90). Ce processus est progressif et irrégulier, pouvant être par moment témoin d'une "rechute". Kazemian souligne que la principale explication à ce phénomène de désistance se trouve dans les liens sociaux et qu'une personne investie socialement a davantage à perdre en récidivant (90). L'évaluation du délinquant ou du criminel passe par la mise en évidence des ressources favorables et défavorables de la désistance afin d'adapter la prise en charge basée sur des renforcements "pro-sociaux".

3.3. La pratique expertale en Europe : pistes possibles d'évolution pour le système français

3.3.1. La pratique expertale en Belgique :

En Belgique, l'ancienne loi de Défense sociale de 1964, prévoyait « *la mise en détention provisoire d'un intéressé dès lors qu'il existait un doute entre l'infraction et un état de démence ou un état de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actes* » (91,92). Une expertise psychiatrique pénale était alors rendue obligatoire mais le cadre législatif ne se prononçait pas sur le contenu de celle-ci. C'est en 2014 qu'une nouvelle loi portant sur l'internement des personnes (entrée en vigueur le 23 mai 2016) est adoptée.

Elle fixe les principaux points de réponses à apporter aux magistrats (93):

- 1° si au moment des faits, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes(...);

- 2° s'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;

- 3° si, du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, la personne risque de commettre de nouvelles infractions (...) ;

- 4° a) si, le cas échéant, la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société

b) si, dans le cas où la prévention porterait sur des faits (...) commis sur des mineurs ou avec leur participation, il est nécessaire d'imposer une guidance ou un traitement spécialisé."

Ainsi les réponses à fournir aux magistrats en Belgique étaient similaires aux réponses à apporter aux magistrats français: le diagnostic d'une maladie mentale, le lien fait avec l'infraction, l'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive, les perspectives éventuelles d'évolution et l'exploration de l'opportunité d'un suivi et/ou d'un traitement spécialisé.

Or tout comme en France, le monde médico-judiciaire belge a vécu une montée progressive de politiques sécuritaires, avec en trame de fond des faits de société très médiatisés provoquant l'émoi. L'expertise judiciaire a alors été critiquée ainsi que les experts. Il était rapporté des contradictions entre les experts, que ce soit dans le vocabulaire utilisé, les descriptions cliniques, les classifications nosographiques ou dans le contenu même des expertises (93,94).

Face à la critique de la qualité des expertises psychiatriques pénales et à la divergence d'opinions entre les experts, un "canevas de l'expertise psychiatrique" a été créé en 2018, rendu systématique et obligatoire par l'intermédiaire d'un Arrêté Royal de la même année (93,95) : *"L'expert qui, (...) doit rédiger, à partir de ses constatations, un rapport circonstancié, utilise à cette fin le modèle annexé au présent Arrêté Royal."*

Ce canevas (Annexe 3) est à remplir par l'expert psychiatre en charge du dossier. Outre l'examen clinique psychiatrique classique, les éléments biographiques, les faits reprochés, l'anamnèse médicale complète (somatique, psychiatrique, trouble de l'usage...) doivent être abordés. Ce canevas rappelle également que la

consultation du dossier judiciaire est obligatoire et que si cela n'a pas été fait, il incombe à l'expert psychiatre d'en expliquer les raisons. La consultation des dossiers scolaires, sociaux, médicaux et des éventuelles expertises psychiatriques antérieures, n'est pas obligatoire mais fortement recommandée. Par ailleurs, ce canevas favorise le travail multidisciplinaire puisqu'une partie est dédiée à une expertise psychologique qui est rendue obligatoire lorsqu'il existe un soupçon de déficience mentale, de troubles de la personnalité, de psychopathie ou d'organicité. Une autre partie est dédiée à l'exploration de troubles neurologiques par un examen clinique ou l'EEG. Enfin, ce canevas se termine par une conclusion où l'expert se prononce sur le lien de causalité entre le diagnostic et les faits ainsi que des conseils thérapeutiques.

Le canevas d'expertise psychiatrique belge est un exemple intéressant de structuration de la pratique, de la pensée et de l'entretien (93). Il permet également de minimiser le risque d'oubli par le biais d'une "check-list" et pourrait être une réponse aux divergences des pratiques en France que nous évoquions plus tôt.

3.3.2. La pratique expertale en Suède :

3.3.2.1. Présentation générale

En Suède, les activités médico-légales sont divisées en 4 groupes : la psychiatrie médico-légale, la chimie médico-légale, la médecine légale et la génétique médico-légale. Elles sont coordonnées par le Bureau National de Médecine Légale ("Rättsmedicinalverket"), une agence gouvernementale centrale, placée sous l'autorité du Ministère de la Justice (30,96). Cette agence a pour mission de contrôler la qualité des expertises, d'organiser la formation du personnel employé ainsi que d'assurer la rémunération financière. Le Bureau n'a pas la responsabilité des soins psychiatriques (96). L'expertisé est transféré et évalué dans l'une des 4 unités régionales spécialisées en expertises psychiatriques médico-légales (Stockholm, Gothenburg, Umeå et Malmö). Les détenus restent en hospitalisation complète durant trois semaines tandis que les non-détenus restent pour une session de six semaines (96).

3.3.2.2. Formation et statut professionnel

Contrairement au modèle français où l'expert est un intervenant occasionnel, exerçant l'expertise comme une activité annexe, en Suède, l'expert a un statut de fonctionnaire d'Etat à temps plein (30). Afin de pratiquer dans les centres spécialisés en expertises, les jeunes psychiatres doivent poursuivre leur formation à la fin de leur cursus universitaire en intégrant une formation spécifique en psychiatrie médico-légale, d'une durée de deux ans : une première année au sein d'un hôpital psychiatrique dans une unité de "forensic psychiatry", orientée vers le traitement; une seconde au sein de l'un des centres spécialisés, où il devra réaliser un minimum de vingt expertises psychiatriques médico-légales longues, et vingt consultations plus courtes (30). Durant ces deux années, le compagnonnage est de rigueur, le psychiatre senior encadre et conseille son cadet, permettant ainsi la transmission de son savoir théorique mais également de son expérience.

3.3.2.3. Cadre légal

Comme nous l'avons vu plus haut, en France, l'abolition du discernement conduit à une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. En Suède, l'existence d'une pathologie mentale, même sévère, ne permet pas de plaider l'irresponsabilité pénale (97). Tout criminel doit être soumis à une sanction (98). Ce positionnement découle de plusieurs dizaines d'années de réflexion et de débats animés entre les communautés médicales et judiciaires. Il est basé sur les fondements philosophiques de l'école positiviste italienne de la fin du XIXe siècle. L'expertise psychiatrique pénale intervient après que l'inculpé ait été reconnu coupable, mais avant que la sanction pénale ne soit prononcée, afin de déterminer la nécessité de soins (99). En effet, l'absence de discernement dans un contexte de décompensation psychiatrique, mènera vers une hospitalisation sous contrainte dans un établissement spécialisé, plutôt qu'à l'emprisonnement (97,99). Le Code pénal suédois le stipule très clairement : *"Une personne qui a commis un crime sous l'influence d'un trouble mental grave ne doit pas être condamné à la prison"*, (Chapitre 30, section 6). Une incarcération pour un crime commis au cours d'une décompensation psychiatrique sévère est interdite, par contre, l'hospitalisation sous contrainte est une sanction pénale parmi d'autres (97). Selon le chapitre 31, section 3

du Code pénal suédois, le magistrat ne peut décider de placer un criminel dans un établissement psychiatrique pour des soins, sans que celui-ci n'ait bénéficié d'une évaluation médico-légale dite "Major" au préalable (96).

Concernant l'évaluation de la dangerosité, celle-ci n'est pas obligatoire, ni automatique dans la rédaction d'expertises judiciaires. Le Code pénal suédois identifie trois situations spécifiques où l'évaluation de la dangerosité est nécessaire (98) :

- A la demande spécifique du magistrat lors d'une expertise psychiatrique pénale
- A la demande d'un magistrat quand un patient hospitalisé sous contrainte judiciaire est candidat pour une sortie temporaire ou définitive
- A la demande d'un tribunal spécialisé pour les détenus incarcérés à perpétuité qui font une demande de libération conditionnelle après 10 ans de peine

3.3.2.4. Types d'expertises

Il existe deux types d'expertises psychiatriques :

- Le 1^{er} type : "*Minor*" ou "*section 7 examination*" qui correspond à une évaluation rapide de l'état mental de l'inculpé. Celle-ci a pour but de déterminer si l'individu nécessite une expertise psychiatrique pénale approfondie ("*full forensic psychiatric examination*") et/ou s'il nécessite des soins psychiatriques (96). Celle-ci peut être demandée par le juge d'instruction, l'inculpé ou son avocat. Cette évaluation permet de répondre à trois grandes questions (98) :

- Est-ce qu'une maladie mentale sévère est à l'origine de l'acte criminel ?
- L'individu est-il toujours atteint d'une maladie mentale sévère ?
- Est-il opportun de réaliser une expertise médico-légale plus poussée ?

- Le 2^e type d'expertise : "*Major*" ou "*full forensic psychiatric examination*", qui est demandée le plus souvent par le magistrat sur recommandation d'un expert suite à une évaluation selon la "*section 7 examination*". Cette évaluation peut également être demandée sans l'avis d'un expert (30). Cette évaluation correspond à une hospitalisation à temps complet dans un centre dédié, d'une durée de 3 semaines, sous la responsabilité d'un psychiatre référent. Son objectif est de déterminer si l'inculpé souffre d'une maladie mentale sévère, et si celle-ci est à l'origine de la perpétration de l'acte criminel. Durant ces 3 semaines, l'individu bénéficie d'une

prise en charge collégiale et pluridisciplinaire, faisant intervenir psychiatres, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire a un rôle et une mission bien définis. Le travailleur social récupère les éléments de vie personnels. Le psychologue réalise des tests psychologiques (tests de personnalité, tests neuropsychologiques...) et, à certaines occasions, fait l'analyse psychodynamique des mécanismes sous-jacents du crime. Le psychiatre est responsable de l'évaluation somatique et psychiatrique de l'individu. Enfin, l'équipe infirmière contribue au rapport final grâce à leurs observations journalières (96). De multiples examens complémentaires (bilans sanguins complets, radiographies, EEG, scanner et/ou IRM) sont réalisés afin d'éliminer toute cause somatique pouvant expliquer l'infraction. Au terme de l'évaluation, chaque corps de métier rédige un "pré-rapport", qui sera synthétisé par le psychiatre référent et transmis à la justice avec les conclusions (30,96,98). Le psychiatre référent possède une relative autonomie concernant les réponses données à la justice, puisque comme nous l'avons vu plus haut, l'évaluation de la dangerosité ou l'opportunité d'un traitement, ne sont pas toujours demandées ni présentes dans les rapports finaux (30). Habituellement, l'expertise psychiatrique répond à deux questions (96) :

-Le coupable a-t-il commis le crime lors d'une décompensation psychiatrique sévère, contre-indiquant une peine de prison ?

-Si oui, le coupable doit-il bénéficier d'une évaluation psychiatrique avant sa sortie d'hospitalisation ?

Enfin, contrairement à la France où l'accès aux dossiers médicaux ou socio-judiciaires n'est pas automatique et varie d'un magistrat ou d'un médecin à l'autre, les instituts suédois ont la possibilité d'avoir accès aux nombreux registres nationaux des patients. Les centres d'expertises ne possèdent pas l'exclusivité de la production d'expertises puisqu'à tout moment du parcours pénal, chaque partie peut demander la réalisation d'une contre-expertise dite "privée", sous condition que la Cour en délivre l'autorisation (30). En définitive, ce modèle nous montre une approche différente permettant de répondre à des questions pénales similaires. La force de ce système semble se situer dans sa temporalité, et la pluridisciplinarité du travail, permettant d'avoir une vision globale du sujet.

3.4. Les centres d'évaluation : une piste déjà évoquée en France

En 1995, Benezech et al étaient les premiers à proposer une modification de la procédure pénale et appelaient à la création de centres d'évaluation et d'expertise criminologique (100). Selon ces auteurs, ces centres permettraient à des équipes pluridisciplinaires d'effectuer des expertises plus longues et approfondies dans les affaires d'infractions criminelles majeures, complexes ou répétitives (100) et ainsi avoir un regard pluriel sur le dossier. De plus, pour les auteurs, ce type de centre permettrait de décloisonner les mondes judiciaire et médical, tous deux habituellement soumis au secret professionnel, afin d'établir un dialogue constructif et complémentaire (tout en respectant les règles de déontologie et le droit de la défense).

A ce jour, aucun centre de ce type n'existe, malgré la parution d'un rapport du Sénat en 2006, qui préconisait la création de centres d'expertises, devant le constat déjà alarmant de la surreprésentation des malades mentaux en détention. Ce rapport reprenait l'idée de Benezech et al pour la création des centres d'expertises, sous la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire, afin d'évaluer sur une période de 25 jours la personne poursuivie pour des infractions graves (83).

La réduction du nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison en France pourrait peut être passer par la création de centres d'expertises pénales. Le travail dans un lieu adapté, sur un temps prolongé, avec une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé spécialisés dans le sujet permettrait d'évaluer le sujet en profondeur. D'autre part, ces centres pourraient être un lieu propice pour de la recherche clinique criminologique et le développement d'outils d'évaluations.

Conclusion

Fort d'un solide héritage remontant aux aliénistes du XIX^e siècle, la pratique de l'expertise psychiatrique pénale en France s'est construite au cours des siècles au travers de courants de pensées psychiatriques, philosophiques, juridiques, et sociétaux.

Pourtant, depuis plusieurs années, les experts nationaux et internationaux ne cessent de tirer la sonnette d'alarme devant le constat d'un système expertal en souffrance. Le "symptôme" cardinal de cette souffrance est la surreprésentation des personnes souffrant de troubles psychiatriques en détention : l'expertise psychiatrique pénale pré-sentecielle ne joue plus son rôle de filtre entre l'hôpital et la prison (5). L'autre "symptôme" de cette souffrance est la baisse progressive et alarmante de la démographie des experts, laissant entrevoir un avenir plus qu'incertain (52).

Parmi les évolutions possibles de ce système, la mise en place d'un consensus clinique médico-légal de l'irresponsabilité pénale et la publication de recommandations de bonnes pratiques émanant d'une autorité de santé nationale, semble être une priorité. La création d'un canevas, à l'image de nos voisins belges, permettrait d'uniformiser les pratiques et répondre en partie aux critiques formulées contre les expertises (5,93).

Par ailleurs, une réécriture plus claire et explicite de l'article 122-1 du CP permettrait de limiter les variations d'interprétations médico-légales entre experts (70).

En outre, pour pouvoir prétendre au titre d'expert judiciaire, il semblerait important de rendre obligatoire une formation en psychiatrie médico-légale. La création d'une option de psychiatrie médico-légale au cours du DES de psychiatrie ou d'une "école de formation d'experts" comme le suggérait Garraud (56) permettrait un enseignement approfondi indispensable à la pratique de l'expertise pénale et de développer des vocations chez les jeunes psychiatres.

Enfin, certains auteurs proposent une réorganisation de la pratique en favorisant le travail collectif. D'une équipe soignante résolument pluridisciplinaire, adaptable au cas par cas, jusqu'à la création de véritables centres d'évaluation, ce travail d'équipe permettrait un éclairage pluriel sur des cas graves et/ou complexes (65,100). Le système expertal suédois que nous avons présenté est un exemple de

centres d'évaluation. Bien que probablement plus coûteux pour nos autorités de Tutelles, ce système permettrait de répondre de manière plus éclairée aux magistrats quant à la responsabilité pénale avant condamnation, mais aussi quant au risque de récidive avant la remise en liberté (53).

Annexes

Annexe 1 : Certificat médical établi après examen d'une personne placée en garde à vue

| Examen médical d'une personne placée en garde à vue | |
|---|---|
| Certificat établi sur réquisition | |
| Certificat remis à l'autorité requérante | Référence : Conférence de consensus, 2-3 décembre 2004 |
| Je soussigné | .., Docteur en médecine, |
| agissant sur réquisition de M. (Mme) | .., officier de police judiciaire en fonction à .. |
| certifie avoir examiné le .. / .. / .., à .. heures .. | |
| <input type="checkbox"/> Dans les locaux de police | <input type="checkbox"/> Dans les locaux de gendarmerie |
| <input type="checkbox"/> A l'hôpital | <input type="checkbox"/> Autre lieu : .. |
| une personne déclarant se nommer : | |
| Nom : .. | Prénom : .. et être né(e) le .. / .. / .. Sexe : F / M |
| Aux fins de : <input type="checkbox"/> déterminer la compatibilité de son état de santé avec son maintien en garde à vue dans les locaux de police/gendarmerie. | |
| <input type="checkbox"/> | .. (autre mission) |
| <input type="checkbox"/> | .. (autre mission) |
| La personne, informée de mes missions, a donné son consentement à leur accomplissement : oui / non | |
| Doléances de la personne examinée : .. | |
| .. | |
| Examen clinique : | <input type="checkbox"/> pratiqué <input type="checkbox"/> non pratiqué (motif :) |
| Lésions traumatiques récentes visibles : oui / non | Rédaction d'un certificat descriptif de blessures : oui / non |
| Décisions thérapeutiques : | |
| - Traitement délivré directement à la personne examinée : oui / non | |
| - Traitement remis à l'officier de police judiciaire sous enveloppe pour délivrance différée : oui / non | |
| Heures de délivrance : .. | |
| - Remise d'une ordonnance à l'officier de police judiciaire : oui / non | |
| - Surveillance particulière pendant la garde à vue : .. | |
| Conclusions (cocher l'une des 5 possibilités) | |
| <input type="checkbox"/> Etat de santé compatible avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police/gendarmerie pour une durée de 24 h. | |
| <input type="checkbox"/> Etat de santé compatible, sous réserve des conditions suivantes , avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police/gendarmerie : | |
| .. | |
| .. | |
| <input type="checkbox"/> Etat de santé incompatible avec le maintien en garde à vue dans les locaux de police/gendarmerie : | |
| <input type="checkbox"/> Envoi à l'hôpital et compatibilité réévaluée par le médecin hospitalier à l'issue de son examen | |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | |
| <input type="checkbox"/> Détermination de la compatibilité nécessitant un avis spécialisé sur place (préciser) : | |
| <input type="checkbox"/> Refus de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé avec le maintien en garde à vue : | |
| <input type="checkbox"/> en raison des conditions d'examen de la personne | |
| <input type="checkbox"/> en raison des conditions de rétention de la personne | |
| Indications relatives à la capacité de la personne examinée à répondre aux interrogatoires : .. | |
| .. | |
| Observations : .. | |
| .. | |

Examen médical d'une personne placée en garde à vue
Dossier médical confidentiel

Partie médicale confidentielle non remise à l'autorité requérante

Référence : Conférence de consensus, 2-3 décembre 2004

1. Antécédents médico-chirurgicaux

O Asthme : oui/non O Diabète : oui/non O Epilepsie : oui/non O Cardiopathie : oui/non O HTA : oui/non

O Antécédent suicidaire : oui/non O Pathologies mentales : oui/non O Maladies infectieuses : oui/non

O Addiction :

 O Alcool oui/non O Drogues illicites : oui/non O Médicaments psycho-actifs : oui/non

O Grossesse en cours : oui/non O Contraception en cours : oui/non O Autres antécédents : oui/non

O Si oui préciser : ..

O Traitements (préciser heure de la dernière prise) : ..

2. Conditions de garde à vue

3. Examen clinique

4. Examens complémentaires éventuels – Résultats

Glycémie capillaire :

Débit expiratoire de pointe (*peak flow*) :

Prélèvement sanguin :

Prélèvement urinaire :

Radiographies :

Autres :

5. Décisions thérapeutiques

Traitement délivré directement à la personne examinée (nature et heure) :

Traitement remis à l'officier de police judiciaire sous enveloppe pour délivrance différée (nature et heure) : ..

Remise d'une ordonnance à l'officier de police judiciaire (nature des traitements et heure de délivrance) :

Surveillance pendant la garde à vue : ..

Demande d'avis spécialisé : ..

Hospitalisation (préciser motif) : ..

Commentaires : ..

Annexe 2 : Questions relatives à l'expertise psychiatrique pénale pré-sentencielle

Procéder à l'examen psychiatrique de X, et déterminer :

- 1- Quelles sont les composantes de la personnalité et les éventuelles anomalies mentales ou psychiques du sujet,
- 2- Si l'infraction reprochée au sujet est en relation avec ses composantes de personnalité ou anomalies,
- 3- Si le sujet était atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant, soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du Code pénal.
- 4- Si le sujet a agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 121-1 du Code pénal,
- 5- S'il existe un risque de réitération de faits semblables au regard des considérations cliniques,
- 6- Quelles sont les propositions thérapeutiques possibles,
- 7- Si le sujet est susceptible de faire l'objet d'un traitement et se prononcer sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire,
- 8- Faire toutes observations utiles à la manifestation de la vérité.

Annexe 3 : Canevas belge d'expertise psychiatrique pénale

RAPPORT D'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE MEDICO LEGALE

(art. 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement)

Prénom NOM

| | |
|---|--|
| Date de naissance | JJ/MM/AAAA |
| Expert(s) | Nom, titre, numéro d'agrément |
| Date de désignation de l'expert | JJ/MM/AAAA |
| Date de réception de la désignation | JJ/MM/AAAA |
| Date d'envoi de l'avis provisoire de l'expert | JJ/MM/AAAA |
| Date d'échéance pour les observations de l'avocat | |
| Date des observations reçues | JJ/MM/AAAA <i>ou</i> Pas d'observations formulées à la date d'échéance |
| Date de dépôt du rapport | JJ/MM/AAAA |
| Date d'envoi de la copie à l'avocat | JJ/MM/AAAA |

Le [JJ/MM/AAAA], le(s)
soussigné(s), [nom]
[titre]
[adresse]
[numéro de téléphone]
[e-mail]
Expert(s) désigné(s) par M./Mme [insérer le nom], [fonction] à [lieu] pour procéder à la mission
d'évaluation psychiatrique de

**[MONSIEUR/MADAME]
[PRENOM, NOM DE FAMILLE]**

Né le [JJ/MM/AAAA] à [ville], [pays]
résidant à [ville, rue]
Nationalité [nationalité]
Se trouvant au moment de l'expertise à [institution/adresse, ville]
Soupçonné de:
[qualification des faits selon la désignation]

afin de répondre de manière **cumulative** aux questions suivantes:

1. En vue de formuler une réponse à la question « La personne intéressée était-elle, tant au moment des faits qu' au moment de l'expertise, atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou altéré gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ? », veuillez répondre en particulier aux questions suivantes :
 - 1.1. La personne intéressée était-elle, au moment des faits, atteinte d'un trouble mental qui a aboli sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
 - 1.2. La personne intéressée était-elle, au moment des faits, atteinte d'un trouble mental qui a altéré gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
 - 1.3. La personne intéressée était-elle, au moment de l'expertise, atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou altéré gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
2. Existe-t-il une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits?
3. La personne intéressée risque-t-elle, du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, de commettre de nouvelles infractions visées à l'article 9, § 1, °1, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement?
4. Le cas échéant, la personne intéressée peut-elle être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société ?
5. Si les faits reprochés sont visés aux articles 371/1 à 378 du Code pénal ou aux articles 379 à 387 du même Code, commis sur des mineurs ou avec leur participation, est-il nécessaire d'imposer une guidance ou un traitement spécialisé ?

Vous avez répondu aux questions ci-dessus en consultant au moins les documents/sources suivants :

- dossier judiciaire concernant les faits actuels (casier judiciaire, enquête de police, procédure judiciaire, renseignements concernant la victime)*¹

Motif, si cette source n'a pas été consultée:

-

- Entretien avec la personne intéressée*

[date(s) s de l'/des entretien(s)]

[nombre d'entretiens]

Motif, si cette source n'a pas été consultée:

- Si d'application² : évaluation psychologique de la personne intéressée

par : [nom, fonction] [date de l'évaluation]

Motif pour lequel cette source n'a pas été consultée :

En outre, les documents suivants ont été consultés :

- dossier judiciaire relatif à des faits antérieurs
- informations par des tiers (hétéro-anamnèse)
[expliquer qui a été interviewé, de quelle manière, et quel est le lien entre le tiers et la personne intéressée] [date et durée de l'entretien(s)]
- dossiers scolaires
- dossiers médicaux (problèmes somatiques)
[médecin généraliste et/ou autres médecins spécialistes]
- données issues du médecine du travail
- rapports de traitements psychiatriques résidentiels
[institution, période d'admission,...]
- rapports d'accompagnement psychiatrique ou psychologique ambulatoire
[institution, période de suivi,...]
- rapports disciplinaires en détention
- rapports du Service Psycho-Social
- rapports d'expertises psychiatriques médico-légales précédentes
- autre(s): précisez

¹ Les champs marqués d'un astérisque (**) sont des champs obligatoires.

² Les tests d'évaluation psychologiques sont obligatoires en cas de trouble d'apprentissage, de troubles de la personnalité, de psychopathie, ou en cas de soupçon d'organicité (cf. « évaluation psychiatrique/ psychologique» à la page 7) ou facultatifs, en cas d'indication particulière.

NOTE: Veuillez indiquer clairement dans le rapport la source dont l'information est issue (interview, dossier judiciaire,...).

BIOGRAPHIE

*Discutez au moins les aspects suivants:**

- *Anamnèse familiale (proche et élargie)*
- *Education*
- *Antécédents familiaux de troubles psychiatriques (avec une attention particulière pour les addictions)**
- *Développement cognitif*
- *Développement émotionnel*
- *Développement comportemental*
- *Scolarité*
- *Histoire professionnelle*
- *Histoire relationnelle (relations intimes)*
- *Situation familiale actuelle*
- *Réseau social actuel*
- *Anamnèse sexuelle (seulement s'il existe un motif sexuel à la base des faits actuels ou d'une infraction antérieure)*

D'autres aspects, facultatifs, peuvent être discutés, entre autres :

- *Centres d'intérêts/loisirs*
- *Situation sociale actuelle : Informations sur le logement (où vit la personne intéressée, avec qui habite-t-elle/vit-elle ...), les finances, les sources de revenus, les allocations,... au moment des faits actuels et au moment de l'expertise*
- *Aspects culturels*

FAITS REPROCHES

*Discutez au moins des aspects suivants : **

- *Description des faits (avec indication de la source)*
- *Attitude face aux faits reprochés*
- *Relation entre l'intéressé et la victime présumée*
- *Antécédents judiciaires comme mineur*
- *Antécédents judiciaires comme majeur*

ANAMNÈSE MÉDICALE**ASPECTS SOMATIQUES (Y COMPRIS LES ASPECTS PSYCHO-SOMATIQUES)**

Etat de santé physiologique actuel

Antécédents médicaux

DEPENDANCES ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Discutez, entre autres, du type de dépendance (par exemple addiction aux drogues, à l'alcool, au jeu, sexuelle), des substances consommées (dans le cas de consommation de substances), de la durée, de la fréquence et des traitements éventuellement suivis en matière de dépendance.

*Antécédents de dépendances et de consommation de substances**

*Dépendances et consommation de substances au moment des faits et au moment de l'expertise.**

ANAMNESE PSYCHIATRIQUE(S)*

Discutez entre autres les antécédents de traitement psychiatrique et/ou psychosocial.

UTILISATION DE MÉDICAMENTS AU MOMENT DES FAITS ET AU MOMENT DE L'EXPERTISE***EXAMEN SOMATIQUE**

Examen physique

Examen neurologique clinique

Electro-encéphalogramme (EEG)

Examen de neuro-imagerie En cas de résultats anormaux/d'anomalies, décrivez-en clairement l'intérêt pour l'appréciation du comportement et envisagez des examens neuropsychologiques supplémentaires.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE/PSYCHOLOGIQUE**COLLABORATION A L'EXAMEN****EVALUATION ET TESTING PSYCHOLOGIQUE***

*Le testing psychologique est obligatoire lorsque l'un des éléments suivants est soupçonné :**

- *Déficience mentale*
- *Troubles de la personnalité*
- *Psychopathie*
- *Organicité*

L'évaluation par des tests psychologiques doit être effectuée en principe par un psychologue clinicien ou par un neuropsychologue. Expliquez pourquoi certains tests ont été effectués par un expert d'une autre discipline ou par vous-même en tant que psychiatre, entre autres en mentionnant les formations suivies.

*Discutez des résultats et joignez le rapport complet du testing psychologique en annexe.**

*Confrontez les résultats actuels aux informations provenant d'autres sources.**

*Discutez aussi les échecs des tests psychologiques (par exemple, la simulation).**

OBSERVATIONS CLINIQUES EN PSYCHIATRIE LEGALE*

Faites une distinction entre l'état mental au moment des faits et au moment de l'examen.

CONSIDERATIONS RELATIVES AUX DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS*

Indiquez les diagnostics éventuels sur la base de la version la plus récente d'un système de classification, comme le DSM ou CIM. Indiquez la classification utilisée. Faites une distinction entre l'état mental au moment des faits et au moment de l'examen. Intégrez également les résultats des tests psychologiques éventuels.

EVALUATION DU RISQUE**RESULTATS AUX INSTRUMENTS STRUCTURES D'EVALUATION DU RISQUE**

Utilisez des instruments structurés d'évaluation du risque uniquement si vous disposez d'informations suffisantes

Précisez quels instruments d'évaluation du risque ont été utilisés et discutez les résultats. Présentez les résultats de manière à réduire au minimum le risque d'interprétation erronée par d'autres acteurs (judiciaires).

Expliquez également la validité des instruments utilisés (pouvoir prédictif, influence du taux de base) ainsi que leurs limites.

EVALUATION CLINIQUE DU RISQUE

CONSEILS CONCERNANT LE TRAITEMENT

POSSIBILITES THERAPEUTIQUES/TRAITABILITE, EN TENANT COMPTE DU NIVEAU DE SECURITE SOUHAITE*

CONCLUSION

LIEN DE CAUSALITE ENTRE LE(S) DIAGNOSTIC(S) ET LES FAITS*

Décrivez clairement s'il peut y avoir une relation de cause à effet entre les troubles mentaux et les faits.

CONCERTATION (EN CAS D'EXPERTISE MULTIDISCIPLINAIRE OU DE COLLEGE)*

Evaluation multidisciplinaire par:

- [nom], [fonction]
- [nom], [fonction]
- ...

Discutez tant les points de désaccord que les points de consensus dans le cas d'une expertise multidisciplinaire ou d'un collège.

DISPOSITIONS DE PROCEDURE*

*La personne intéressée a-t-elle été assisté par un médecin de son choix ou par un avocat? Si oui, par qui?**

*Les personnes mentionnées ci-dessus ont-elles fourni des informations? Si oui, quel est le point de vue de l'expert concernant ces informations?**

*Mentionnez les documents et les notes communiqués par l'avocat de l'intéressé et les commentaires à ce sujet.**

REPONSES AUX QUESTIONS

Mentionnez clairement quels faits / constatations ont conduit à la conclusion actuelle. Discutez également des éléments qui vont (potentiellement) à l'encontre de cette conclusion.

Afin de répondre de **manière cumulative** aux questions suivantes:

1. En vue de formuler une réponse à la question « La personne intéressée était-elle, tant au moment des faits qu'au moment de l'expertise, atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou altéré gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ? », veuillez répondre en particulier aux questions suivantes :

- 1.1. La personne intéressée était-elle, au moment des faits, atteinte d'un trouble mental qui a aboli sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
 - 1.2. La personne intéressée était-elle, au moment des faits, atteinte d'un trouble mental qui a altéré gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
 - 1.3. La personne intéressée était-elle, au moment de l'expertise, atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou altéré gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
2. Existe-t-il une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ?
3. La personne intéressée risque-t-elle, du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, de commettre de nouvelles infractions visées à l'article 9, § 1, °1, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement ?
4. Le cas échéant, la personne intéressée peut-elle être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société ?
5. Si les faits reprochés sont visés aux articles 371/1 à 378 du Code pénal ou aux articles 379 à 387 du même Code, commis sur des mineurs ou avec leur participation, est-il nécessaire d'imposer une guidance ou un traitement spécialisé ?.

"Je jure avoir rempli ma mission en honneur et conscience, avec exactitude et probité."

[lieu, JJ/MM/AAAA]

[signature de(s)

l'expert(s)]

Bibliographie

1. Caire M. Soigner les fous, histoire des traitements médicaux en psychiatrie. Nouveau monde; 2019.
2. Foucault M. Les anormaux (1974-1975). Edition numérique réalisée en août 2012 à partir de l'édition CD-ROM, Le Foucault Electronique, 2001.
3. Senon J-L, Jonas C. Expertise psychiatrique pénale. EMC-psychiatrie. 2017;14(3):1-10
4. Haute Autorité de Santé. Audition Publique. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Texte des experts; 2010.
5. Haute Autorité de Santé. Audition Publique. Expertises psychiatriques pénales; 2007.
6. Biéder J, Bénézech M. Au sujet de l'expertise mentale de Maurice Utrillo par Gaétan Gatian de Clérambault (1921). Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2016;174(3):226-230
7. La direction des affaires criminelles et de grâces a élaboré "Le guide de bonnes pratiques relatifs à l'intervention du médecin en garde à vue"; 2009.
8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - Conférence de consensus : Intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue;2004.
9. Code de procédure pénale - Article 63-3.
10. Code de procédure pénale - Article 63-2.
11. Abgrall-Barbry G, Dantchev N. Le psychiatre aux urgences médico-judiciaires. Ann Medico-Psychol Rev Psychiatr. 2011; 169(10):660-663
12. Code de procédure pénale - Article 706-47.
13. Susini ML. Responsabilité et article 64. Information psychiatrique. 1991;4(67):323- 325.
14. Protais C. Sous l'emprise de la folie ? L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009). EHESS; 2016.
15. Guignard L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale. Champ Pénal; 2005 .
16. Ternon M. Juger les fous au Moyen-âge : Dans les tribunaux royaux en France XIVe-XVe siècle. Presses Universitaires de France; 2018.

17. Le Bihan P. Analyse de livres. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2019;177(4):388- 390.
18. Code pénale (ancien) - Article 64.
19. Senon J-L, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2006;164(10):818- 827.
20. Code pénale - Article 121-3.
21. Code pénale - Article 122-1.
22. Zagury D. Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle; 2001.
23. Leturmy L. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux: principes et nuances. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique.* (/s direction de J. L. Senon, C. Jonas et M. Voyer), Elsevier Masson; 2013.
24. Senon JL, Lopez G, Cario R, et al. *Psycho-criminologie.* Dunod; 2012.
25. Code de procédure pénale - Article 156.
26. Code de procédure pénale - Article 167-1.
27. Code de procédure pénale - Article 157.
28. Code de procédure pénale - Article 159.
29. Foucault M. *L'angoisse de juger. Dit et écrits, tome III. Bibliothèque des sciences humaines;* 1994.
30. Boirot J. Experts psychiatres et crimes sexuels en Europe: De la scène judiciaire à l'action publique: Etude comparée: Angleterre, Espagne, Roumanie, Suède et France Thèse de Doctorat). (France): Université de Paris-Saclay, sous la direction du Pr Crettiez; 2016.^[1]_[SEP]
31. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.
32. Debuyst C. La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie. *Criminologie.* 1984;17(2):7- 24.
33. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois M. *Criminologie et psychiatrie. EMC-psychiatrie.* 2002;37-906-A-10
34. Archer E. Expertise psychiatrique de prélibération. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2006;164(10):857- 863.

35. Burgelin JF. Santé, Justice et Dangerousités : Pour une meilleure prévention de la récidive. Rapport de la commission Santé-Justice; 2005.
36. L'irresponsabilité pénale des furieux (personnes atteintes de troubles mentaux). Commentaire d'histoire du droit sur l'irresponsabilité pénale des personnes atteintes de maladies mentales durant l'Antiquité. Université Paris Nanterre; 2017-2018.
37. Renneville M. La dangerosité en psychiatrie : perspective historique. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. 2011;n°37.
38. Senninger J-L. Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale. EMC - Psychiatrie. 2007;4(1):1- 8.
39. Renneville M. Le criminel-né: imposture ou réalité? Dossier thématique : Histoire de la criminologie. Autour des archives d'anthropologie criminelle; 2005.
40. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. Inf Psychiatr. 2009;85(8):745- 752.
41. Couillet C, Di Tella C. Les mesures de sûreté. www.wikiterritorial.cnfpt.fr
42. Code de procédure pénale - Article 712-7.
43. Code de procédure pénale - Article 723-31.
44. Code pénale - Article 131-36-10.
45. Wulfman R. Les nouvelles missions de l'expert psychiatre. Médecine & Droit. 2007;2007(82):20-24.
46. Code de procédure pénale - Article 730-2.
47. Fédération française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles. Audition Publique - Auteurs des violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Rapport d'expert : Quelles évaluations de l'auteur de violences sexuelles dans le cadre de son parcours de peine ? 2018. www.ffcriavs.org > media > filer_public > rapport_du_17_juin_2018
48. Bonnafé L. Désaliéner : Folie(s) et société(s). Presses Universitaires du Mirail; 1992.
49. Senon JL. Psychiatrie et prison: toujours dans le champ de l'actualité. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2004;162(8):646- 652
50. Rouillon F, Falissard B, Duburcq A, Fagnani F. Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. Audition publique organisée par la Fédération française de psychiatrie les 25 et 26 janvier 2007

51. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 2002;359(9306):545- 550.
52. Diminution croissante du nombre de psychiatres experts judiciaires - Question écrite n°04790 de Mme Virginie Klès. Publiée dans le JO Sénat du 21/02/2013 - page 559.
53. Estano N. D'une constatation psychopathologique vers une évaluation psychocriminologique : réflexions autour d'une pratique de l'expertise pénale pré-sentencielle, une refonte nécessaire ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2016;174(6):415- 425.
54. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 2015;41(3):244- 250.
55. Bussière C, Autin S. Rapport de la commission de réflexion sur l'expertise. Ministère de la Justice et des Libertés; 2011.
56. Garraud J-P. Réponses à la dangerosité. Rapport sur la Mission Parlementaire confiée par le Premier Ministre à Monsieur Jean-Paul Garraud, Député de la Gironde, sur la Dangerosité et la prise en charge des Individus Dangereux; 2006.
57. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction DGOS/PF4/2019/11 du 16 janvier 2019 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre des soins pour l'année 2019.
58. Badinter R. La prison après la peine. *Le Monde.fr*; 2007. https://www.lemonde.fr/idees/article/2007/11/27/la-prison-apres-la-peine-par-robert-badinter_982982_3232.html
59. Zagury D. L'expertise psychiatrique pénale : une honte française. *Gazette du Palais*; 2016;n°19
60. Zagury D, Senon J-L. L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive. *Inf Psychiatr*. 2014;90(8):627- 629.
61. Assemblée nationale - Amendement N°1330.
62. Décret n°2019-390 du 30 avril 2019 modifiant la liste des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public
63. Code pénale - Article 132-72.
64. Rapport d'information n°434 (2009-2010) de M. Gilbert Barbier, Mme Christiane Demontes, MM. Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales - Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? 2010.

65. Le Bihan P, Bénézech M. Apport de l'analyse criminologique à l'expertise psychiatrique pénale. EMC, psychiatrie. 2019;37-902-A-05.
66. Zagury D. Vers une clinique de l'abolition du discernement. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2006;164(10):847-850
67. Zagury D. Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique. Haute Autorité de Santé. Audition Publique. Expertises psychiatriques pénales; 2007.
68. Guivarch J, Piercecchi-Marti M-D, Glezer D, Chabannes J-M. Divergences dans l'expertise de responsabilité des personnes schizo-phrènes accusées d'homicide volontaire : enquête auprès des experts de la cour d'appel d'Aix-en-Provence. L'Encéphale. 2006;42(4):296- 303.
69. Haute Autorité de Santé - La check-list «sécurité du patient au bloc opératoire» Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire
70. Bouchard J-P. Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2018;176(4):421- 424.
71. Senninger J-L, Fontaa V. Psychopathologie des malades dangereux. Dunod; 1996.
72. Bénézech M, Toutin T, Le Bihan P, Taguchi H. Les composantes du crime violent: une nouvelle méthode d'analyse comportementale de l'homicide et de sa scène. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2006;164(10):828-833.
73. Bénézech. M. Le crime et sa scène : méthode d'analyse comportementale de l'acte homicide. Forensic Rev Psychiatr Légale. 2004;n°19:19-25.
74. Baertschi B. La neuroéthique, ce que les neurosciences font à nos conceptions morales. Editions La Découverte; 2009.
75. Gkotsi G-M, Moulin V, Gasser J. Les neurosciences au Tribunal : de la responsabilité à la dangerosité, enjeux éthiques soulevés par la nouvelle loi française. L'Encéphale. 2015 ; 41(5):385- 393.
76. Vidal C. Vers une neuro-société : tout peut-il s'expliquer par l'imagerie cérébrale ? The Conversation; 2018.
77. Farahany NA. Neuroscience and behavioral genetics in US criminal law: an empirical analysis. J Law Biosci. 2015;2(3):485- 509.
78. Code de procédure civile - Article 16-14.
79. Gkotsi GM, Gasser J. Critique de l'utilisation des neurosciences dans les expertises psychiatriques : le cas de la responsabilité pénale. L'Évolution psychiatrique : psychanalyse, psychologie clinique , 2016,81(2):434-445

80. Pfohl J. S, Monahan J. Predicting Violent Behavior: An Assessment of Clinical Techniques. *Contemp Sociol.* 1983 ;12:174.
81. Baratta A, Halleguen O, Morali A. L'expertise post-sentencielle : vers une révolution méthodologique ? Nouvelles recommandations concernant l'évaluation des auteurs de violence sexuelle. *Rev Médecine Légale.* 2011; 2(1):17- 21.
82. Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. Les prédicteurs de la récidive sexuelle : une méta-analyse à jour (Rapport pour spécialistes n° 2004-02). Ottawa, ON: Sécurité publique Canada; 2004.
83. Senon J-L, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *Inf Psychiatr.* 2009; 85(8):719- 725.
84. Abondo M, Bouvet R, Palaric R, Spriet H, Le Gueut M. Évaluation du risque de récidive : de la nécessité d'une evidence-based expertise. *Médecine Droit.* 2014;2014(127):96- 104.
85. Lamanda V. Rapport pour le président de la République : Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux; 2008.
86. Pratt J. Dangerousness, Risk and Technologies of Power. *Aust N Z J Criminol.* 1995 ; 28(1):3- 31.
87. Voyer M, Millaud F, Dubreucq J-L, Senon J-L. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. *EMC-psychiatrie;* 2012:37-510-A-20.
88. Millaud F, Dubreucq J-L. Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *Inf Psychiatr.* 2012;88(6):431- 437.
89. Bonta J, Andrews D.A. Modèle d'évaluation et de réadaptation des délinquants fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité; 2007.
90. Matignon E. Les outils d'évaluation et les méthodes de prise en charge des personnes placées sous main de justice. Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire; 2015.
91. Loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude; 1964 - article 1.
92. Pham T, Saloppé X, Bongaerts X, Hoebanx J-L. L'expertise dans le cadre de la loi de Défense Sociale en Belgique : repères diagnostiques et recommandations. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2007;165(1):49- 55.
93. Vicenzutto A, Dujardin J, Delannoy D, Hoang TP. Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2019; 177(9):892–895

94. Schweitzer M-G, Puig-Verges N. Expertise psychiatrique, expertise médicopsychologique. Enjeux de procédure, enjeux cliniques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2006;164(10):813-817.
95. Moniteur Belge. Loi relative à l'internement des personnes; 2014.
96. Grøndahl P. Scandinavian forensic psychiatric practices – an overview and evaluation. *Nord J Psychiatry.* 2005; 59(2):92- 102.
97. Radovic S, Meynen G, Bennet T. Introducing a standard of legal insanity: The case of Sweden compared to The Netherlands. *Int J Law Psychiatry.* 2015; 40:43- 49.
98. Svennerlind C, Nilsson T, Kerekes N, et al. Mentally disordered criminal offenders in the Swedish criminal system. *Int J Law Psychiatry.* 2010; 33(4):220- 226.
99. Belfrage H, Fransson G. Swedish Forensic Psychiatry: A Field in Transition. *Int J Law Psychiatry.* 2000; 23(5):509- 514.
100. Bénézech M, Auriacombe M, Martin C, Serin N. De la nécessaire création de centres d'évaluation et d'expertise criminologiques à l'échelon régional. *Ann Méd-Psychol.* 1995;153:597- 600.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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 ».