

Recommandations de la commission d'audit de l'Expertise Psychiatrique pénale

- [Promoteurs et Comités](#)
- [Questions posées aux experts](#)
- [Communication de presse](#)

- [Abonnement](#)
- [Comité de Rédaction et remerciements](#)

Promoteurs et Comités

Audition Publique « Expertise Psychiatrique Pénale - 25 et 26 janvier 2007
Ministère de la santé et des solidarités - Paris

Promoteur : Fédération Française de Psychiatrie

Avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la **Haute Autorité de Santé**

Avec le soutien de la **Direction Générale de la Santé**

Comité d'Organisation : G. ROSSINELLI, président ; psychiatre, Toulouse, P. DOSQUET : méthodologie H.A.S. Saint-Denis La Plaine, M. GROHENS : psychiatre, Poissy, C. HAINDAVOINE : méthodologie HAS, Saint-Denis La Plaine, J.-C. PASCAL : psychiatre, Antony, N. RICHARD : Direction générale de la santé, Paris, J.-L. SENON : psychiatre, Poitiers, M. THURIN : psycholinguiste, Paris

Membres de la commission d'audit : J.-L. SENON, président ; psychiatre, Poitiers, M. BELONCLE : psychiatre, Nantes, G. BENHAMOU : journaliste, Paris, G. CHANTRAINE : sociologue, Guyancourt, A. CIAVALDINI : psychologue, Grenoble, F. DOUCHEZ : avocat, Toulouse, J.-M. ELCHARDUS : psychiatre, médecin légiste, Lyon, A. FERRAND-RICQUER : directeur d'hôpital, Antony, D. FRÉMY : psychiatre, Besançon, D. LEGUYA : psychiatre, Angers, O. LEHEMBRE : psychiatre, Valenciennes, P. LEMAIRE : procureur de la République, Lille, L. LETURMY : maître de conférences, faculté de droit, Poitiers, G. MASSE : psychiatre, Paris, T. PERRIQUET : vice-président chargé de l'instruction au tribunal de grande instance de Toulouse, Toulouse, P. POTIER : sous-directeur adjoint de l'administration pénitentiaire, Paris, J. RENAUD : Union européenne de la santé, Paris, M. ROYER : psychiatre, Paris, M. S. SPANET : médecin légiste, Poitiers, F. THIBAUT : psychiatre, Rouen

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

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

Questions posées aux experts

Introduction - Comité de rédaction de PLR

Établissant classiquement le juge sur la responsabilité pénale, la punissabilité et la dangerosité psychiatrique des personnes dans le cadre des procédures judiciaires, l'expert a vu, dans les commissions d'expertise d'élites qui se sont tenues, un élargissement de ses missions à l'évaluation de la dangerosité criminologique et à l'examen des victimes.

Une audition publique s'est tenue les 25 et 26 janvier 2007, centrée sur l'abrid des problématiques concernant la formation, le recrutement, les conditions et perspectives d'exercice qui relèvent d'une implication partagée de la santé et de la justice. La question portant sur la responsabilité pénale des personnes présentant des troubles psychiatriques a été un centre des préoccupations.

La commission qui s'est réunie à l'issue de cette Audition Publique a publié un rapport et a établi des recommandations autour de cinq questions majeures.

Question 1.

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

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

L'expertise remplit de moins en moins le rôle de filtre visant à repérer les malades afin de leur donner des soins appropriés, du fait de la conjonction de facteurs multiples :
 - célérité attendue de la justice dans le sillage des recommandations européennes afin de fournir à l'officier de police judiciaire et le parquet de ses actes de déguiser des faits à juger pour éviter en compte l'éventuelle pathologie du justiciable, et pour le médecin, éventuellement réquisitionné dans le cadre de la garde à vue, de procéder à une évaluation clinique satisfaisante ;

- multiplication des obligations d'expertises prévues dans le Code de procédure pénale (CPP) ;
- développement de l'expertise de dangerosité ;
- et, par contraste, démographie décroissante des experts psychiatres, certaines cours d'appel, avec une inégalité de répartition sur le territoire national, n'ayant plus d'experts.

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

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

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

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

Dans le respect des missions qui incombent au législateur, la commission d'audit suggère une réécriture de l'alinéa 2 de l'article 122-11 du CP. Cette nouvelle rédaction devrait permettre à la personne atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes de bénéficier d'un atténuation réelle de responsabilité avec imputation de peine, par exemple sous la forme d'une exécution atténuée de responsabilité partielle. La peine privative de liberté prévue ne pourrait être susceptible à la motie de la peine encourue, la durée restante donnant lieu à une obligation de soins fixés et réévaluée en fonction de l'état clinique.

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

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

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

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

Question 2.

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

I. Quels sont les problèmes rencontrés par le magistrat du parquet dans l'expertise préliminaire et quelles sont les attentes de ce magistrat face au psychiatre ?

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

et rejoignant des conclusions du rapport de la commission Santé-Justice2, présidée par J.-F. Burgelin, la commission d'audit recommande :

- que toute personne gardée à vue et susceptible d'être incarcérée fasse l'objet lors de son examen médical prévu par le CPP d'une attention particulière à la clinique psychiatrique ;
- qu'en cas de besoin soit diligentée une réquisition d'un psychiatre qui répondrait aux seules questions suivantes :

1. La personne mise en cause présente-t-elle une pathologie psychiatrique ?
2. Cette pathologie nécessite-t-elle des soins immédiats et, si oui, selon quelles modalités ?
3. L'état psychique de la personne justifie-t-il la réalisation à distance d'une expertise psychiatrique ?

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

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

Cet examen doit pouvoir être réalisé dans des conditions matérielles satisfaisantes. À cet égard, la commission d'audit rappelle l'actualité des recommandations de la conférence de consensus de 2004 sur l'intervention du médecin en garde à vue3, selon lesquelles « l'entretien du médecin avec la personne gardée doit être réalisé dans les délais les plus brefs, dans une langue réciproquement comprise, dans la confidentialité, la confiance et la sécurité ». La mise en place d'unités de psychiatrie médico-légale, telles qu'elles existent sur certains sites, peut avoir un intérêt quand elles vont dans le sens d'une organisation contractualisée entre parquet et hôpital.

II. Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ?

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

L'abolition du discernement concerne toutes les situations cliniques et médico-légales dans lesquelles l'expert peut mettre en évidence un lien direct et exclusif entre une pathologie psychiatrique aliénante au moment des faits et l'infraction commise. Le champ de l'abolition du discernement garde toute sa pertinence et n'est en rien amputé par celui de l'altération du discernement.

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

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

III. Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise ?

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

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

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

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

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

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

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

IV. Expertise aux assises

Principes généraux

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

Possibilité d'une seconde expertise

Le délai de la temporalité particulière de la procédure criminelle, il peut s'écouler en moyenne 2 ans entre la commission des faits et leur jugement en cours d'assises. Durant ce laps de temps, la position du mis en examen vis-à-vis des faits peut avoir varié, les caractéristiques de sa personnalité évoluée, et on a pu voir apparaître ou disparaître des troubles psychopathologiques. Il peut être souhaitable dans les cas particulièrement difficiles d'avoir recours à une seconde expertise dans les semaines précédant le jugement d'assises : cette expertise peut avoir pour avantage de permettre une mise en perspective diachronique de l'évolution du justiciable et de sa position par rapport aux faits. L'article 283 du CPP permet, avant le procès d'assises, au président de diligenter une nouvelle expertise.

Documents nécessaires à l'expert

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

Articulation des expertises psychiatriques et des examens médico-psychologiques

Trois niveaux d'expertise sont proposés, ainsi que l'articulation suivante entre l'expert psychiatre et l'expert psychologue (cf. *Tableau 1*).

La commission d'audit recommande que l'expert psychologue clinicien dispose d'outils spécifiques permettant d'évaluer certaines caractéristiques de la personnalité (épreuves projectives) et de mesurer les compétences cognitives.

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

Expertise conjointe

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

Expertise contradictoire

La réforme de l'article 283 du CPP tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale introduit des éléments de procédure contradictoire dans la réalisation de l'expertise pénale. La commission d'audit estime que l'application de la loi ne sera pas simple, notamment dans les cours d'appel où le nombre des experts est très réduit ou quand ceux-ci sont peu expérimentés.

Tableau 1. Articulation des expertises psychiatriques et des examens médico-psychologiques

Expertise psychiatrique	Examen médico-psychologique
Niveau 1 - identification d'une pathologie psychiatrique : - recherche d'une altération éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 1 du CP	Niveau 2 - lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet - Niveau 3 - Niveau 4 - Niveau 5
Niveau 2 - recherche d'une altération éventuelle du discernement au moment des faits, conformément à l'article 122-1 alinéa 2 du CP	Niveau 2 - lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet - Niveau 3 - Niveau 4 - Niveau 5
Niveau 3 - évaluation de la dangerosité criminologique	Niveau 2 - lecture psychodynamique du passage à l'acte dans ses rapports avec la personnalité et l'histoire du sujet - Niveau 3 - Niveau 4 - Niveau 5

V. Expertise du mineur

La commission d'audit recommande :

- u d'exiger que l'expert désigné pour évaluer un mineur (auteur ou victime) possède une compétence en pédopsychiatrie ou en psychiatrie de l'adolescent attestée par sa formation et son expérience pluridisciplinaire
- u dans le cas de l'expertise des mineurs auteurs d'infraction :

- de ne pas porter de diagnostics de personnalité avant l'âge de 16 ans, suivant ainsi les recommandations de l'OMS,
- de disposer de diverses sources d'information sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent : dossier, procès-verbaux des officiers de police judiciaire, informations provenant de l'école, des éducateurs en cas d'assistance éducative,
- de rencontrer les parents et l'environnement familial. En effet, l'examen clinique ne suffit pas pour expliquer si le comportement délictueux est l'expression de troubles structurés évolutifs ou s'il s'agit d'un moment de crise développementale,

- d'officialiser la communication du dossier d'assistance éducative aux instances pénales pour la conduite des investigations et demander sa transmission aux experts et aux parties,
- de rechercher systématiquement, dans le cas particulier des mineurs auteurs d'infractions sexuelles, une victimisation antérieure, dont la fréquence est signalée ;

- dans le cas de l'expertise des mineurs victimes de violences sexuelles :

- de favoriser le recours à une expertise précoce qui peut être réalisée comme l'autorise la loi du 17 juin 19985 à la demande du parquet ou sur réquisition dans une unité médico-judiciaire pour mineurs,
- de visionner l'enregistrement audiovisuel réalisé pendant l'audition de la victime,
- d'être prudent quant à certaines techniques utilisées (interprétation des dessins de l'enfant, utilisation des poupées sexuées),

- d'évaluer soigneusement les mécanismes de l'emprise que peu(ven)t exercer le (ou) les adulte(s) sur le mineur,

- de recourir à l'entretien familial, essentiel pour la compréhension de la dynamique interne à la famille et l'évaluation de la récurrence transgénérationnelle des traumatismes d'ordre sexuel,
- d'abandonner l'expertise de crédibilité et de suivre le modèle d'expertise diffusé par la circulaire CRIM/AP n° 05-10/E1-02-05/20056.

VI. Expertise post-sentencielle de pré-libération

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

VII. Expertise post-sentencielle et injonction de soins

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

Il convient de préciser que l'expert doit disposer de l'ensemble des pièces nécessaires à l'accomplissement de sa mission, particulièrement le dossier pénal. L'expert doit pouvoir s'appuyer sur les centres ressources disponibles tant pour l'aide à la décision que pour sa nécessaire formation.

Question 3.

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

I. La clinique expertale doit-elle se restructurer, se spécifier et répondre à de nouvelles demandes ?

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

Les expériences des experts tant dans leur pratique clinique psychiatrique que dans leur pratique d'expertise viennent apporter un éclairage aussi pertinent que possible entre une pathologie et des comportements, voire des faits. Les questions posées par les alinéas de l'article 122-11 du CP demandent des réponses alliant une connaissance de la clinique psychiatrique et plus particulièrement des pathologies impliquées dans des actes de caractère pénal.

La confrontation des expériences des différents experts, lors de l'audition, vient souligner l'intérêt de contrôler des connaissances médico-légales qui sont consensuelles sur les troubles qui abolissent le discernement et ceux qui peuvent l'altérer, ainsi que sur les troubles qui abolissent le contrôle des actes ou qui l'entravent partiellement.

La psychiatrie médico-légale pourrait de manière plus homogène déterminer les processus intellectuels, affectifs ou émotionnels qui sont en cause. La réponse à la question cruciale « comment la société pourra-t-elle être davantage satisfaisante si elle est la plus productive ou la moins productive d'une expertise à l'égard d'un autre ».

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

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

adversives qui entraînent des pathologies du comportement, soit dans le contexte d'une dépendance avant la commission des faits à caractère pénal, soit dans le cadre d'une consommation occasionnelle.

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

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

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

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

II. Quelles sont les conséquences pour les questions types posées aux experts ?

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

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

III. Proposition de plan type du rapport de l'expert

Le plan type suivant est proposé.

- 1) Introduction
- 2) Documents consultés
- 3) Présentation

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

d) Déroulement de l'examen

Ce chapitre, qui doit également être court, permet de situer la qualité de la relation expertale en fonction des conditions matérielles de l'examen, de l'investissement de l'expertisé, de sa compréhension de l'acte et de l'expertise, en fonction de sa capacité à réaliser de façon autonome un entretien. Cet aspect est beaucoup plus important qu'on ne le croit car on ne peut pas avoir la même crédibilité dans l'expertise si l'expert une orientation prospective de l'expertise et demande de prendre en compte tant l'environnement des soins psychiatriques, que les dispositifs nécessaires durablement pour les soins, que l'environnement psychos