



Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique

*Au nom d'un groupe de travail**

*Commission 5 « Psychiatrie et santé mentale » & Commission 17 « Éthique et droit »
et*

Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice (CNECJ)

Sous la direction de Jacques Hureau

Jean-Pierre Olié et Jean-Claude Archambault, rapporteurs

Résumé

L'évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique est une des missions les plus délicates qui puisse être confiée à un expert judiciaire psychiatre en raison des outils disponibles et des conséquences individuelles et sociales potentielles de cette évaluation.

Après l'exposé des motifs de ce rapport et quelques remarques préliminaires, les chapitres analytiques successifs traitent de la saisie de la dangerosité psychiatrique et criminologique par le droit pénal, du dilemme permanent entre asile ou prison, des apports de la médecine pour comprendre et résoudre les problèmes liés à la dangerosité, du rôle de l'expertise médicale, des modalités de l'évaluation de la dangerosité mises à sa disposition et des mesures à prendre pour améliorer la qualité de ces expertises.

Il s'en dégage des conclusions et recommandations pour une meilleure prise en charge de l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique.

* Membres du groupe de travail

Commission 5 – Psychiatrie et santé mentale : Henri LÔO – Psychiatrie (Président de la Commission 5) ; Jean-Pierre OLIÉ – Psychiatrie (Secrétaire et rapporteur du Groupe de travail) ; Jean-François ALLILAIRE – Psychiatrie ; Odile RETHORÉ – Génétique – Handicap

Commission 17 – Éthique et droit : Jacques HUREAU – Droit médical (Président du groupe de travail) ; Monique ADOLPHE – Pharmacie – Biologie (Visiteuse des prisons) ; Claudine BERGOIGNAN-ESPER – Professeur de droit médical à Paris V ; Yves CHAPUIS – Chirurgie – Expertise (Président Hon. de la Commission 17) ; Renaud DENOIX DE SAINT MARC – Vice-Président honoraire du Conseil d'Etat, membre du Conseil Constitutionnel ; Dominique LECOMTE – Directeur de l'Institut médico-légal de Paris ; Aline MARCELLI – Biologie – Déontologie médicale

Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice (CNECJ) : Jean-Claude ARCHAMBAULT – Psychiatrie – Vice-Président du CNECJ (Co-rapporteur du groupe de travail)

Invités permanents : Olivier JARDÉ – Santé publique – Médecine légale ; Bruno FALISSARD – Santé publique – Santé mentale de l'adolescent – Méthodologie

RAPPORT

I - Exposé des motifs

Dans le courant de décembre 2011, l'Académie nationale de médecine (ANM) et le Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice (CNCEJ) ont pris connaissance du « Projet de loi de programmation N° 4001 relatif à l'exécution des peines », examiné en Commission des Lois le 21 décembre et présenté en première lecture à l'Assemblée Nationale le 10 janvier 2012.

Dans ses articles 6 et 7, ce projet avait pour but de pallier le déficit en médecins psychiatres impliqués dans l'activité psycho-criminologique.

Quelques chiffres officiels suffisent à justifier cette démarche :

- > 200 000 personnes placées sous main de justice,
- 67 000 en milieu carcéral,
- 20% des individus incarcérés souffrant d'un trouble psychiatrique,
- > des 2/3 des personnes sous main de justice en milieu ouvert dans des situations plus ou moins contraignantes, dont une proportion supérieure à celle de la population générale relèvent d'un suivi psychiatrique,
- 11 000 psychiatres en France, dont 5200 hospitaliers, dont 700 à 800 seulement, surtout hospitaliers, sont impliqués dans cette branche criminologique de la psychiatrie.

Les deux articles du projet (6 et 7) ne pouvaient que surprendre, connaissant la difficulté des missions confiées aux médecins psychiatres experts :

- **selon l'article 6 :** dans les expertises collégiales comprenant 2 médecins psychiatres, l'un des psychiatres pourrait être remplacé par un expert psychologue formé à la psychopathologie.

C'est confondre la spécificité des deux disciplines. Elles peuvent se compléter mais non se substituer.

- **selon l'article 7 :** les internes en formation dans la spécialité de psychiatrie pourraient assurer la prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice. En contrepartie, une allocation mensuelle leur serait versée jusqu'à la fin de leurs études médicales. Ils s'engageraient à exercer en qualité de psychiatre à titre salarié ou à titre libéral et salarié, à compter de la fin de leur formation, et à demander leur inscription sur **la liste d'experts près la cour d'appel** et sur **la liste de médecins coordonnateurs** prévue à l'article L. 3711-1 du CSP, dans un ressort caractérisé par un nombre insuffisant de psychiatres experts judiciaires ou de médecins coordonnateurs.

Cela revient à substituer à des médecins psychiatres chevronnés des psychiatres en formation ou des médecins psychiatres fraîchement diplômés. Un tel retour en arrière sur la nécessité, pour l'autorité judiciaire, de s'entourer d'experts compétents n'est pas réaliste dans un des domaines les plus difficiles et les plus controversés de la psychiatrie médico-légale, l'évaluation de la dangerosité.

En procédure d'urgence, ce projet, après vote au Sénat et décision du Conseil constitutionnel, a été promulgué dans la « **Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines** » qui reprend intégralement dans ses articles 8 et 9 le libellé des articles 6 et 7 du projet (Annexe I).

Ni l'ANM ni le CNCEJ n'ont été consultés. Des actions ont été menées, avant le vote de la loi, pour insister auprès des autorités concernées sur les compétences indispensables pour assumer de telles fonctions.

Tout au plus avons-nous obtenu que la notion d'une **formation spécifique** « *en sciences criminelles, en psychiatrie légale ou criminelle, en psychologie légale ou criminelle, relative à l'expertise judiciaire ou à la prévention de la récidive* » soit incluse dans l'article 9 de la loi.

L'ANM se devait de mener une réflexion sur l'« **Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique** ». Avec l'aval de son Conseil d'administration et l'approbation de l'Assemblée plénière le 17 janvier 2012, un groupe de travail a examiné la question du 21 février au 26 juin 2012, en auditionnant notamment dix personnalités compétentes* qui ont accepté de nous faire part de leur point de vue et de leur expérience, ce dont nous les remercions vivement.

Peu avant le début de ces travaux, le 21 septembre 2011, une proposition de loi (n° 3727), concernant la « **Création d'une Ecole nationale de psycho-criminologie et portant diverses mesures relatives à l'évaluation de la dangerosité** », a été déposée à l'Assemblée Nationale par Jean-Paul Garraud, auteur en 2006 d'un rapport parlementaire intitulé « **Réponse à la dangerosité** ».

Depuis lors, certains changements sont intervenus qui, indépendamment de toute option philosophique, n'ont pas modifié la problématique de l'évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique.

Deux nouvelles possibilités s'offrent pour faire connaître aux autorités compétentes le point de vue de l'ANM partagé par le CNCEJ :

- la loi du 27 mars 2012 semble devoir être remise en cause, même si les motifs invoqués pour cela ne concernent pas directement les articles 8 et 9 (« Proposition de loi N° 594 visant à abroger la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines » enregistrée au Sénat le 6 juin 2012) ; quelles qu'en soient les modalités, une nouvelle loi sera inévitablement mise en chantier ;

- le 17 août 2012, nous étions informés que « *à la suite des déclarations de François Hollande [Président de la République] sur sa volonté de lutter contre la récidive, le ministère de la Justice [devait] installer le 18 septembre une « conférence de consensus » sur le sujet... [dont le jury serait] chargé d'établir une synthèse sur la question de la dangerosité et de la récidive pour la fin de l'année...* » ;

Notre Secrétaire perpétuel, le Professeur Raymond Ardaillou, a aussitôt informé la Ministre de la Justice : « *...Le Conseil d'administration de l'Académie nationale de médecine avait décidé de créer en janvier 2012 un groupe de travail sur ce thème, suite à la lecture du projet de loi à l'origine des articles 8 et 9 de la loi N° 2012-409 du 27 mars 2012 qui appelait des réserves de notre part... Le Président de l'Académie, André Laurent Parodi, et moi-même souhaitons vivement que les trois acteurs principaux de ce groupe de travail, les professeurs Jacques Hureau et Jean-Pierre Olié, membres de l'Académie nationale de médecine et experts agréés par la cour de cassation et le Docteur Jean Claude Archambault, psychiatre des Hôpitaux, vice-président du Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice et expert agréé par la cour de cassation, soient invités à participer à la conférence de consensus...* ».

*** Personnalités auditionnées**

- Daniel ZAGURY, médecin psychiatre des hôpitaux, expert près la cour d'appel de Paris ; - Paul BENSUSSAN, psychiatre, expert agréé par la cour de cassation ; - Jean Olivier VIOUT, Procureur Général honoraire près la cour d'Appel de Lyon ; - Bruno FALISSARD, PU-PH, pédopsychiatre, Professeur de santé publique, Directeur d'unité INSERM ; - Dominique LOTTIN, Première Présidente de la Cour d'appel de Douai ; - Alain LALLEMENT, Président de Chambre au TGI, de Lille ; - Jean-Paul DELEVOYE, Président du Conseil économique, sociale et environnemental ; - Christine LAZERGES, Professeur de droit pénal à l'Ecole de droit de la Sorbonne (Paris I) – Directrice de l'Ecole doctorale de droit comparé ; - Odile RETHORÉ, membre de

l'Académie nationale de médecine, généticienne ; - Monique ADOLPHE, membre de l'Académie Nationale de Médecine, Présidente honoraire de l'Académie Nationale de Pharmacie, es qualité de « visiteuse des prisons »

II – Remarques préliminaires

Quelques éléments contextuels que la médecine ne peut ignorer

Préalablement à toute analyse médicale plusieurs constats doivent être faits :

- tout groupe humain vit sur un équilibre entre espérances, peurs, et humiliations : quand il n'y a plus de raison d'espérer, le risque est de voir se développer des peurs ou des humiliations génératrices de rejet d'autrui et de violences ; la médecine ne saurait rester sourde aux souffrances ainsi manifestées ;
- il est souvent affirmé que le système éducatif français favorise une mésestime de soi par la mise en avant des défaillances de l'enfant ou de l'adolescent plus que ses performances ; ceci peut être un facteur de fragilisation de l'harmonie entre les individus ;
- on peut craindre qu'aujourd'hui l'enfant soit davantage objet de consommation de parents fatigués par leurs investissements professionnels que sujet d'éducation : cette altération des interactions précoces est susceptible de laisser des cicatrices à l'âge adulte.

Dans ce contexte, la médecine ne peut seule fournir les réponses adaptées.

Le risque et le danger sont des notions difficiles à cerner

Le risque se distingue de l'aléa [1]. Il est plus anodin que le danger qui suppose la possibilité d'un dommage grave. Le risque est peu probable alors que l'on parle de danger lorsque la probabilité de survenue d'un événement est élevée. Le danger est « *ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose et la situation qui en résulte* ». La dangerosité caractérise toute circonstance ou condition potentiellement dangereuse. En terme médical, elle relève non de la démarche diagnostique mais de l'évaluation pronostique ; elle entre dans le domaine de la prédiction avec la dimension aléatoire de tout pronostic.

Le principe de précaution appliqué à l'humain, pourtant par définition imprévisible, conduit à concevoir une prévention absolue du risque. **Les experts médecins sont désormais sollicités pour participer à cette utopie du risque zéro.** Ceci justifie que les médecins affirment les limites de leur art. Le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, objet d'un rapport d'information à l'Assemblée Nationale en 2012 [2] en est un exemple. L'ANM avait antérieurement souligné les progrès à réaliser en matière de prédiction de la récurrence de délinquance sexuelle [3] (Annexe IV).

III – L'irruption de la dangerosité dans le champ pénal psychiatrique et criminologique [4]

Le terme « criminologie » est né en 1885 pour faire la différence avec l'anthropologie criminelle.

Il est alors souligné la nécessité de prendre en compte les anomalies définissant la personnalité criminelle et les conditions du milieu capables de favoriser l'occurrence de l'infraction. La dangerosité doit donc être conçue comme un processus dynamique dont l'évaluation ne saurait se réduire à celle d'un individu.

Le concept de dangerosité a fait son entrée officielle dans le droit pénal français [5-6] à l'occasion de la loi n° 2008-174 du 25.02.08 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, à la suite du rapport de J-F Burgelin en juillet 2005 (Annexe II). Cette disposition législative a été étendue à l'ensemble de la population pénale, par la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 visant à amoindrir le risque de récurrence criminelle, et portant diverses dispositions de procédure pénale.

La dangerosité psychiatrique est définie comme un risque de passage à l'acte lié à un trouble mental.

La dangerosité criminologique se définit en termes de forte probabilité donc de pronostic que présente un individu de commettre une nouvelle infraction empreinte d'une certaine gravité (Annexe III).

Qu'est-ce qu'une forte probabilité ? Qu'est-ce qu'une infraction empreinte d'une certaine gravité ?

Le rôle principal de l'expert, que ce soit dans l'ancien code pénal ou dans celui de 1994, était d'apprécier l'irresponsabilité pénale, et *de facto* la dangerosité psychiatrique. Il s'agissait en fait d'établir un diagnostic. Avec l'évaluation de la dangerosité l'expert établit un pronostic.

La dangerosité criminologique ne saurait relever de la seule évaluation médicale.

Le rapport définissant les objectifs de la politique d'exécution des peines annexé à la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines (Annexe III) n'a pas méconnu le problème. Il préconise que « *de manière plus générale, l'évaluation de la dangerosité criminologique des personnes placées sous main de justice doit s'inscrire dans une approche résolument pluridisciplinaire, afin d'appréhender l'ensemble des facteurs, psychologiques, environnementaux et contextuels, susceptible de favoriser le passage à l'acte* ». Le rapport poursuit sur la nécessité de « *renforcer la pluridisciplinarité des expertises pour les condamnés ayant commis des faits les plus graves* ».

III – De l'asile à la prison

Les études épidémiologiques révèlent une prévalence élevée de pathologies mentales dans la population carcérale. Selon l'étude de B. Falissard [7], *plus de 10 % des personnes détenues en France souffrent de troubles schizophréniques (versus 1 % dans la population générale et versus 4 % en moyenne dans la population des personnes détenues en prison à l'étranger selon S. Fazel) [8].* Addictions aux substances légales (alcool) ou illégales (cannabis au premier plan, héroïne), troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles anxieux sont également surreprésentés dans cette population. On pouvait évidemment s'attendre à observer ces pathologies dans une population ayant manifesté des conduites déviantes et se trouvant confrontée aux conséquences d'actes antisociaux : les troubles mentaux nourrissent des liens étroits avec la déviance, les consommations de toxiques sont souvent un déterminant d'actes antisociaux.

Il est préoccupant de compter parmi les détenus une surreprésentation de troubles psychiatriques tels que les troubles schizophréniques : ceci pose la question de la finalité première de l'expertise psychiatrique en présentenciel. Est-elle de discriminer délinquants malades mentaux et délinquants responsables de leurs actes ? Ou n'est-elle plus cela ? Il convient de rappeler que le travail de Pinel, père fondateur de la psychiatrie fut précisément de distinguer parmi les délinquants ceux qui relevaient d'une prise en charge médicale. L'incarcération de personnes atteintes de schizophrénie fait en outre courir plusieurs types de risques :

- absence de mise en place d'une thérapeutique avec le suivi nécessaire : pour ces pathologies de type schizophrénique, le niveau de rémission optimal s'obtient au cours des 5 premières années d'évolution ; au-delà le handicap psychique sera définitif ;
- risque d'aggravation de la symptomatologie autistique lors de l'incarcération : sa non prise en compte conduit à une ignorance de la pathologie après l'incarcération, facilitatrice de répétition d'actes antisociaux en raison de la valeur non éducative de la punition sur des sujets dont le comportement est surtout dicté par la maladie.

Quoique pleinement justifiée, la mission des soignants en psychiatrie travaillant en milieu carcéral ne saurait être de se substituer aux soignants travaillant en milieu hospitalier.

Le retour vers une confusion entre établissements de soins et établissements pour peine n'est souhaitable ni pour les personnes malades ni pour la société.

Certains faits indiquent l'actuelle confusion : n'a-t-on pas vu récemment le cas de délinquants soumis à une surveillance par bracelet électronique avec suivi socio-judiciaire assignés à résidence à l'hôpital psychiatrique par décision judiciaire ? [9]. Par ailleurs, la réduction des capacités d'accueil des établissements psychiatriques ne saurait justifier un transfert des prises en charge des malades mentaux ayant commis un acte criminel de l'hôpital vers la prison.

Plusieurs points doivent être rappelés :

- les individus de faible niveau intellectuel peuvent avoir des capacités d'autonomie réduites; ils sont d'autant plus à risque qu'ils appartiennent à un milieu défavorisé au plan socio- économique ; ils sont particulièrement susceptibles de développer des troubles mentaux au premier rang desquels addictions ou troubles psychotiques. Leur incapacité à trouver par eux-mêmes un cadre social suffisamment structurant peut s'avérer problématique dès lors que l'hôpital psychiatrique ne joue plus le rôle d'asile protecteur qui fut le sien jusqu'aux années 70 : notre pays manque de structures d'accueil pour ces handicapés sociaux généralement qualifiés de personnalités pathologiques (« personnalité antisociale », « déséquilibré », « état limite », « immature »...) ;
- la France dispose d'une organisation de la psychiatrie publique dite sectorielle ayant pour mission la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires. Cette organisation a permis une réduction du nombre de lits d'hospitalisation parallèlement au développement des soins ambulatoires. Il conviendrait désormais que chaque Agence Régionale de Santé définisse les besoins d'accueil médicosocial au long cours de ces populations vulnérables parce que porteuses d'un handicap psychique ou mental, pour en assurer la prise en charge dans des conditions d'hébergement dignes avec une sécurité suffisante pour la société.

Par ailleurs, il ne faut pas ignorer que violence et prison nourrissent des liens complexes. **L'enfermement carcéral n'est pas le meilleur outil pour prendre en charge un déséquilibré mental. La prison exacerbe trop souvent la violence:**

- l'indispensable sécurité engendre de nombreux gestes faisant écho à la violence: fouille au corps, inspections des cellules ; il convient toutefois de noter que la nouvelle loi pénitentiaire de 2011 va dans le sens de plus d'humanité donc moins de violence ;
- la discipline entraîne la violence lorsqu'elle est appliquée de manière aveugle ; la promiscuité due à la surpopulation est génératrice d'agressivité ; les douches sont un exemple de lieux de violences en tous genres ;
- la lourdeur de la majorité des procédures du milieu carcéral est inhumaine et ne fait que renforcer la position des détenus en véritables exclus de notre société.
- A tout cela s'ajoute la violence propre à certains détenus. En prison existe en outre un commerce des drogues illicites, source de tensions et de violences.
- Enfin, on ne peut ignorer que le citoyen rejette tout ce qui a trait à la prison.

IV – Qu'attendre de la médecine ? [10]

Le 20^e siècle a connu d'importantes avancées de la nosologie des maladies mentales, notamment sous l'impulsion des psychiatres allemands Kraepelin et Bleuler, à l'origine de l'identification de grands syndromes cliniques tels que schizophrénies, délires chroniques, troubles bipolaires, démences.

Dans la deuxième moitié du 20^e siècle, certains troubles du comportement sont entrés dans le champ de la connaissance médicale : les addictions pharmacologiques ou non pharmacologiques, les conduites suicidaires, les déviations sexuelles regroupées sous le terme de paraphilies.

La psychiatrie contemporaine individualise en outre les troubles de la personnalité, états psycho-comportementaux stables générateurs de souffrances pour l'individu ou son environnement. Trois catégories de troubles de la personnalité sont identifiées :

- *la catégorie A* regroupe les personnalités schizoïdes, paranoïaques, schizophréniques,
- *la catégorie B* regroupe les personnalités dites limites, antisociales, histrioniques, narcissiques,
- *la catégorie C* regroupe les personnalités dépendantes, évitantes, obsessionnelles compulsives.

Cette élaboration nosographique des troubles psychiques et comportementaux ne s'est pas faite sans controverses.

La plus spectaculaire concerne la catégorie « homosexualité » aujourd'hui retirée de la liste des affections psychiatriques. La catégorie « pervers » a également été écartée parce que correspondant davantage à un

jugement qu'à un diagnostic médical. De même que la catégorie « personnalité psychopathique » remplacée par le concept de « personnalité antisociale ».

Les maladies mentales génèrent bien des conduites déviantes, par exemple :

- le risque relatif d'acte criminel est augmenté d'un facteur 1,2 à 1,4 chez les patients atteints de schizophrénie comparativement à la population générale ;
- la catégorie des personnalités antisociales est définie, outre l'impulsivité, par une instabilité affective et sociale, une appétence pour les toxiques et la répétition d'actes antisociaux à partir de l'adolescence ;
- les conduites addictives sont susceptibles de générer des complications sociales : absentéisme professionnel et agissements répréhensibles, notamment pour se procurer des toxiques.

Le 20^e siècle a également vu se construire une connaissance psychopathologique utile pour décrire les modalités d'émergence de comportements plus ou moins adaptés à leur environnement. La notion de mécanisme de défense contre l'angoisse, le stress ou une réalité mal appréhendée enrichit la description clinique du passage à l'acte : déni, projection, clivage, refoulement sont les principaux mécanismes. Ils ne sont éventuellement caractéristiques d'un état pathologique que par leur rigidité ou fixité. Aucun d'eux n'est spécifique d'une affection psychiatrique.

En décembre 2010 et mars 2011, la HAS [11] a publié une mise au point intitulée « Violence hétéro-agressive en psychiatrie : les facteurs de risque et les signes d'alerte ». Il faut en retenir que :

- les malades mentaux sont avant tout victimes de violences : 7 à 17 fois plus souvent que la population générale ;
- l'abus et la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives jouent un rôle majeur dans la survenue des actes violents chez les malades mentaux comme en population générale ;
- la rupture de soins ou la non adhésion au traitement sont facteurs de risque de même que des antécédents de violences commises ou subies dans l'enfance, la précarité ou l'isolement social ;
- certains indicateurs d'un risque de passage à l'acte violent - délire, hallucinations, idées de persécution – doivent être pris en considération

Durant le dernier siècle, les thérapies psychiatriques se sont développées, médicamenteuses et non médicamenteuses, révélant une efficacité que la médecine d'avant les années 50 ne pouvait imaginer. Sous la rubrique thérapeutique sont regroupées des stratégies ayant fait la démonstration d'une efficacité sur les symptômes de trouble mental et leur cours évolutif. En outre, des stratégies thérapeutiques sont identifiées avec un niveau de preuve d'efficacité significatif pour amender certains comportements tels que conduites suicidaires, impulsivité, hyper réactivité au stress.

De longue date, l'interférence entre hérédité et comportements violents et dangereux a nourri la réflexion médico-psychiatrique. Les progrès de la génétique clinique permettent de mieux connaître certains syndromes tel que le syndrome de Klinefelter (47, XXY) : 40% des sujets atteints ont une intelligence normale, 20% ont une déficience mentale légère et 40% ont une oligophrénie légère à moyenne ; les troubles psychiques sont fréquents et les comportements agressifs significativement plus élevés, surtout chez les jeunes. Les sujets 47, XXY représentent 2% de l'ensemble des délinquants. Le traitement hormonal par la testostérone, commencé dès l'adolescence, améliore l'humeur et diminue l'irritabilité. **Il convient de rappeler qu'il n'existe pas un chromosome du crime contrairement à ce qui a pu être écrit après l'identification du syndrome du Y en 1961.**

Les nouvelles technologies, en particulier la neuro-imagerie, révèlent des dysfonctionnements neuronaux facteurs de vulnérabilité ou contemporains du trouble mental. A titre d'exemple, le déficit d'empathie à la souffrance d'autrui tel qu'il peut être visualisé à l'aide de l'imagerie fonctionnelle peut aider à comprendre

les conduites violemment destructrices dont s'avèrent capables certains sujets notamment malades mentaux.

Les sciences humaines ont enrichi l'intelligence clinique des professionnels de la psychiatrie : la théorie psychanalytique est un outil pouvant aider à la compréhension des mécanismes conduisant à tel ou tel mode de pensée ou comportement.

V – Qu'attendre de l'expertise médicale ?

Le lien entre désordre mental et dangerosité n'est pas discutable. Ceci fonde notre législation qui organise la décision du juge après avis psychiatrique :

- avant le jugement : alors que l'article 64 du code pénal (CP) dessaisissait de fait le magistrat, la loi du 25/02/08 prévoit désormais qu'en cas d'abolition du discernement la Chambre de l'Instruction est saisie et peut ordonner une hospitalisation psychiatrique ;
- à l'occasion du jugement, en vertu des dispositions de 1998, un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins peut être prescrit ;
- enfin, en cas de peine supérieure à 15 ans d'emprisonnement, l'intéressé peut être placé en rétention administrative par décision de 3 magistrats de la Cour d'Appel après expertise psychiatrique (annuelle) ;
- de même, l'expertise psychiatrique est obligatoire avant décision de mise en liberté sous bracelet électronique.

Il s'est produit un glissement de l'expertise médicale à partir de la commission Burgelin [12] (Annexe II) qui préconise d'évaluer la dangerosité pénale sans considération relative à l'état mental du délinquant. Le délinquant dangereux est celui qui présente une forte probabilité de commettre (à nouveau) un acte de violence contre les personnes ou les biens.

Désormais, la mission de l'expert médical porte moins sur l'évaluation de la responsabilité que celle de la dangerosité : la question posée au médecin n'est plus celle d'un diagnostic mais d'un pronostic [13].

S'il est exact que l'évaluation et la gestion de la dangerosité psychiatrique sont le cœur du métier de psychiatre, celui-ci ne saurait se désintéresser de l'évaluation de la dangerosité criminologique d'autant que dans bien des cas la « dangerosité est mixte », à la fois psychiatrique et criminologique, en raison des intrications entre troubles de la personnalité, facteurs contextuels ou environnementaux de dangerosité. L'évaluation des capacités cognitives (retard mental, démence) est un aspect de la mission du psychiatre : leur faiblesse est un élément facilitateur de conduites de violence.

Le rapport Garraud [14] a retenu un certain nombre de constats à propos de l'expertise psychiatrique :

- la multiplication des recours aux experts psychiatres à plusieurs stades du processus judiciaire : enquête, instruction, procès, exécution de la peine ;
- les différents niveaux d'application de l'expertise psychiatrique :
 - niveau 1 : déterminer si la personne est ou non pénalement responsable ;
 - niveau 2 : évaluer la dangerosité des personnes dont le discernement était aboli et la dangerosité de toutes les personnes poursuivies ;
 - niveau 3 : identifier les déterminants du passage à l'acte.

Ce même rapport a souligné les conditions dégradées d'exercice de l'expertise ainsi que la complémentarité des expertises psychiatriques et psychologiques.

De ces constats naissent plusieurs préconisations :

- mise en place d'une école de formation des experts placée sous l'autorité du ministère de la justice ;

- recentrage des questions posées à l'expert psychiatre sur le diagnostic de troubles psychiques et le traitement approprié ;
- soutien de recherches susceptibles de mener à l'élaboration d'outils actuariels d'évaluation de la dangerosité criminologique complémentaires des données de l'examen clinique.

Ce même rapport soulignait la pertinence d'une évaluation pluridisciplinaire de la dangerosité dans le cadre de commissions présidées par un expert psychiatre et comprenant : un expert psychologue, un cadre de la pénitencière, un magistrat honoraire, un agent des services d'insertion ou de probation, un représentant d'associations d'aide aux victimes, un avocat. Il était proposé que ces commissions diversement sollicitées (magistrat instructeur, juge d'application des peines) n'interviennent qu'après réalisation des expertises.

Pour les personnes pénalement responsables, le rapport Garraud préconisait une peine de suivi socio-judiciaire pour l'ensemble des infractions d'atteintes aux personnes en rappelant que, selon la Commission Santé-justice (rapport Burgelin), des psychologues titulaires d'un DU en psychologie clinique peuvent assurer un tel suivi.

La question de l'amélioration de l'expertise psychiatrique continue aujourd'hui à se poser [15].

VI – La mesure de la dangerosité

Il existe deux modalités de mesure de la dangerosité (du « risk assesment » selon la littérature anglophone) : les instruments actuariels et les instruments cliniques standardisés [<http://www.forensicpsychiatry.ca/risk/instruments.htm>].

Les instruments actuariels sont construits sur la base d'une validation externe.

Prenons l'exemple du COVR (*Classification of Violence Risk*). Cet instrument a été construit sur la base de la Mac Arthur Study, cohorte où 1106 sujets à risque ont été suivis pendant 20 semaines, avec un recueil prospectif des actes de violence. 106 facteurs de risque ont été mesurés en début d'étude (démographiques, personnalité, antécédents, violence notamment, support social, diagnostics, symptômes, etc.). Une technique de fouille de données (CART - *Classification and Regression Tree*) a ensuite été utilisée pour construire un algorithme qui permet de prédire au mieux la survenue des actes de violence par une combinaison des 106 facteurs de risque. Les caractéristiques prédictives s'avèrent bonnes dans les articles princeps, moyennes lors des études de réplification (AUC – *Area Under the Concentration curve* - autour de 0.75, c'est-à-dire à mi-chemin entre le fruit du hasard et un déterminisme absolu).

Les instruments cliniques standardisés obéissent eux à une logique psychométrique classique dans le champ des mesures utilisées en psychopathologie. *La Hare Psychopathy Checklist en est un exemple*. Ici, la validation est essentiellement interne, issue d'une théorie définitoire solide et d'un modèle de mesure exigeant : celui de l'unidimensionnalité statistique (analyse factorielle).

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise d'évaluer les risques de violence des malades mentaux, pour mettre en place des stratégies de prévention, par des outils actuariels tels que la HCR-20 et la VRAG :

- HCR-20 (*Historical Clinical Risk -20*) a été développée par Webster (1997) à partir d'une population de sujets médico-légaux et de détenus. Cette échelle comporte 20 items, cotée de 0 à 40, avec trois grands chapitres : histoire des patients, conduites actuelles, avenir
- VRAG (*Violence Risk Apraisal Guide*) a été développée par Quinsey (1998). L'individu est situé par rapport à un groupe comparable dont on connaît l'évolution au cours du temps.

Il est fréquent d'opposer l'approche clinique (subjective) à l'approche actuarielle ou psychométrique (objective). Cette opposition est excessive.

La pratique clinique, en particulier diagnostique, repose sur deux perspectives en résonance et une toile de fond :

- perspective sémiologique et phénoménologique (dévoilement global d'un tableau clinique) ;
- la toile de fond est théorique : psychodynamique, biologique, cognitive, etc.

Le recours à des instruments standardisés permet de systématiser le recueil sémiologique. Cette systématisation est utile pour le jeune clinicien mais aussi lorsque le clinicien est susceptible d'être en difficulté dans son enquête sémiologique pour des raisons d'organisation (temps), ou pourquoi pas émotionnelles : la situation d'expertise peut susciter des réactions de ce type (enjeux de pouvoir, cas cliniques présentant une valence affective ou symbolique très forte).

La situation d'expertise a par ailleurs des spécificités par rapport à la situation clinique ordinaire :

- la situation clinique repose sur un colloque et un partage de décision entre deux personnes, un médecin et son malade ; la justification, la validité et l'explicitation du cadre théorique et des modalités d'entretien utilisées relèvent donc en grande partie elles-aussi de ce cadre précis ;
- au contraire, la situation d'expertise est ouverte au monde judiciaire mais aussi, de fait, à la société dans son ensemble, et la clarté du processus d'expertise relève donc d'une sphère bien plus vaste. Il en ressort que les instruments standardisés sont ici d'une utilité particulière.

Autre point à souligner : la situation clinique est inscrite dans une approche statistique (le succès thérapeutique est statistique, les actions de prévention le sont également) alors que l'expertise vise fondamentalement à explorer un individu dont la responsabilité est mise en jeu, la responsabilité étant par essence une notion non probabiliste. **On comprend alors les réticences « de principe » qu'il y a à avoir recours à des formes d'évaluation fondamentalement statistiques dans le domaine de l'expertise.**

Au total, il existe aujourd'hui des instruments de mesure du risque d'un intérêt moyen (c'est-à-dire ni faible, ni fort) au regard de leurs performances statistiques. Ils permettent d'améliorer le niveau de transparence et d'homogénéité des évaluations, ce qui est appréciable dans le domaine de l'expertise. Ils ne sont cependant pas destinés à être utilisés seuls ni à se substituer à l'analyse clinique et, ce, pour des raisons tant méthodologiques, épistémologiques que sociales.

VII – Améliorer la qualité de l'expertise médicale [15-17]

L'inquiétante situation de l'expertise psychiatrique

800 experts environ dont 500 actifs, des régions sans expert, une multiplication de leurs tâches : autant de motifs d'inquiétude et d'explications :

- des recrutements hasardeux,
- des formations contrastées,
- la disparition du collègue expertal (désignation d'un seul expert pour raisons économiques),
- le problème de la rémunération,

- enfin, les incidences collatérales de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 qui, en son article 19, confirmé par le décret statutaire du 29 septembre 2010, stipule que la pratique des expertises est soumise à l'avis du directeur et doit s'effectuer en dehors du temps de travail. C'est dire que, *de facto*, les praticiens hospitaliers, qui représentent l'effectif le plus important d'experts, ne peuvent plus réaliser d'expertises juridictionnelles, judiciaires ou administratives. Les syndicats des praticiens hospitaliers ont obtenu un moratoire, (27 janvier 2011) auprès de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé. À l'heure de la rédaction de ce rapport, aucune clarification n'a remplacé ce moratoire.

L'amélioration des conditions de travail de l'expert

Plusieurs aspects doivent être examinés :

- facilitation d'accès aux informations médicales, sociales et judiciaires concernant le sujet à expertiser ; l'expert devrait connaître les antécédents, par exemple les observations médicales consignées dans les expertises antérieures s'il en existe ;
- aménagement des conditions d'accès aux détenus et des conditions d'examen; il n'est pas normal que l'expert, auxiliaire du juge, soit accueilli en établissement pénitentiaire comme un simple visiteur et non comme un auxiliaire de justice;
- facilitation des expertises collégiales ou contradictoires: le travail du médecin ne peut qu'être enrichi par l'échange de contenu des observations, analyses et conclusions ;
- revalorisation de l'acte expertal au pénal : comment espérer un travail de qualité avec des rémunérations sans la moindre considération du temps nécessaire à ce type de missions et des responsabilités qu'elles comportent ?

Un autre objectif doit être l'amélioration de la qualité des expertises

- **L'expertise médicale suppose un savoir clinique et thérapeutique constamment réactualisé.** L'inscription sur les listes d'experts devrait être faite à partir de la disponibilité et de la vocation manifestée par le candidat mais aussi après l'évaluation de ses compétences par ses pairs [16]. Il serait judicieux que l'autorité judiciaire guide ses choix en s'appuyant, outre l'avis de la compagnie des experts, sur un avis du collègue national universitaire de la spécialité. Ainsi, toute la profession dans la spécialité se trouverait engagée pour que cette mission réponde aux légitimes attentes de l'autorité judiciaire et de la société.
- **La création d'un DESC de psychiatrie médico-légale est une nécessité urgente.** Ouvert aux titulaires du DES de Psychiatrie, ce DESC garantirait une formation initiale couvrant les différents aspects de connaissances nécessaires à la pratique expertale : cliniques, en particulier clinique des troubles du comportement, thérapeutiques, administratives et légales.
- **Une modalité de tutorat (compagnonnage) selon des modalités à définir doit être mise en place pour la formation des futurs experts.**
- **La formation continue des experts** est non moins nécessaire.
- **Le débat opposant évaluation clinique et outils de prédiction des risques comportementaux (échelles actuarielles) n'a pas lieu d'être.** Ces échelles n'améliorent pas la prévention ou la prédiction de la récidive, mais elles sont utiles pour appuyer les conclusions de l'expert, l'aider à se distancier d'une trop grande subjectivité ou de lieux communs. Elles sont une grille de lecture du cas, vérifiable ou réfutable.
- **La prédiction médicale ne peut être qu'un indicateur de susceptibilité à commettre tel ou tel acte.** Le risque d'abus d'affirmation de faux positifs (conduite de précaution consistant pour l'expert à choisir le moindre risque pour lui-même en prédisant un risque de récidive plutôt que l'inverse) doit être pris en compte. Une définition de la marge d'erreur serait souhaitable pour l'expertise psychiatrique comme pour toute autre expertise médicale.
- **La complexité de la clinique expertale en matière psychique et comportementale fonde la pertinence de confronter plusieurs évaluations** (clinique et instruments validés) pour chaque cas et **la pertinence du contradictoire ou de collègues expertaux** [16].
- **Les questions posées aux experts doivent être reformulées en exigeant de l'expert qu'il indique à quelle grille de lecture il se réfère en sorte que ses réponses soient vérifiables, voire réfutables.** Concernant la question spécifique de la dangerosité il conviendrait non plus de poser une question permettant de répondre oui ou non (« présente-t-il un état dangereux ») mais une question sur l'évaluation de la probabilité de comportement dangereux ou de récidive.

En conclusion il convient de prévoir à court terme :

a) la création d'un fichier national des expertises pour toute infraction pénale jugée : ceci permettrait à tout expert ultérieur de retrouver des informations sur l'intéressé et serait donc de nature à améliorer la qualité de l'expertise ;

- b) l'inscription dans le Code Pénal d'un tutorat, la mission expertale étant confiée à un aîné expérimenté assisté d'un candidat expert. Sur une période de 3 ans, le candidat expert ayant déposé sa demande d'inscription auprès d'une Cour d'Appel aurait ainsi l'occasion de suivre un apprentissage. Il pourrait revenir à chaque compagnie locale des experts de définir le binôme « sénior-junior » par exemple sur un an en sorte que, en 3 ans, le « junior » reçoive une formation enrichie de 3 « expériences » ;*
- c) la revalorisation de l'expertise psychiatrique (conditions de travail, rémunération) ;*
- d) la mise en place de commissions pluridisciplinaires définissant l'usage possible des conclusions de l'expertise médicale pour le cas considéré, ces commissions pouvant, de surcroît, procéder à un recueil de données dans une base anonymisée, retour d'expérience utile à tous [15-16].*

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique a de lourdes conséquences humaines, médicales, sociales et judiciaires. C'est l'une des missions les plus difficiles qui puisse être confiée à un psychiatre. Elle nécessite de sa part une grande compétence c'est-à-dire, au-delà d'une formation théorique « *en sciences criminelles, en psychiatrie légale ou criminelle, en psychologie légale ou criminelle, relative à l'expertise judiciaire ou à la prévention de la récidive* », une expérience et une pratique suffisantes de telles missions.

Une nouvelle forme de dangerosité serait l'expert sans expérience.

L'Académie Nationale de Médecine en partenariat avec le Conseil National des Compagnies d'Experts de Justice, suite à la lecture du projet de loi à l'origine des articles 8 et 9 de la loi N° 2012-409 du 27 mars 2012 qui appelait des réserves de sa part, a mené une réflexion de fond sur le sujet, hors toute urgence de circonstance.

A partir du rapport établi, l'Académie Nationale de Médecine émet les conclusions et recommandations pratiques suivantes.

1) **La mission première de l'expertise psychiatrique doit être réaffirmée. C'est un acte de diagnostic:** identifier parmi les délinquants ceux dont les troubles mentaux ont participé à la conception et la réalisation d'un acte antisocial dès lors que ces troubles sont totalement ou partiellement amendables par des soins médicaux appropriés.

Il revient alors à l'autorité judiciaire éclairée par les avis médicaux sollicités par elle de choisir si le sujet doit être considéré comme responsable ou non, puni ou soigné en établissement hospitalier. Les soins psychiatriques dispensés en prison ne sauraient avoir d'autre mission que d'identifier et de traiter les troubles mentaux survenus après le début de l'incarcération ou n'ayant pas eu un rôle déterminant pour ôter le libre arbitre de l'auteur de l'acte antisocial.

2) **Sous l'impulsion du droit pénal, la mission de l'expert a été orientée sur la voie de l'évaluation de la dangerosité criminologique. C'est une démarche pronostique.** L'analyse des déterminants d'un comportement ou d'un acte doit prendre en compte certaines caractéristiques individuelles (trajectoire de vie, équilibre mental, croyances et valeurs personnelles) de leur auteur et le contexte de survenue du comportement ou de l'acte. La connaissance médicale doit contribuer à l'analyse de ces déterminants : elle ne saurait être une science de la prédiction.

Le pronostic à court, moyen ou long terme tel que les médecins peuvent le construire à partir d'indicateurs favorables ou défavorables garde toujours une part largement aléatoire lorsque appliqué à un individu donné.

L'utilisation des échelles de risque de récidive (méthode actuarielle) est un apport utile pour la transparence de la mesure du risque de récidive.

L'usage de ces avis médicaux doit être décidé au sein de commissions pluridisciplinaires.

3) **Certains états mentaux sont générateurs d'un état dangereux:** la médecine mentale a pour mission de traiter les situations de crise et de mettre en place, lorsque que cela est possible, les stratégies de prévention d'un nouvel état critique.

La notion de dangerosité psychiatrique, définie par le risque de passage à l'acte sous l'effet d'un trouble mental, répond à cette réalité du lien possible entre état mental pathologique et acte antisocial.

La notion de dangerosité criminologique vise à appréhender un ensemble beaucoup plus vaste car sous-tendu non point par un état mais par des traits propres à un individu lui donnant une « *forte probabilité... de commettre une nouvelle infraction* » dans certains contextes.

La médecine mentale est en mesure d'identifier des traits psycho-comportementaux de personnalité éventuellement pathologiques et leurs possibles remaniements contextuels, en aucun cas de définir un pronostic à partir de ces traits psycho-comportementaux.

4) **La formation des psychiatres se destinant à la pratique de l'expertise** doit être améliorée par l'ouverture d'un DESC de Psychiatrie Médico-légale pour les titulaires du DES de Psychiatrie et une modalité de tutorat (3 ans) pour la formation à l'expertise.

Les actions de formation continue des experts doivent aussi bien porter sur des aspects cliniques et thérapeutiques qu'administratifs ou réglementaires.

5) **Pour faciliter un langage commun entre les différents intervenants**, en particulier psychiatres, magistrats et avocats, une formation commune aux outils de l'évaluation de la dangerosité criminologique devrait leur être destinée.

6) **Pour améliorer le recrutement d'experts compétents, il est urgent de revaloriser la pratique de l'expertise** : facilitation des conditions de travail en milieu pénitentiaire, amélioration des possibilités de recueil d'informations sur la trajectoire de la personne soumise à expertise, revalorisation de la rémunération, possibilité de collégialité expertale voire d'expertises contradictoires garantes de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] – HUREAU J. – Aléa médical et autres concepts - in L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel, Elsevier-Masson édit 2010, p. 161- 175
- L'aléa médical dans tous ses états – EXPERTS, 2012, n° 104, sous presse
- [2] – Information sur le suivi des auteurs d'infraction à caractère sexuel – BLANC E., WARSMANN J-L – Rapport au Président de l'Assemblée Nationale, le 29 février 2012
- [3] – MILGROM E., BOUCHARD P., OLIE J-P (au nom d'un groupe de travail) – La prévention de la récidive chez les délinquants sexuels. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2010, 194, n° 6, 1033-1044, séance du 22 juin 2010
- [4] – Amoindrir les risques de récidives criminelles des condamnés dangereux – LAMENDA V. – Rapport au Président de la République, 30 mai 2008
- [5] - GIUDICELLI-DELAGE G., LAZERGES C. - La dangerosité saisie par le droit pénal, PUF/IRJS 2011
- [6] - LAZERGES C. - Le choix de la fuite en avant au nom de la dangerosité : les lois 1, 2, 3, 4, 5, etc. sur la prévention et la répression de la récidive - *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé* n°1/2012.
- [7] - FALISSARD B., LOZE JY, GASQUET I. - Prevalence of mental disorders in French prisons for men, *BMC Psychiatry*, 206, 6, 33
- [8] - FAZEL S., SEEWALD K. - Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta regression analysis, *Brit. J. Psychiatry*, 2012, 200, 364-373
- [9] – Mais que fait l'ancien détenu à l'hôpital ? – « Yonne Républicaine » 28 février 2012
- [10] - SENON J.L., LOPEZ G., CARIO R. - Psychocriminologie, Dunod édit., Psychothérapies, 2012.
- [11] – HAS - Audition publique -Synthèse bibliographique décembre 2010 - Recommandations de la commission d'auditions, mars 2011 sur : Dangerosité psychiatrique : étude d'évaluation des facteurs de risque de violence hétéro agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur.
- [12] - Rapport de la commission Santé-Justice sur « Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive – Président Jean-François Burgelin – Juillet 2005
- [13] - ARCHAMBAULT J.C. - L'expertise psychiatrique face à la dangerosité et à la récidive des criminels, Odile Jacob édit. Paris, 2012
- [14] - Réponses à la dangerosité – Rapport de Jean-Paul Garraud au Premier Ministre - Octobre 2006
- [15] – BUSSIÈRE C., AUTIN S. – Rapport de la Commission de la réflexion sur l'expertise – remis au Garde des Sceaux – mars 2011
- [16] – Compétence scientifique et technique de l'expert et qualité de l'expertise en responsabilité médicale – HUREAU J., CHOUARD C-H. (au nom d'un groupe de travail) – Rapport à l'Académie Nationale de Médecine le 18 octobre 2011 - *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2011, 195, n° 7, 1729-1732
- [17] – OLIÉ JP., LÔO H. – Repenser l'expertise psychiatrique – Le Monde, 11 janvier 2012

TEXTES DE LOI

-Loi n° 2008_174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de maladie mentale

-Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, (dite loi HPST) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires.

Décret statutaire n°201-1141 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers

- Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle, et portant diverses dispositions de procédure pénale..

- Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines

ANNEXES

Annexe I

Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines

Article 8

[Le code de procédure pénale est ainsi modifié]

Au 2° de l'article 730-2 du même code, les mots : « par deux experts et » sont remplacés par les mots : « soit par deux experts médecins psychiatres, soit par un expert médecin psychiatre et par un expert psychologue titulaire d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée en psychopathologie. L'expertise... »

Article 9

I. – L'article L. 632-7 du code de l'éducation est ainsi rétabli :

« Art L. 632-7. - Chaque année, un arrêté conjoint du ministre de la justice et des ministres chargés de la santé du budget détermine le nombre d'internes qui, ayant choisi pour spécialité la psychiatrie, peuvent signer avec le Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n°83-33 du 9 janvier 1986 précitée un contrat d'engagement relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le Centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales.

« En contrepartie de cette allocation, les internes s'engagent à suivre, pendant l'issue de leurs études médicales, une formation en sciences criminelles, en psychiatrie légale ou criminelle, en psychologie légale ou criminelle, relative à l'expertise judiciaire ou à la prévention de la récidive. Ils s'engagent également à exercer en qualité de psychiatres et salariés ou à titre libéral et salarié, à compter de la fin de leur formation, dans un ressort choisi en application du quatrième alinéa du présent article, ainsi qu'à demander leur inscription sur la liste des experts près la cour d'appel et sur la liste des médecins coordinateurs prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique permettant leur désignation dans ce ressort. La durée de leur engagement est égale au double de celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée, sans pouvoir être inférieure à deux ans.

« au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice choisissent le ressort dans lequel ils s'engagent à exercer sur une liste de ressorts caractérisés par un nombre insuffisant de psychiatres experts judiciaires ou de médecins coordinateurs. Cette liste est arrêtée et établie par arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre chargé de la santé.

« Les médecins ou les internes ayant signé un contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice peuvent se dégager de leurs obligations prévues au troisième alinéa moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant ne peut excéder les sommes perçues au titre de ce contrat. Les modalités de calcul et de paiement de cette indemnité sont fixées par un arrêté conjoint du ministre de la justice et des ministres chargés de la santé et du budget. Le recouvrement en est assuré par le Centre national de gestion.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. Celui-ci précise notamment les modalités selon lesquelles les médecins peuvent, pendant la durée de leur engagement, être autorisés à changer de ressort d'exercice et à être inscrits sur les listes d'experts près la cour d'appel ou de

médecins coordonnateurs établies pour les ressorts d'autres juridictions, ainsi que les conditions dans lesquelles l'absence de validation de la formation faisant l'objet du contrat et le refus d'accepter des désignations en qualité d'expert près la cour d'appel ou de médecin coordonnateur peuvent être considérées comme une rupture de l'engagement mentionné au troisième alinéa. La liste des formations mentionnées au troisième alinéa pour lesquelles le contrat d'engagement peut être signé est déterminée par un arrêté conjoint du ministre de la justice et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. »

Annexe II

Rapport de la commission Santé-Justice sur « Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive – Président Jean-François Burgelin – Juillet 2005 (extraits)

« ...tous les délinquants et criminels souffrant de troubles mentaux ne présentent pas un état dangereux et, inversement, tous les individus dangereux ne sont pas atteints de maux de cette nature.. »

« ...la notion de dangerosité occupe à l'heure actuelle un rôle prépondérant en matière de justice pénale au point de constituer l'un des critères sur lesquels les magistrats, voire les autorités administratives, fondent leurs décisions portant sur la privation de liberté... »

« ...dans son acception criminologique, la dangerosité peut se définir comme un phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens. L'évaluation de l'état dangereux se confond avec le pronostic de la réitération et de la récidive... »

« ...la dangerosité psychiatrique, quant à elle, se définit comme un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante.. »

Annexe III

Rapport définissant les objectifs de la politique d'exécution des peines annexé à la loi IV -n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines (extraits)

« La notion de dangerosité recouvre deux acceptions: l'une, psychiatrique, se définissant comme un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et l'autre, criminologique, ayant trait à la forte probabilité que présente un individu de commettre une nouvelle infraction empreinte d'une certaine gravité ».

« De manière plus générale, l'évaluation de la dangerosité criminologique des personnes placées sous main de justice doit s'inscrire dans une approche résolument pluridisciplinaire, afin d'appréhender l'ensemble des facteurs, psychologiques, environnementaux et contextuels, susceptible de favoriser le passage à l'acte. Prévu à l'article 706-56-2 du code de procédure pénale, créé par la loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale, le répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires (RDCPJ) contribuera de manière décisive à renforcer la qualité des évaluations de la dangerosité criminologique des personnes poursuivies ou condamnées ».

« Renforcer la pluridisciplinarité des expertises pour les condamnés ayant commis des faits les plus graves ».

Annexe IV

La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels - E. Milgrom, Ph. Bouchard et J.P. Olié – Rapport du 22 juin 2010 (extraits)

« Conclusions et recommandations :

Le présent rapport souligne les difficultés suivantes à l'élaboration d'une politique :

- nous n'avons qu'une capacité imparfaite pour prédire la dangerosité des sujets donc pour décider lesquels d'entre eux devraient se soumettre à un traitement.

- l'efficacité des traitements dans les essais actuellement publiés est déjà largement incomplète. Qu'en serait-il chez des sujets non plus volontaires mais contraints ? Qu'en serait-il par ailleurs, non plus dans des conditions d'essais limités mais dans une application de routine à une population hétérogène beaucoup plus importante et avec des moyens limités ?

- nous ne savons pas sur quels critères déterminer la durée des traitements, la part respective à laisser aux psychothérapies et aux thérapeutiques hormonales, la conduite à tenir devant la survenue des complications de ces dernières. Le problème est d'autant plus prégnant que la dangerosité des délinquants sexuels s'étend fréquemment sur plusieurs dizaines d'années.

En fonction de ces difficultés et des données précédemment exposées l'Académie de Médecine formule les recommandations suivantes :

1) Améliorer la pratique des expertises de dangerosité des criminels sexuels en enseignant et en diffusant les méthodes actuarielles. Informer les magistrats et le public en général, du caractère très imparfait des prévisions, même quand l'expertise a utilisé les meilleurs instruments actuellement disponibles.

2) Définir une politique de prévention qui ne soit pas uniquement basée sur des moyens médicaux : les traitements à visée hormonale ou psychologique peuvent servir d'appoint mais ne peuvent pas être l'axe principal d'une politique de prévention de la récidive.

3) Mettre en place des actions incitatives de recherche afin d'améliorer la prévention médicale de la récidive des délinquants sexuels. A l'heure actuelle, la recherche dans ce domaine est en France absolument sous-dotée et mal structurée ».