



Communication

Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale

About the bases of the current debate on the penal psychiatric expertise

J.-L. Senon^{a,*}, C. Manzanera^b

^a *Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, chef de service, CRIMCUP Université de Poitiers, service hospitalo-universitaire de psychiatrie et psychologie médicale (SHUPPM), CHHL et CHU, BP 587, 86021 Poitiers, France*

^b *Praticien Hospitalier, Hôpital Camille-Claudet, 16000 Angoulême, France*

Résumé

Comme dans nombre de pays industrialisés, l'expertise psychiatrique pénale connaît un important malaise : diminution du nombre des experts, non-renouvellement des experts âgés, mise en cause de la qualité des expertises... Le malaise est aussi institutionnel avec la dénonciation de l'accumulation des malades mentaux dans la prison mise en rapport avec le faible nombre d'auteurs de crimes ou délits malades mentaux irresponsabilisés. Tout se passe comme si l'expertise psychiatrique pénale ne jouait plus son rôle de régulateur entre hôpital et prison. Ces constatations sont analysées à travers l'histoire de l'irresponsabilité pénale et l'évolution de l'institution hospitalière comme de la société envahie par le courant sécuritaire qui touche tous les pays industrialisés et fait des malades mentaux des boucs émissaires de la politique de tolérance zéro.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

As in a number of industrialized countries, the penal psychiatric expertise knows important a faintness: reduction in the number of the experts, not renewal of the old experts, blamed of the quality of the expertises... The reduction in penal irresponsibilities is also underlined and put in connection with the increase in the mental patients in the prison. All occurs as if the penal psychiatric expertise did not play anymore its part of regulator between hospital and prison. These observations are analyzed through the history of the penal irresponsibility and the evolution of the hospital institution.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Expertise psychiatrique pénale ; Hôpital ; Irresponsabilité pénale ; Malades mentaux en prison ; Prison

Keywords: Hospital; Insanity defense; Mental disorders in jails; Penal irresponsibility; Penal psychiatric expertise; Prison

Toutes les sociétés se sont progressivement donné les moyens d'une triple mission face au malade mental et au délinquant : soigner le malade irresponsable, punir le délinquant, mais aussi soigner et punir, pendant sa peine, le délinquant malade considéré comme responsable. L'expertise psychiatrique a toujours eu comme fonction de diagnostiquer les trou-

bles mentaux éventuels et de se prononcer sur leur incidence comme abolition éventuelle du discernement au moment du passage à l'acte criminel. Si, jusque dans les années 1950, la simple reconnaissance de la pathologie psychiatrique avait souvent comme corollaire la proposition d'une irresponsabilité pénale, le développement, dans les années 1960, de chimiothérapies actives et la désinstitutionnalisation psychiatrique qui a suivi ont incité l'expert à se centrer, comme le Code pénal l'y invite, sur l'état mental au moment des faits, en prenant en compte la possible stabilisation des troubles et en rendant

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean.louis.senon@univ-poitiers.fr (J.-L. Senon).

ainsi beaucoup plus exceptionnelle la proposition d'irresponsabilité. Le poids du courant libertaire affirmant les droits du patient, la diffusion du modèle ambulatoire de la prise en charge psychiatrique, les contraintes économiques et la démographie médicale et paramédicale limitant les équipes de soins, l'expertise psychiatrique est le témoin d'une disjonction psychiatrie-justice qui remet en cause tant l'hôpital et le secteur psychiatrique que l'institution judiciaire et pénitentiaire.

Dans ce contexte, toutes les sociétés démocratiques sont à la recherche d'un nouvel équilibre entre code pénal, code de la santé et code de procédure pénale :

- le code pénal qualifie les faits, détermine le fondement de la non-punissabilité et de l'irresponsabilité du malade mental ;
- le code de la santé prévoit les conditions de l'hospitalisation sous contrainte, notamment après un éventuel non-lieu de celui qui est considéré comme irresponsable du fait de ses troubles mentaux ;
- le code de procédure pénale envisage éventuellement les soins sous contrainte du délinquant malade mental responsable.

Cet équilibre entre santé et justice passe par plusieurs obligations qui sont autant d'ajustements entre la loi pénale et les soins dans les sociétés contemporaines [9,15]. Il passe tout d'abord par la stabilité de la définition pénale de l'irresponsabilité. Il suppose la solidité de la relation justice-santé visant à ce que soient donnés, après le non-lieu, des soins à tous les malades mentaux irresponsables, en particulier à ceux dont une rechute clinique peut laisser prévoir une récurrence criminelle. Elle dépend aussi de la capacité de l'institution soignante, hospitalière ou parahospitalière, à donner des soins durables à l'irresponsabilisé, évitant les ruptures et prévenant les rechutes pouvant être à l'origine de récurrence criminelle. Cet équilibre passe aussi par la prise en compte des malades mentaux non irresponsabilisés, de façon à ce qu'ils bénéficient de soins psychiatriques durables et articulés dans la prison.

Nous aborderons les fondements de la notion d'irresponsabilité en droit pénal, puis, à travers l'histoire, les recherches d'équilibre entre droit pénal et loi d'internement, avant de donner les bases du débat actuel sur l'expertise psychiatrique.

1. L'expertise, des fondements du droit pénal à la naissance de la clinique

Depuis la création de la clinique psychiatrique dans les années 1780, il a fallu dans chaque société concilier les fondements du droit pénal et le développement d'une clinique psychiatrique allant d'une simple identification du malade mental, longtemps contenu dans l'asile, au passage vers une psychiatrie dotée de moyens thérapeutiques modernes permettant une importante désinstitutionnalisation et une modification du projet de soins, l'hospitalisation ne répondant plus qu'au besoin de prise en charge de l'épisode aigu et évolutif de la pathologie chronique, avant l'étape de la réhabilitation sociale. Dans le

même temps, tous les pays occidentaux ont connu un développement des droits du malade et l'avènement d'une politique de soin attachée à la défense de la liberté individuelle et donc à la recherche du consentement du patient aux soins qui lui sont proposés, ce qui pose souvent problème en psychiatrie, en particulier dans les situations critiques des accès aigus des psychoses chroniques [32–34].

L'histoire de la clinique, et en particulier de la clinique médico-légale qui a fait l'objet d'une attention particulière des aliénistes du XIX^e siècle, éclaire avec beaucoup d'acuité le débat actuel entre psychiatrie et justice, comme si tout se jouait chaque siècle sur les mêmes oppositions entre soigner, punir et protéger la société et ses membres.

Nous aborderons, en rapprochant l'histoire du droit et celle de la psychiatrie, trois points successifs modifiant les rapports santé/justice : responsabilité, liberté de vouloir et irresponsabilité des malades mentaux, évolution de la responsabilité du droit pénal européen et médicalisation de la responsabilité.

Puis nous discuterons les deux recherches françaises successives d'équilibre entre le Code pénal et la loi d'internement, en rappelant les bases de l'enseignement de l'expertise psychiatrique au XIX^e siècle qui était un modèle d'articulation entre psychiatrie et justice.

1.1. Responsabilité, liberté de vouloir et irresponsabilité des malades mentaux

Gabriel Tarde, dans la *Philosophie pénale*, parue en 1890, insiste sur le fait que la « responsabilité a comme fondement la liberté de vouloir ». Responsabilité, liberté, volonté et libre arbitre ont toujours été associés dans la détermination de la capacité du sujet à répondre de ses actes face à la loi [1]. La responsabilité de chaque individu est un des fondements de la société à laquelle il appartient, et toute société peut donc se décrire par les modalités selon lesquelles elle détermine la responsabilité de ses membres [7,36]. Depuis toujours, l'appréciation de la responsabilité pénale a oscillé entre deux positions opposées : ne retenir que le crime dont la sanction est la conséquence automatique fixée par la loi, ou, à l'opposé, prendre en compte l'individu en appréciant sa capacité et sa volonté dans l'acte criminel commis. C'est ainsi qu'en droit romain, la responsabilité est apparue dès le I^{er} siècle de la République chez Hadrien (76-138) : « Est responsable toute personne qui peut être convoquée devant un tribunal parce que pèse sur elle une certaine obligation, que sa dette procède ou non d'un acte de sa volonté libre. » Dans cette définition, il s'agit de prendre en compte la volonté de l'auteur et pas seulement le résultat du crime : la responsabilité est volitionnelle. Dans cette même acception, le dol est défini comme volonté mauvaise et désir de nuire. L'incapacité dolosive rend le crime non imputable dès cette époque pour les fous et les imputables [41]. Après des siècles où la pensée chrétienne rapproche crime, faute et péché comme chez saint Augustin qui souligne dans *Les Confessions* que « la conscience d'avoir une volonté propre est à l'origine du péché », c'est au siècle des Lumières que sera prise en compte la capacité du sujet plus que

la faute commise vis-à-vis de la loi divine. Montesquieu [21], Voltaire, Rousseau puis Beccaria dans *Des délits et des peines* ont établi les fondements de ce centrage sur le sujet qui annoncera l'individualisation de la peine [6].

Kant, dans *La critique de la raison pratique*, fait l'hypothèse de l'autonomie de la volonté et insiste sur le pouvoir de discerner et d'avoir un comportement adapté dans la jouissance du libre arbitre. Pour lui, la responsabilité suppose l'implication d'un sujet libre et disponible qui se reconnaît dans un acte intentionnel et délibéré [17]. Cette approche se retrouve dans le Code pénal français et notamment dans son article 121-3 : « Il n'y a point crime ou délit sans intention de le commettre. »

1.2. Évolution de la responsabilité en droit pénal

L'évolution de la responsabilité en droit pénal est bien illustrée par la théorie classique et la naissance du code pénal français de 1810 dans lequel il est fait le postulat du libre arbitre : l'homme est libre et responsable quand il dispose de son libre arbitre. La folie est assimilée avec certitude à une maladie mentale aliénante de l'esprit, exclusive du discernement et de la liberté de décision. La conséquence en est donc l'irresponsabilité du dément. L'article 64 du code pénal de 1810 établissait « qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ». Le code de 1810 introduit donc une dichotomie entre responsables-incarcérés et irresponsables-internés. Il ne prévoit aucune mesure spéciale pour les conditions d'internement de l'aliéné délinquant qui subit donc les mêmes conditions d'hospitalisation que l'aliéné non délinquant. En revanche, la simple reconnaissance de l'aliénation sur des bases cliniques a comme conséquence un internement dans des conditions de sécurité protégeant la société comme l'auteur de l'acte criminel [22].

L'école néoclassique pondère cette dichotomie. Il s'agit pour elle de doser la liberté individuelle pour mieux et plus humainement juger l'homme. Cette tendance se retrouve dans la circulaire Chaumier du 12 décembre 1905 qui demande de « dire si l'examen psychiatrique ne révèle point chez l'accusé des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité ».

À partir de cette date, une nouvelle catégorie de délinquants malades mentaux est donc reconnue, « les criminels anormaux mentaux non irresponsables ». Cette catégorie de délinquants anormaux mentaux non irresponsables a longtemps été le problème principal des politiques, cherchant leur place entre prison et hôpital. Depuis quatre décennies, le problème s'est notablement élargi aux délinquants malades mentaux avérés, considérés comme responsables de leurs actes. Dans les deux situations, le problème posé a toujours été celui de protéger au mieux la société du risque de récidive.

La défense sociale nouvelle avancera pour sa part la primauté de la société et de ses membres avec l'introduction de mesures de sûreté pour les anormaux mentaux et les multirécidivistes. La lutte contre la récidive sera son objectif de premier

plan. On perçoit que les théories de la défense sociale nouvelle influencent de nouveau beaucoup les réponses des politiques actuels au sentiment d'insécurité grandissant dans notre société.

1.3. Médicalisation de la responsabilité

La médicalisation de la responsabilité est très ancienne. On la fait classiquement remonter au xvii^e siècle à Zacchias qui pense que seul le médecin peut se prononcer sur la responsabilité de l'homme. Il revendique un examen médical pour chaque fou et une exonération de peine rendant possible les soins. Pinel, dès 1790, insiste sur le fait que « 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 ». Grâce à ses élèves Esquirol, puis Georget, un regard médicolegal est jeté sur le malade mental dont la clinique médicolegale est au cœur de la clinique quotidienne : « Les passions arment une main homicide [...], les aliénés attentent à la vie de leur semblable ; les uns devenus très susceptibles, très irritables, dans un accès de colère, frappent, tuent les personnes qui les contrarient ou dont ils croient être contrariés ; ils tuent les personnes qu'ils prennent à tort ou à raison pour des ennemis dont il faut se défendre ou se ranger, les autres, trompés par des illusions des sens ou des hallucinations, obéissent à l'impulsion du délire » [33].

2. L'enseignement de l'expertise psychiatrique au xix^e siècle, témoin de la première recherche d'équilibre entre le Code pénal de 1810 et la loi d'internement de 1838

La naissance de la clinique permettant de repérer le malade mental parmi les délinquants incarcérés a été à l'origine de la recherche d'un équilibre entre santé et justice et donc entre asile et prison. Cette recherche d'équilibre a donné une place centrale à l'expertise psychiatrique [27].

Pour Rogues de Fursac, en 1923, « se prononcer sur la responsabilité d'un individu, c'est pour le médecin expert dire si cet individu doit être considéré comme aliéné relevant de mesures médicales ou comme un criminel relevant de la répression pénale ; dans le cas où il n'est pas aliéné, dire s'il présente des anomalies mentales de nature à lui mériter l'indulgence de la justice ».

Pour Rogues de Fursac, « le psychiatre est absolument qualifié, s'il sait son métier, pour prévoir les réactions futures d'un délinquant psychiquement anormal et les effets que l'on peut attendre sur sa conduite à venir de l'indulgence ou de la sévérité. [...] L'expert doit non seulement établir l'existence de troubles psychiques chez les sujets soumis à son examen, mais démontrer que ses troubles existaient au temps de l'infraction ». Rogues de Fursac, dès les premières versions de son traité, insiste sur la possibilité et la nécessité d'assurer la défense sociale au moyen de mesures médicales : « J'estime en effet que l'expert n'a le droit de déclarer irresponsable un individu que s'il peut proposer des mesures d'ordre médical suffisantes pour assurer la défense sociale, soit en modifiant,

au moyen d'une thérapeutique appropriée, le psychisme du sujet de façon à supprimer la cause profonde de ses réactions dangereuses, soit, si cette première éventualité ne peut être envisagée, en l'internant dans un asile d'aliénés, avec la certitude que son état mental permettra de l'y conserver aussi longtemps que persistera en lui l'état dangereux, au besoin toute sa vie » [29].

La responsabilité de l'expert face à la dangerosité potentielle du délinquant malade mental est donc une préoccupation centrale des aliénistes du début du ^{xx}^e siècle.

La question de la responsabilité partielle sera une préoccupation de nombre d'auteurs. Jules Falret, par exemple, avance que « si les médecins experts arrivent à constater l'état de folie du sujet confié à son examen, quels que soient la forme ou le degré de cette folie, quelque apparence de raison ou de liberté morale que cet individu ait conservée, il doit être considéré comme irresponsable. On doit admettre qu'il a été entraîné malgré lui et que chez lui les forces de résistance étaient insuffisantes pour lutter avec avantage contre l'entraînement des impulsions malades, en un mot, qu'il n'est pas coupable, qu'il n'était pas libre, et l'on doit l'absoudre comme malade » [10,13,28].

Pour sa part, Gilbert Ballet [4], en 1903, fait une synthèse sur l'expertise psychiatrique en avançant : « Quand un individu soumis à l'examen médical était sain d'esprit au moment où il a accompli l'acte qu'il est reproché, il doit être déclaré responsable ; s'il était aliéné, il doit être déclaré irresponsable et envoyé ensuite dans une maison d'aliénés s'il est dangereux. Si, sans être aliéné, il présente de l'insuffisance des facultés intellectuelles [...] il y a lieu de déclarer que sa responsabilité est atténuée. La folie qui n'existait pas au moment de l'acte peut éclater plus tard, soit pendant l'instruction, soit au moment des débats. L'expert devra rechercher avec soin si la maladie mentale, pour n'être pas manifeste au temps de l'acte, n'existait pas moins déjà » [4,5].

Dans ce sillage, les aliénés méconnus et les aliénés criminels seront soumis au regard précoce de l'aliéniste dans la prison. Une succession de rapports dénoncera l'accumulation dans la prison de malades mentaux, qu'ils aient été méconnus par l'expert ou responsabilisés tout en ayant été malades mentaux reconnus. On peut retenir par exemple les rapports de Vingtrinier en 1853, Parchappe en 1865, Bailleul en 1890, Pactet en 1891, Garnier en 1892, Monod en 1894, Taty en 1896 ou Mabilley en 1896 [33].

Régis, dans son traité de 1909 [26], aborde les aliénés méconnus et les condamnés aliénés criminels. Pour les aliénés méconnus condamnés, il avance que « malgré les progrès de la pratique judiciaire en ce qui concerne les graves problèmes de l'irresponsabilité pathologique, le nombre d'aliénés méconnus et condamnés devant les tribunaux de tout ordre est encore très considérable ». Il s'interroge sur la nécessité éventuelle d'institutions spécifiques pour les aliénés criminels. À l'image de ses contemporains, il est partagé par l'opinion de Léon Riboud dans son essai sur l'irresponsabilité des aliénés criminels en 1894. C'est l'époque où Motet, Dagonet, Lunier et Ribot sont partisans d'une institution spécifique pour les alié-

nés criminels alors que Falret, Blanche ou Voisin sont opposés à une institution spécialisée ; Falret en dira : « Je ne partage pas une opinion souvent émise d'après laquelle on devrait créer des asiles spéciaux pour cette classe d'aliénés criminels. Il n'est pas bon que l'aliéné soit noté comme criminel et séparé des autres » [10,16,28,26].

Dès cette époque, dans son traité de 1909, Régis insiste sur les causes de la méconnaissance et de la condition des aliénés criminels :

- « par une trop grande précocité du jugement par le tribunal des flagrants délits ;
- par suite du défaut d'expertise ;
- par suite du rejet des conclusions de l'expert ;
- par suite du refus d'ordonner une expertise ;
- par suite d'erreurs des experts. »

Régis, en 1909, adhère aux conclusions du traité de Pactet et Colin de 1891, et notamment aux mesures proposées :

- « mesures préventives destinées à diminuer le nombre des crimes des aliénés : internement aussi prompt que possible ;
- examen médical obligatoire de tout prévenu après son arrestation ;
- attribution exclusive des expertises concernant l'état mental aux médecins aliénistes ;
- contrôle de l'état mental des détenus dans les prisons par les médecins ayant des compétences en psychiatrie ;
- révision des procès des aliénés méconnus ou condamnés sur appel du procureur général » [26].

Dans ce sillage, Vullien, au congrès des aliénistes de 1929, étudie « les conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelle ». Il conclut de façon radicale : « L'importante question des aliénés dans les prisons a bien des fois été soulevée. Théoriquement, elle est simple : la présence d'un aliéné dans un établissement pénitentiaire est inadmissible dans tous les cas ; s'il peut y avoir discussion sur la conduite à tenir à l'égard du psychopathe conscient et plus ou moins intimidable, il n'en est plus de même quand il s'agit d'un aliéné échappant par définition à toute sanction judiciaire » [42].

3. Une deuxième et difficile recherche d'équilibre entre la loi de 1990 et le Code pénal de 1994 et un glissement dénoncé de l'expertise psychiatrique pénale

Il aura fallu attendre près de deux siècles pour que se fasse une deuxième tentative de recherche d'équilibre entre un nouveau code pénal et une nouvelle loi d'internement.

La loi d'internement rénovée précédera, en 1990, le code pénal de 1994. Cette refonte des deux codes sera à l'origine de la « solution française » dans la recherche d'équilibre entre santé et justice. Les caractéristiques de cette « solution française » sont les suivantes :

- deux niveaux d'étude de la responsabilité en fonction de la clinique au moment des faits :
 - abolition du discernement ;
 - altération du discernement n'ayant pas d'incidence précisée par le Code pénal sur le choix de la peine et sa durée en cas de réclusion ;
- l'H.O. judiciaire n'est pas une obligation ni une conséquence du non-lieu judiciaire ;
- le juge pénal passe le relais au préfet, juge administratif, qui est le seul à gérer la mesure d'internement du malade mental en non-lieu judiciaire ;
- il n'y a pas de contrôle par le juge pénal des modalités de levée de l'H.O., ni même la possibilité de mesures de sûreté.

L'article 122.1 du Code pénal reprend dans son alinéa 1 l'abolition du discernement, et dans son alinéa 2 l'altération du discernement.

L'alinéa 1 prévoit que : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. »

L'alinéa 2 prévoit que : « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes, demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine ou en fixe le régime. »

L'irresponsabilité pénale est étudiée en droit pénal français au travers de l'intentionnalité du crime et du délit. L'article 121.3 du code pénal prévoit qu'il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre... Tout crime est donc intentionnel, tout délit est normalement intentionnel sauf imprudence, négligence ou mise en danger, et il n'y a point de contravention en cas de force majeure.

Les exclusions de la faute sont envisagées en droit pénal français autour des causes objectives d'irresponsabilité (justification fondée sur une injonction ou justification fondée sur une permission) et les causes subjectives d'irresponsabilité (cause présumée : la minorité et cause non présumée). Le trouble mental lié à l'absence de discernement fait partie des causes subjectives d'irresponsabilité, qui envisagent les causes présumées de non-imputabilité quand il s'agit de mineurs de moins de 13 ans irréfablement irresponsables, ou de mineurs de plus de 13 ans qui bénéficient de la présomption d'irresponsabilité, et enfin, des causes non présumées de non-imputabilité parmi lesquelles le trouble mental, la contrainte ou l'erreur (Tableau 1).

Les principes de l'irresponsabilité pénale de l'article 122.1 du code pénal sont donc précis : leur nature juridique est bien une non-imputabilité, il s'agit bien de la déterminer au moment des faits. Le Code pénal rappelle que les juges de répression apprécient souverainement l'état mental de l'inculpé et que l'irresponsabilité pénale découle de la perte du libre arbitre, quelle que soit la nature du trouble mental qui en est à l'origine.

Tableau 1
Exclusions de la faute et causes d'irresponsabilité en droit pénal français

Exclusions de la faute

1. 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

2. 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

La différence est notable avec la contrainte qui, en droit pénal, peut être physique ou morale. La contrainte physique externe est une force naturelle. La contrainte morale externe est de l'ordre de la menace, alors que la contrainte morale interne n'assure pas l'impunité quand il s'agit d'une passion, d'une émotion ou d'une conviction [22–24].

En dehors de la France, les autres pays industrialisés se répartissent entre ceux dont le droit pénal est la Common Law et ceux qui sont inspirés par le droit romanogermanique [24,31].

En Common law, l'irresponsabilité pénale s'appuie sur la jurisprudence de l'affaire M'Naghten, jugée par la cour du Banc de la Reine en 1843 : « Pour établir un moyen de défense fondé sur l'aliénation mentale, il faut que soit clairement prouvé qu'au moment de la commission de l'acte, l'accusé était affecté par une absence totale de discernement causée par une maladie mentale, qu'il ne connaissait ni la nature ni la qualité de l'acte qu'il effectuait ou qu'il ne savait pas que ce qu'il faisait était mal. » Cet arrêt de 1843 est toujours la base de l'irresponsabilité pénale en Grande-Bretagne et dans nombre de pays liés par l'histoire à celle-ci.

Aux États-Unis, chaque État a son code pénal et sa définition de l'irresponsabilité. Au niveau fédéral, le code pénal modèle parle de la « substantial capacity », en retenant qu'« une personne n'est pas responsable de son comportement criminel si lors de celui-ci la capacité substantielle d'en apprécier la criminalité lui faisait défaut à la suite d'une maladie mentale ». Dans l'État de New York, la notion de « compétence » précède celle d'irresponsabilité. Dans la phase pré-sententielle précoce, il s'agit de déterminer si l'accusé est apte à suivre son procès. Effectivement dans la phase initiale de présentation au magistrat ou phase « *d'arraignment* », l'auteur du crime ou du délit est présenté au juge qui lui notifie les charges retenues à son encontre. L'accusé doit alors faire la preuve qu'il peut aider son avocat dans sa défense, qu'il comprend le rôle des personnes présentes au tribunal et qu'il connaît la nature des charges retenues contre lui. Cette capacité à suivre son procès (*Competency to stand trial*) est fixée par l'article 730 du Code de procédure criminelle de l'État de New York

(*Mental disease or defect excluding fitness to proceed*). Si l'accusé est déclaré « *competent* » il est apte à suivre son procès, s'il est déclaré « *incompetent* », il est inapte à suivre son procès pour des raisons psychologiques ou psychiatriques. Il est alors orienté vers une structure hospitalière de soins où il reçoit un traitement jusqu'au moment où il deviendra « *competent* ». Ce n'est donc que dans un deuxième temps que se pose la question de l'irresponsabilité pénale (*insanity defense*). Dans l'État de New York, il est déterminé que « n'est pas pénalement responsable l'accusé qui, au moment des faits, et à cause de l'existence d'une maladie mentale grave ou d'une déficience mentale, était incapable d'appréhender la nature, la qualité ou le caractère injustifié de ses actes ». Trois niveaux d'irresponsabilité sont déterminés dans la défense :

- non coupable pour raison d'aliénation mentale ;
- coupable mais souffrant d'une maladie mentale ;
- irresponsable en raison d'une déficience mentale.

Aux États-Unis, peu d'avocats fondent la défense sur l'état mental et l'irresponsabilité partielle car c'est souvent à l'origine d'une surpénalisation, dans une logique sécuritaire assimilant crime et folie [19].

Dans les droits romanogermaniques, la notion de discernement est retenue avec quelques nuances [24,31] :

- en Autriche, l'article 11 du code pénal parle « d'incapacité pour la personne de distinguer le caractère contraire au droit de ses actes ou d'agir sans discernement par maladie mentale » ;
- en Allemagne, l'article 20 du code pénal décrète que « n'est pas responsable de son acte celui qui est, en raison d'un trouble psychopathologique [...] incapable d'en apprécier le caractère illicite ou d'agir avec discernement » ;
- en Espagne, l'article 20 du code pénal retient « l'irresponsabilité des personnes qu'une anomalie ou une altération mentale empêchent soit de comprendre le caractère illicite de leurs actes, soit d'adapter leur conduite à leur compréhension » ;
- en Italie, l'article 88 du code pénal retient « l'irresponsabilité des personnes qui au moment des faits étaient mentalement incapables de comprendre ou de vouloir » ;
- en Suède, le code pénal ne fait pas des troubles mentaux une cause d'exclusion de la responsabilité pénale mais une circonstance atténuante. Elle écarte toute peine de prison pour les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- au Danemark, l'article 16 du code pénal prononce une exclusion de responsabilité pour les troubles mentaux des personnes qui, au moment des faits, ne jouissaient pas de la plénitude de leurs facultés à cause d'une maladie mentale.

Cette revue rapide en droit pénal comparé montre bien que la définition de l'irresponsabilité pénale pour maladie mentale

est très hétérogène dans les pays industrialisés, que ce soit en common law ou en droit romanogermanique.

La plupart des pays retiennent le terme d'abolition du discernement, mais dans aucun, ne s'esquisse une « clinique » de l'abolition du discernement, même si, dans les congrès internationaux de criminologie, une très forte concordance est retrouvée sur les malades pouvant être irresponsabilisés quand ils présentent une pathologie avérée en évolution telle que schizophrénie ou trouble bipolaire [36,38].

4. Situation actuelle en France

La situation actuelle en France est marquée tout à la fois par la révélation du nombre des malades mentaux recueillis par la prison et par la médiatisation de plusieurs affaires criminelles, crimes commis par des malades mentaux reconnus. L'analyse de cette situation permet de prendre en compte plusieurs facteurs :

- l'incidence de la désinstitutionnalisation psychiatrique connue par notre pays ;
- le bas niveau des irresponsabilités pénales ;
- l'évolution des attentes de la Justice vers trois niveaux d'analyse de l'expert ;
- l'accumulation des psychotiques dans les établissements pénitentiaires ;
- l'incidence de la politique sécuritaire de tolérance zéro ;
- la confusion entre soigner et punir, et l'exigence de soins pour toutes les déviances.

4.1. Incidence de la désinstitutionnalisation

La France a connu depuis les années 1970 une diminution constante du nombre de lits installés dans les hôpitaux psychiatriques. L'hospitalisation à temps plein a été divisée par deux entre 1987 et 2000. Cette diminution de l'hospitalisation à temps complet a été accompagnée du développement des soins ambulatoires de la politique des secteurs, avec une augmentation continue de la file active de ceux-ci. Si les hospitalisations d'office sont restées stables, les hospitalisations à la demande d'un tiers connaissent depuis des années une croissance continue, laissant penser que nombre de malades suivis en ambulatoire décompensent avec une clinique aiguë nécessitant des soins hospitaliers sous contrainte.

4.2. Stabilisation à un bas niveau des irresponsabilités pénales, en application de l'article 122.1 alinéa 1 du code pénal

Contrairement aux chiffres avancés par la presse spécialisée, on ne constate pas dans notre pays une diminution drastique des irresponsabilités pénales en application de l'article 122.1 alinéa 1 du code pénal, tout au moins depuis que des chiffres validés sont publiés par le ministère de la Justice. Les Annuaire

Tableau 2
Évolution du nombre de dossiers art 64 puis 122-1 CP de 1987 à 2002 [2,3,30]

Année	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre	444		511		372		370		340		190	211	286	287	299	285
Pourcentage	0,46	0,51	0,67	0,55	0,51	0,72	0,61	0,51	0,46	0,42	0,28	0,45				

statistiques de la Justice et le Rapport Burgelin ont heureusement donné des sources chiffrées incontestables [2,3,30,38–40].

Dès l'année 1987, des données issues de l'annuaire statistique de la Justice, on peut retenir que notre pays connaît une relative stabilisation à un bas niveau des irresponsabilités pénales. Elles représentent :

- en 1987 : 444 dossiers, soit 0,46 % des affaires criminelles ;
- en 1991 : 372 dossiers, soit 0,51 % des affaires criminelles ;
- en 1995 : 340 dossiers, soit 0,46 % des affaires criminelles ;
- en 1998 : 211 dossiers, soit 0,45 % des dossiers criminels.

En reprenant l'évolution chiffrée depuis 1998, l'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux a concerné : 211 dossiers en 1998 (2,3 %), 286 en 1999, soit 2,8 %, 287 en 2000, soit 3,7 %, 200 en 2001, soit 4,6 %, 285 en 2002, soit 5,4 %, 233 en 2003, soit 6 % (Tableaux 2 et 3).

À ces chiffres, il convient d'ajouter les classements sans suite pour irresponsabilité pénale qui passe de 2385 en 1998, à 3157 en 2000 et 3294 en 2002, dans une augmentation qui est constante depuis 1998. De la même façon, on retient une croissance des classements sans suite pour état mental, déficience, qui passe de 4946 en 1998 à 5431 en 2000 et 5773 en 2002 (Tableau 4).

Tableau 3
Non-lieux pour irresponsabilité pénale liée à des troubles mentaux de 1998 à 2003 [2,3,30]

	Ordonnances de non-lieu	Dont pour irresponsabilité pénale liée à des troubles mentaux	Pourcentage
1998	9377	211	2,3
1999	9423	286	2,8
2000	7698	287	3,7
2001	6483	200	4,6
2002	5282	285	5,4
2003	3902	233	6
Évolution 1998/2003	-58 %	+10,4 %	+160,9

Tableau 4
Évolution des classements sans suite pour troubles mentaux entre 1998 et 2002 [2,3,30]

Année	Classements sans suite pour irresponsabilité pénale	Classement sans suite pour état mental déficent	Total
1998	2385	4946	7331
1999	2885	5356	8241
2000	3157	5431	8588
2001	3186	5359	8545
2002	3294	5773	9067
2003	3705	6089	9794

4.3. L'accumulation des psychotiques dans les établissements pénitentiaires

La prison, à l'image de ce que constataient Rogues de Fursac et les aliénistes du XIX^e siècle, reste le révélateur des problèmes posés par la désinstitutionnalisation psychiatrique et la diffusion du modèle de soins ambulatoires depuis l'ère thérapeutique des années 1960.

Dans une étude récente rapprochant la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire, coordonnée par Frédéric Rouillon et Bruno Falissard, huit détenus sur dix souffrent de troubles psychiatriques. Les troubles anxieux représentent 60 % de la population pénale, la dépression se situe entre 18 et 40 % et les schizophrènes incarcérés entre 3,8 et 7 % de la population pénale selon la méthode d'analyse [18,20].

Cette étude alarmante est sensiblement confirmée par les rapports de secteurs de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire [14,25]. Ils avaient retrouvé 11 % de psychoses chroniques à la Maison d'Arrêt d'Angers, 12 % au Centre Pénitentiaire de Châteauroux, 6 % au Centre Pénitentiaire de Clairvaux, 5,8 % au Centre Pénitentiaire de Nantes, 7 % au Centre de Détention de Saint-Mihel et 5 % à la Maison d'Arrêt de Troyes... [38–40].

Rappelons que la méta-analyse de Fazel et Danesh publiée en 2002 [11] retrouvait dans les études internationales 4 % de psychotiques dans les structures de détention et que Gallet *et al.* [12] trouvaient en 2000 3,5 % de psychoses chroniques en maison d'arrêt et 4,6 % en centre de détention ; *Dauver et al.* en 2001 4,75 % de psychoses chroniques [8] et en Suisse, dans le Canton de Vaux, Gravier relevait 3,15 % de psychoses chroniques (Tableau 5).

4.4. L'évolution des attentes de la Justice : vers trois niveaux d'analyse de l'expert au-delà de la mission cardinale de l'expertise psychiatrique pénale ?

Ces dix dernières années ont connu une évolution notable dans les attentes de la Justice vis-à-vis de l'expert psychiatre. De nombreux magistrats, juges d'instruction comme présidents d'assises, insistent sur le fait que leur attente dépasse la simple démarche psychiatrique de recherche clinique d'une pathologie psychiatrique pouvant permettre de discuter une abolition ou une altération du discernement. Ils attendent une analyse psychopathologique permettant d'éclairer le passage à l'acte criminel et, de plus en plus fréquemment, des éléments permettant d'évaluer la dangerosité.

On peut ainsi penser que trois niveaux d'analyse clinique peuvent être attendus dans l'expertise psychiatrique pénale :

Tableau 5
Données épidémiologiques sur les pathologies psychiatriques en détention (pourcentage de la population pénale) [39,40]

Pathologies psychiatriques	Études internationales				Études françaises			
	Fazel Danesh Méta-analyse	Roesch	Teplin	Motiuk	Gravier, 1999	Gallet, 2000 [12] (CD)	Dauver, 2001	DGS-DAP, 2004 (Mini)
Psychoses chroniques	4	5	4	3	3,15	3,5 (MA) 4,6	4,75	3,8 à 7 % de schizophrénies
Dépression	12	10	14	/	3,5	/	/	18
Personnalité antisociale	20	64	47	57	11	/	15,5	30

- niveau 1 d'analyse psychiatrique, quand l'expert se limite à la mission cardinale de l'expertise psychiatrique pénale : recherche de troubles mentaux, diagnostic et discussion de ceux-ci, recherche d'un rapport entre les troubles et le passage à l'acte criminel, discussion d'une abolition ou d'une altération du discernement ;
- niveau 2 d'analyse psychopathologique du passage à l'acte à travers l'histoire du sujet, son aménagement défensif, la singularité de sa relation aux autres... Dans cette perspective, l'expert psychiatre se situe dans un champ proche de l'expert psychologue réalisant l'examen médicopsychologique. Cependant, nombre de magistrats, notamment présidents d'assises, insistent sur le fait qu'il leur semble utile de confronter deux analyses ou deux regards du fonctionnement de l'accusé et que cette confrontation est importante pour le jury ;
- niveau 3 d'analyse psychocriminologique, de plus en plus sollicité par la Justice quand il s'agit de donner des éléments sur la dangerosité non seulement psychiatrique mais aussi criminologique du sujet et d'évaluer les risques de récidive. Dans ce cas, l'expert fait appel à des notions de criminologie qui supposeraient une formation complémentaire de psychocriminologie.

Le débat est très présent parmi les experts, certains (de moins en moins nombreux) estimant qu'ils n'ont à travailler qu'au niveau 1 afin de rechercher une pathologie psychiatrique irresponsabilisante. D'autres se situent de longue date aux niveaux 1 et 2, élargissant leur approche à l'analyse psychopathologique du passage à l'acte. D'autres encore, mais encore assez peu nombreux en France, ont fait des formations de criminologie et sont rompus à l'étude critique des travaux internationaux sur les facteurs du crime et acceptent de s'impliquer dans une approche multidisciplinaire du phénomène criminel.

4.5. Incidence de la politique sécuritaire de tolérance zéro

Les pays industrialisés connaissent actuellement un double phénomène : une croissance du sentiment d'insécurité et le renforcement des politiques pénales de tolérance zéro.

Le renforcement du sentiment d'insécurité est constaté dans tous les pays industrialisés. En reprenant les travaux de Roberts, la peur du crime et du criminel touche plus de 50 % des citoyens suisses (ils viennent de faire une votation imposant une réclusion à vie aux auteurs de crimes récidivants et aux malades mentaux dangereux), près de 50 % des Portugais,

45 % des Belges, 35 % des Français, puis 25 % des Canadiens ou 20 % des Finlandais. Dans notre pays, plusieurs enquêtes d'opinion rapprochent cette peur du crime et la peur sociale du malade mental, comme si les crimes les plus graves ne pouvaient être commis que par des malades mentaux.

Dans une enquête IPSOS de mai 2001, la schizophrénie est représentée comme folie dans 69 % des cas et dangerosité pour 48 % des Français. Le malade mental, et en particulier schizophrène, est plus que tout autre exposé à la précarisation et à la marginalisation, d'autant que notre société connaît une période de récession et de chômage. On ne peut faire l'hypothèse que les malades mentaux et notamment les psychotiques chroniques se retrouvent stigmatisés comme boucs émissaires des peurs sociales et des politiques sécuritaires. Effectivement, parallèlement à la croissance du sentiment d'insécurité, se sont mis en place dans le sillage des États-Unis des politiques sécuritaires qui touchent de plein fouet tous les pays européens. Ces politiques de tolérance zéro répriment fermement tous les petits délits et crimes, la peine de prison devenant rapidement la seule sanction, à l'image d'une population pénale passée en France en dix ans d'une moyenne inférieure à 50 000 détenus à une moyenne approchant 60 000 détenus. Les malades mentaux, dont les difficultés de réhabilitation ne font que croître dans la période actuelle de récession, sont les boucs émissaires de la politique de tolérance zéro [37,38].

4.6. L'effet pervers de l'altération du discernement

Depuis le code pénal de 1994 et l'alinéa 2 de l'article 122.1, « 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 ».

De multiples enquêtes, non publiées pour la plupart, et des sondages réalisés par l'Inspection Générale des Services Pénitentiaires confirment que l'altération du discernement devient, notamment pour les juges en Assises, un facteur de majoration de la responsabilité pénale et donc de surpénalisation. Les jurys populaires ont une réaction sécuritaire face à un sujet présenté comme un malade mental mais ne relevant pas de soins dans le cadre d'une irresponsabilisation de l'article 122.1 alinéa 1.

Dans les prisons s'accumulent des malades mentaux reconnus comme responsables avec une simple altération de leur discernement. On est dans une pratique à l'opposé de la circulaire Chaumier de 1905. Il faut aussi noter que tous les efforts faits pour améliorer la célérité de la justice jouent à l'encontre des malades mentaux non reconnus en tant que tels dans les

procédures rapides de jugement telles que la comparution immédiate [38–40].

5. Soigner à tout prix dans l'illusion de la réduction de la récidive et expertiser en toutes circonstances pour débusquer la dangerosité

Envahi par ses peurs, laminé par le sentiment d'insécurité, bousculé par la politique de tolérance zéro, notre pays connaît actuellement une dérive préoccupante pour les soignants, qui est celle de vouloir soigner à tout prix, avec le développement de soins sous contrainte uniquement déterminés par l'horreur du crime. Il en est ainsi des projets de loi imposant des soins à des auteurs d'agressions sexuelles, y compris à ceux qui ne relèvent pas pour l'expert du suivi sociojudiciaire avec injonction de soins prévu par la loi de 1998. Le projet de loi sur la prévention de la délinquance va dans le même sens, en imposant des soins aux auteurs de crimes particulièrement graves.

Notre pays développe comme d'autres ce rêve selon lequel l'intervention du psychiatre ou du psychologue serait susceptible de limiter chez tout individu l'influence de pulsions agressives sur son comportement. Ce sont les fantasmes des soins chimiques (neuroleptiques ou hormones anti-androgènes), des psychothérapies miracles chez les récidivistes homicides ou d'une géolocalisation livrant les criminels en puissance à l'équipe de soins de proximité... Tout se passe comme si, dans l'inconscient politique, donner des soins était la contrepartie déculpabilisante de la sévérité accrue et implacable des peines. Il est important de pondérer la confiance excessive des politiques dans les psychiatres et psychologues et de rappeler qu'à ce jour aucune étude validée ne peut confirmer une atténuation des risques de violence par une seule action sur le psychisme.

La prévention du passage à l'acte criminel ne peut être que le fruit d'une réflexion multidisciplinaire associant la sanction que dicte la loi, une action socioéducative et d'insertion toujours prioritaire à une prise en charge psychiatrique et psychothérapique qui n'est déterminante que quand il existe une maladie mentale avérée [37–40].

6. Des critiques multiples apportées à l'expertise psychiatrique pénale comme révélatrices du malaise actuel

L'expertise psychiatrique pénale focalise actuellement les critiques des médias mais aussi des professionnels dans le débat qui agite notre société et qui a été particulièrement vif à l'occasion du procès d'Outreau. Les critiques apportées à l'expertise psychiatrique et à sa pratique sont tout à la fois institutionnelles, matérielles et structurelles.

Parmi les critiques institutionnelles, il est avancé comme premier argument le peu d'irresponsabilités pénales proposées en application de l'article 122-1 CP, conduisant à une accumulation de malades mentaux dans les établissements pénitentiaires [35]. Il est aussi suggéré que l'altération du discernement, bien plus souvent prononcée, conduit dans notre société insécure à une surpénalisation tout à fait à l'opposé de l'esprit de la circulaire Chaumier de 1905 qui avait bien comme objet, en

atténuant la responsabilité, de limiter la rigueur de la peine. On avance aussi que les experts psychiatres ne font que renforcer ce qui est dénoncé comme la démission de l'hôpital public face aux malades mentaux les plus précarisés et qu'ils se feraient complices de la libéralisation du système hospitalier sélectionnant des malades porteurs de pathologies moins sévères.

Les critiques matérielles sont tout aussi fortes, notamment venant de la magistrature : expertises rédigées à la hâte, reproduisant dans un « copier coller » un modèle éternellement répété, analyse clinique rapide et souvent contradictoire entre les collègues d'experts posant le problème de la formation initiale et permanente de l'expert, absence de rigueur de la clinique de l'abolition du discernement, impasses sur le problème du devenir du malade mental...

Les critiques structurelles sont, elles aussi, importantes à prendre en compte. En avançant que les experts psychiatres actuels ne se prononcent pas suffisamment sur la dangerosité de l'expertise et séparent trop rapidement dangerosité psychiatrique et criminologique, la justice d'une société contemporaine, portée par ses peurs et son insécurité, sollicite l'expert bien au-delà de sa compétence de psychiatre en lui demandant d'élargir son approche à une analyse psychocriminologique, en oubliant alors que la criminologie est par essence multidisciplinaire, associant notamment un regard social, environnemental et culturel, sans parler d'une ouverture indispensable au droit pénal et à la pénologie.

De leur côté, les experts psychiatres et psychologues sont tout aussi critiques. De moins en moins nombreux à solliciter leur inscription sur les listes auprès des cours d'appel, ils soulignent la multiplication désordonnée des missions, la difficulté de leur pratique, notamment en milieu pénitentiaire, la lourdeur de leur prise de responsabilité, la surcharge de travail et de disponibilité imposées par l'appel d'assises comme la dégradation continue de la rémunération de la pratique expertale, toujours plus disqualifiée par rapport aux autres sollicitations institutionnelles que psychiatres et psychologues peuvent investir dans leur statut [40].

Le débat est vif et son enjeu est important pour la psychiatrie publique comme pour la Justice de notre pays. Les conditions sont manifestement remplies pour une conférence de consensus ou une Audition publique de la Haute Autorité de Santé.

Références

- [1] Addad M, Bénézech M. L'irresponsabilité pénale des handicapés mentaux. Paris: Litec; 1978.
- [2] Annuaire statistique de la Justice. Ministère de la Justice; 1998–2003.
- [3] Annuaire Statistique de la Justice. Ministère de la Justice; 2004.
- [4] Ballet G. Traité de pathologie mentale. Paris. 1903.
- [5] Ballet G. L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité. Société Générale d'Imprimerie; 1907.
- [6] Beccaria. Des délits et des peines. Dalibon; 1797.
- [7] Bouley D, et al. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Ann Med Psychol (Paris)* 2002;160:396–405.

- [8] Dauver B, et al. Éléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au Centre Pénitentiaire de Caen. *Forensic* 2002;10:15–21.
- [9] Debove F, Falletti F. Précis de droit pénal et de procédure pénale. Paris: PUF; 2006.
- [10] Dide M, Guiraud P. Psychiatrie clinique. Paris : Le François ; 1893 ; puis Guiraud P. Psychiatrie clinique. Paris: Le François; 1956.
- [11] Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:545–50.
- [12] Gallet E, et al. Les psychotiques incarcérés. *Forensic* 2000;2–3:48–52.
- [13] Grasset J. Demi-fous et demi-responsables. Paris: Alcan; 1907.
- [14] IGAS, IGSP. Rapport sur l'organisation des soins aux détenus. ministère de la Santé, ministère de la Justice; 2001.
- [15] Jonas C, Senon JL. Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie, EMC référence. Paris: Elsevier; 2004.
- [16] Jorda M. Les délinquants aliénés et anormaux mentaux. Paris; 1966.
- [17] Kant E. Critique de la raison pratique. Analytique de la raison pure pratique. Paris: PUF « Quadrige B »; 1997.
- [18] Lameyre X, Senon JL. Résister à la démesure. Éditorial, *Forensic, Revue de psychiatrie et psychologie légale* 2003;16:1–2.
- [19] Louan E, Senon JL. La situation des auteurs d'infractions souffrant de troubles mentaux dans les systèmes judiciaires et pénitentiaires de la ville de New York. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163:834–41.
- [20] Manzanera C, Senon JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004;162:686–99.
- [21] Montesquieu. De l'esprit des lois. Paris: Firmin Didot; 1877.
- [22] Merle R, Vitu A. Traité de droit criminel. Paris: Cujas; 1967.
- [23] Pradel J. Droit pénal général. Paris: Cujas; 2005.
- [24] Pradel J. Droit pénal comparé. Paris: Dalloz; 2002.
- [25] Rapport de l'Assemblée Nationale, Commission d'enquête sur la situation des prisons françaises. J. Floch, Rapporteur, 28 juin 2000.
- [26] Régis E. Précis de psychiatrie. Paris: Doin; 1923.
- [27] Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004;162:653–6.
- [28] Riboud L. Essai sur l'irresponsabilité des aliénés criminels. Cotillon Pichon; 1884.
- [29] Rogues de Fursac J. Manuel de Psychiatrie. Paris: Félix Alcan; 1893, 1917 et 1923.
- [30] Santé, Justice et dangers, pour une meilleure prévention de la récidive. Rapport de la Commission Santé-Justice présidée par M. Jean François Burgelin, ministère de la Justice et ministère de la Santé 2005.
- [31] Sénat de la République française. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux, documents de travail du Sénat. Série législation comparée. 2004 (132:28).
- [32] Senon JL. Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique dans la prison depuis la mise en place de la loi du 18 janvier 1994. *Revue de Sciences criminelles et de Droit pénal comparé* 1994;3:509–21.
- [33] Senon JL. Histoire de la psychiatrie en milieu pénitentiaire de Pinel à la loi du 18 janvier 1994. *Ann Med Psychol (Paris)* 1998;156:161–98.
- [34] Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Ann Med Psychol (Paris)* 2004;162:646–52.
- [35] Senon JL. Commission d'enquête sur les internements sous contrainte. *Forensic, Revue de psychiatrie et psychologie légale* 2003;16:10.
- [36] Senon JL. Troubles psychiques et réponses pénales (janvier 2005). Champpenal, Penal Field, Tome II <http://champpenal.revues.org/document77.html>.
- [37] Senon JL. Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *Evol Psychiatr (Paris)* 2005;70:117–30.
- [38] Senon JL. Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique moderne. *Inf Psychiatr* 2005;81:627–34.
- [39] Senon JL, Manzanera C. Psychiatrie et justice pénale. *AJ Pénal Dalloz* N° 10/2005 353–357.
- [40] Senon JL, Manzanera C. L'expertise psychiatrique pénale : les données d'un débat. *AJ Pénal Dalloz* N° 2/2006 66–69.
- [41] Villey M. Esquisse historique du mot responsable. *Arch Phil Droit* 1984; 22:175–82.
- [42] Vullien R. Les conditions de l'expertise médico-légale psychiatrique criminelle. Rapport de Médecine légale, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, XXIII^e session, Barcelone, 21–26 mai 1929.