

COUNCIL
OF EUROPE



CONSEIL
DE L'EUROPE

AFFAIRES JURIDIQUES

ÉTUDES RELATIVES
À LA RECHERCHE CRIMINOLOGIQUE

Volume XXIV

ÉTUDES
SUR LA RESPONSABILITÉ PÉNALE
ET LE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE
DES DÉLINQUANTS MALADES MENTAUX



Comité européen pour les problèmes criminels

343.913

CON

Strasbourg
1986

Cet ouvrage a été publié en langue anglaise sous le titre:

Studies on criminal responsibility and psychiatric treatment of mentally ill offenders

ISBN 92-871-0899-4

Strasbourg, Conseil de l'Europe, Section des Publications

ISBN 92-871-0898-6

© Copyright, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1986

Imprimé en République Fédérale d'Allemagne

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Pages</i>
Introduction par M. G. Canepa, professeur, directeur de l'Institut de médecine légale et du Centre international de criminologie clinique, Université de Gênes, Italie, président du Conseil scientifique criminologique et du colloque . . .	5
Rapport introductif par M. J. Bernheim, professeur, Institut universitaire de médecine légale, Centre médical universitaire, Genève, Suisse	11
La définition de la responsabilité pénale et des facteurs psychopathologiques qui peuvent l'atténuer ou l'exclure. Rapport par M. H. L. Schreiber, professeur, Université de Göttingen, République Fédérale d'Allemagne.	27
Les problèmes posés par l'évaluation au moyen de l'expertise de l'atténuation ou de l'exclusion de la responsabilité pénale. Rapport par M. O. Dalgard, professeur de psychiatrie, Université d'Oslo, Norvège	49
Les répercussions de ces évaluations sur la prise de décision, d'une part, et le traitement des délinquants malades mentaux, d'autre part. Rapport par MM. F. Ferracuti et F. Bruno, professeurs, Université de Rome, Italie	73
Rapport général par M. J. Bernheim, professeur, Institut universitaire de médecine légale, Centre médical universitaire, Genève, Suisse	91
Conclusions et recommandations du colloque	108

Le compte rendu du septième Colloque criminologique peut être obtenu à la Division des problèmes criminels, Direction des affaires juridiques du Conseil de l'Europe, 67006 Strasbourg Cedex (France).

TABLA DES MATIÈRES

109 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
110 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
111 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
112 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
113 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
114 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
115 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
116 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
117 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
118 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
119 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
120 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
121 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
122 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
123 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
124 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
125 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
126 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
127 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
128 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
129 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
130 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
131 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
132 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
133 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
134 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
135 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
136 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
137 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
138 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
139 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
140 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
141 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
142 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
143 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
144 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
145 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
146 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
147 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
148 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
149 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale
150 L'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale

Le contenu de ce numéro est consacré à l'étude de l'impact de la recherche criminologique sur la politique pénale. Les auteurs abordent les aspects théoriques et pratiques de cette question, en s'appuyant sur des exemples concrets de pays ou de régions. Les contributions sont regroupées en deux sections : la première traite de l'impact de la recherche sur la politique pénale en matière de prévention, et la seconde de l'impact sur la politique pénale en matière de traitement.

CONTENTS

Prof. Dr. J. Garbarino
professeur, directeur de l'Institut de Psychologie légale
et du Centre international de criminologie clinique,
Université de Genève, Suisse
président du Conseil scientifique international de criminologie

INTRODUCTION

At the dawn of the 1980s, the criminological research community has been engaged in a process of re-evaluation of its role and of its contribution to the criminal justice system. This process has been initiated by the scientific community itself, and it is the author's conviction that it should lead to a re-examination of the domain of prevention and treatment.

Following this perspective, the author proposes a limited but comprehensive study of the contribution of criminological research to the criminal justice system, and he suggests that this study should be carried out in a systematic and organized manner.

The author then proposes a limited but comprehensive study of the contribution of criminological research to the criminal justice system, and he suggests that this study should be carried out in a systematic and organized manner.

The author then proposes a limited but comprehensive study of the contribution of criminological research to the criminal justice system, and he suggests that this study should be carried out in a systematic and organized manner.

Enfin, les trois réunions préparatoires de colloque qui se sont déroulées en 1984 et 1985, ont souligné encore une fois les diverses orientations théoriques et pratiques, ainsi que les différents aspects criminologiques du sujet proposé, et ont permis de conclure.

En effet, ce sujet qui concerne les aspects théoriques et pratiques de la prévention et du traitement pénal des délinquants, a été abordé de façon comparative et comparative, et ainsi que dans une perspective de politique criminologique, qui est la notion de « responsabilité pénale » et les procédures pratiques.

INTRODUCTION

par M. G. Canepa,
professeur, directeur de l'Institut de médecine légale
et du Centre international de criminologie clinique,
Université de Gênes, Italie,
président du Conseil scientifique criminologique et du colloque

Au cours des années de mon activité au sein du Conseil scientifique criminologique, je me suis convaincu que l'apport de la criminologie aux activités du Conseil de l'Europe devrait s'orienter surtout vers l'approfondissement des problèmes fondamentaux concernant le fonctionnement des systèmes de justice pénale des différents pays membres.

Cet approfondissement, basé sur les résultats de la recherche et des études théoriques et empiriques déjà réalisées sur des sujets spécifiques, devrait aboutir à la solution de questions d'ordre pratique, surtout dans le domaine de la prévention et du traitement.

Suivant cette perspective, on devrait poursuivre une finalité qui est comparative, dans le but de la confrontation des différents systèmes pénaux pour les améliorer et pour réaliser leur harmonisation.

Les travaux que nous allons commencer à l'occasion de ce colloque rentrent dans cette perspective, théorique et pratique en même temps, que j'avais bien présente à mon esprit au moment où, à partir de 1982, j'ai proposé au Conseil scientifique criminologique et ensuite au Bureau du CDPC le sujet spécifique de ce colloque, qui a été approuvé définitivement en 1984 par le Comité européen pour les problèmes criminels.

Ensuite, les trois réunions préparatoires du colloque, qui se sont déroulées en 1984 et 1985, ont souligné encore une fois les susdites orientations théoriques et pratiques, ainsi que l'intérêt spécifiquement criminologique du sujet proposé, choisi et adopté.

En effet, ce sujet, qui concerne les «études sur la responsabilité pénale et le traitement psychiatrique des délinquants malades mentaux» a été proposé et défini d'un point de vue criminologique et comparatif, ainsi que dans une perspective de politique criminelle, suivant les théories (la notion de «responsabilité pénale») et les procédures pratiques

(l'expertise «psychiatrique») existant dans les différents Etats membres du Conseil de l'Europe.

Il s'agit de problèmes qui intéressent la criminologie, le droit pénal comparé et la médecine légale psychiatrique. Il n'y a aucune référence aux questions scientifiques et techniques de la psychiatrie «clinique» au point de vue médical (par exemple l'organisation des services de soins psychiatriques en prison, en milieu fermé ou ouvert et, en général, dans le domaine du traitement pénitentiaire).

On va aborder, en effet, les trois questions suivantes:

1. «La définition de la responsabilité pénale et des facteurs psychologiques et pathologiques qui peuvent atténuer ou exclure cette responsabilité.» Cette question pose l'exigence d'une étude comparative et criminologique de droit pénal afin de réaliser l'approfondissement et la confrontation des différentes notions et définitions légales de la responsabilité pénale (et des facteurs qui peuvent la modifier), suivies et adoptées dans les systèmes en vigueur dans les différents pays.
2. «Les problèmes posés par l'évaluation, au moyen de l'expertise psychiatrique, de l'atténuation ou de l'exclusion de la responsabilité pénale.» Il s'agit d'évaluer, dans les différents systèmes, le rôle de l'expertise psychiatrique qui vise à aborder et résoudre les problèmes évaluatifs concernant, suivant la législation en vigueur dans la plupart des pays, soit la notion de responsabilité, soit la notion de dangerosité.
3. «L'influence de l'évaluation de la responsabilité pénale sur la prise de décision et sur le traitement des délinquants malades mentaux.» Il s'agit d'évaluer dans les différents systèmes, comment les jugements sur la responsabilité pénale, compte tenu des avis exprimés par les experts, peuvent se transformer en un programme de traitement, psychiatrique ou non (par exemple, si cette transformation est réalisée d'une façon automatique, ou bien de façon adaptée aux cas individuels).

L'étude et l'analyse de ces problèmes, dans leur ensemble, exige une qualification et une formation spécialisée, qui concerne:

1. le droit pénal,
2. la psychiatrie légale,
3. la criminologie.

La synthèse de ces différents problèmes et de leurs solutions exige une compétence interdisciplinaire qui, à mon avis, concerne le domaine de la médecine légale.

Les problèmes évoqués par le programme de ce colloque touchent des aspects qui, à l'heure actuelle, se trouvent dans une phase extrêmement critique: par exemple, l'attitude des experts face à l'exigence de formuler des avis sur la responsabilité pénale, c'est-à-dire sur une notion d'ordre philosophique et moral, qui semble dépasser les limites de la compétence scientifique et technique des experts. La même attitude critique se manifeste aussi à l'heure actuelle, au sujet des jugements des experts, concernant l'évaluation de la dangerosité.

Dans cette perspective, on a souhaité pour l'avenir, une collaboration plus directe des experts dans l'élaboration des programmes individuels de prévention et de traitement.

Mais sur ces points on peut aussi enregistrer des tendances tout à fait différentes, qui voudraient abolir l'activité des experts, l'expertise psychiatrique même, et la notion de responsabilité.

La confrontation et les débats sur ces problèmes présentent un intérêt très actuel en criminologie, étant donné qu'ils concernent des aspects fondamentaux, qui sont propres à la plupart des législations pénales européennes et touchent le «cœur» même des différents systèmes de justice, dans le domaine pénal, tels que la notion de responsabilité criminelle.

Cette confrontation, au cours du colloque, doit aboutir à l'amélioration et à l'harmonisation des systèmes en vigueur dans les pays membres du Conseil de l'Europe.

RÉFÉRENCES

- Bernheim, J., Justice pénale et délinquants mentalement anormaux: les expertises de responsabilité en psychiatrie légale, *Revue pénale suisse*, vol. 95, p. 22, 1978.
- Bluglass, R., *A Guide to the Mental Health Act 1983*, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne et New York, 1983.
- Canepa, G., Perspectives d'innovation dans le domaine de l'expertise psychiatrique, *Revue internationale de criminologie et de police technique*, n° 3, p. 59, 1983.
- Canepa, G., Kerner, H. J., (eds): L'expertise criminologique, *Annales internationales de criminologie*, vol. 19, nos 1-2, 1981.
- Conseil de l'Europe, Legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients, Strasbourg, 1983. ISBN 92-871-0299-6.
- Forensic psychiatry, Report of a working group, Sienna, 1975.
- WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1977.
- Gunn, J., Forensic Psychiatry, *Recent Advance in Clinical Psychiatry* (Editor: K. Granville-Grossman), Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1979.
- Harding, T. W., Adserballe, H., Assessment of dangerousness — Observations in six countries — A summary of results from a WHO Co-ordinated Study, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 6, p. 391, 1983.
- Luzzago, A., Beduschi, G., Dal manicomio giudiziario all'ospedale psichiatrico giudiziario: un problema insoluto, *Rassegna di Criminologia*, vol. 15, p. 141, 1984.
- Pazzagli, A., Ballerini, A., La botte piena e la moglie ubriaca, *Matti da imprigionare*, suppl. n° 5, *Difesa Penale*, p. 43, 1984.
- Schreiber, H. L., Was heißt heute strafrechtliche Schuld und wie kann der Psychiater bei ihrer Feststellung mitwirken? *Der Nervenarzt*, vol. 48, p. 242, 1977.
- Shah, S. A., Legal and mental health system interactions. Major developments and research needs, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 4, p. 219, 1981.

RAPPORT INTRODUCTIF

par M. J. Bernheim
 professeur, Institut universitaire de médecine légale,
 Centre médical universitaire, Genève, Suisse

1. De l'acteur à l'acte

RAPPORT INTRODUCTIF

Les divers systèmes juridiques ont élaboré des notions de responsabilité qui expriment cette relation entre l'acte et la culpabilité et à l'intention, pas évidente, il se prononce d'abord sur la responsabilité. Pour décider des peines et des mesures, l'examen de la personnalité de l'auteur est également nécessaire.

2. Responsabilité

Le concept de la responsabilité appartient à tout modèle éthique qui place l'homme en priorité dans l'échelle des valeurs. Il s'agit d'une sorte d'option anthropologique et de postulat qui conduit à l'homme la liberté de ses choix et la maîtrise de ses actes.

Dans le cadre du droit, ce postulat se présente comme une présomption qui développe ses conséquences dans le règlement des échanges entre les hommes, en matière d'engagements privés comme en matière publique. Comme l'a relevé M. H. L. Schreiber, les systèmes de justice pénale ont fait usage du concept de responsabilité, s'appliquant essentiellement à définir quand la responsabilité est absente ou exclue.

Le postulat de la responsabilité implique également le principe médical. Ainsi, la relation médecin-malade est fondée pour l'essentiel sur la liberté du consentement, quant aux soins, quant aux risques, quant à la qualité de la vie. Le patient est considéré comme libre et responsable ainsi l'existence d'un enchaînement pathologique n'a pas altéré son fonctionnement psychique.

Certes, le raisonnement du médecin est logiquement sans des données, tant de l'expérience que sociale de causalité et ses particularités. Mais, lorsqu'il s'agit d'interpréter le genre des décisions ou des comportements d'une personne, les éléments significatifs interviennent

RAPPORT INTRODUCTIF

par M. J. Bernheim,
professeur, Institut universitaire de médecine légale,
Centre médical universitaire, Genève, Suisse

1. De l'auteur à l'acte

Les divers systèmes de justice pénale européens entendent interpréter les liens qui existent entre l'auteur et l'acte. A cet effet, le juge se réfère à la culpabilité et à l'intention; cas échéant, il se prononce d'abord sur la responsabilité. Pour décider des peines et des mesures, l'examen de la personnalité du justiciable est également nécessaire.

2. Responsabilité

Le concept de la responsabilité appartient à tout modèle éthique qui place l'homme en priorité dans l'échelle des valeurs. Il s'agit d'une sorte d'option anthropologique et de postulat qui confère à l'homme la liberté de ses choix et la maîtrise de ses actes.

Dans le cadre du droit, ce postulat se présente comme une présomption qui développe ses conséquences dans le règlement des échanges entre les hommes, en matière d'engagements privés comme en matière publique. Comme l'a relevé M. H.L. Schreiber, les systèmes de justice pénale qui font usage du concept de responsabilité, s'appliquent essentiellement à définir quand la responsabilité est diminuée ou exclue.

Le postulat de la responsabilité imprègne également la pratique médicale. Ainsi, la relation médecin-malade est fondée pour l'essentiel sur la liberté du consentement, quant aux soins, quant aux risques, quant à la qualité de la vie. Le patient est considéré comme libre et responsable aussi longtemps qu'un enchaînement pathologique n'a pas altéré son fonctionnement psychique.

Certes, le raisonnement du médecin est largement celui des sciences, tirant de l'expérience ses modèles de causalité et ses probabilités. Mais, lorsqu'il s'agit d'interpréter la genèse des décisions ou des comportements d'une personne, les éléments significatifs interviennent

d'ordinaire en nombre si grand, avec une variété et un jeu si larges, que le médecin est fondé à admettre un effet d'indétermination. Cette conception est renforcée par l'extraordinaire complexité du cerveau en tant que récepteur de sensations, enregistreur d'informations, et générateur d'action.

3. Désordres mentaux

La description psychiatrique des affections mentales et des dysfonctionnements psychiques, ainsi que leur classification nosographique sont liées à des pluralités de modèles conceptuels, avec des orientations scientifiques diverses, biologiques, dynamiques, systémiques, sociologiques.

L'approche d'un consensus plus large est actuellement en progrès¹, grâce en particulier à la publication, en janvier 1986, de la 3^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles (DSM III)*. Ce travail, préparé pendant cinq années dans le cadre de l'Association américaine de psychiatrie, est à la fois complémentaire et original par rapport à la *Classification internationale des maladies*, établie par l'OMS (9^e édition en 1979). Une 4^e édition est en préparation.

Le *DSM III*, exprimant l'expérience pratique en psychiatrie, relève qu'il n'existe ni définition satisfaisante, ni limites précises pour le concept de «trouble mental». Le psychiatre est invité à grouper des signes de souffrance ou de handicap pour dégager des ensembles susceptibles d'être reconnus et acceptés par le plus grand nombre des observateurs. Les données réunies sont ensuite interprétées par rapport à un postulat de santé ou de normalité, en termes de dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique. Il est entendu que :

«Quand la perturbation est réduite à un conflit entre un individu et la société, cela peut correspondre à une déviance qui peut, ou non, être socialement approuvée sans être, en soi, un trouble mental» (p. 9).

L'ouvrage utilise plusieurs axes pour décrire les situations problématiques, en tenant compte aussi des affections physiques et des facteurs de stress psychosociaux.

L'ensemble de ce travail diagnostique est pénétré par le caractère continu et fluide des phénomènes de la vie biologique et psychique. À côté des cas qui correspondent de façon satisfaisante aux entités décrites, il en existe d'autres qui se présentent de façon mixte ou intermédiaire. Ainsi, des marges d'imprécision et d'appréciation impor-

1. Voir par exemple les *Actes du 7^e Congrès mondial de psychiatrie*, Vienne 1983.

tantes ne peuvent être évitées lorsque l'expert se propose d'exprimer le diagnostic psychiatrique conformément au sens de la loi et à l'élaboration de la jurisprudence.

Une contribution particulière est demandée à l'expert, lorsque le patient ne présente pas de trouble mental mais des singularités du caractère et du comportement. Certains désignent ces états sous le nom de déséquilibre mental, de psychopathie, de névrose; on y range aussi certaines déviations sexuelles. Le *DSM III* contient une description détaillée de ces états sous le titre de «Troubles de la personnalité» (personnalités pathologiques), décrivant ainsi diverses catégories d'individus bizarres, excentriques ou anxieux. La personnalité antisociale fait également l'objet d'une description. Selon les termes de l'ouvrage, les traits de la personnalité sont :

«Les modalités habituelles selon lesquelles on perçoit, on réagit à, et on conçoit son environnement et sa propre personne... Les traits de personnalité ne constituent des troubles de la personnalité que lorsqu'ils sont rigides, inadaptés et responsables soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective» (p. 329).

Le *DSM III* souligne que, dans une classification psychiatrique, ce sont les troubles mentaux qui sont classés et non pas les individus eux-mêmes :

«Bien que tous les individus décrits comme ayant le même trouble mental aient — au moins par définition — les caractéristiques de ce trouble, ils peuvent différer sur de nombreux autres points fondamentaux, susceptibles de modifier la conduite à tenir et le pronostic» (p. 9).

4. Mécanismes psychologiques

Pour établir un état d'irresponsabilité ou de responsabilité diminuée, de nombreux codes prévoient d'une façon ou d'une autre qu'il ne suffit pas de constater une corrélation chronologique entre le désordre mental et l'acte incriminé. Il faut montrer que l'un a été, au moins partiellement, à l'origine de l'autre.

Une telle *relation causale* peut en général être retenue de façon convaincante lorsque, au moment d'agir, l'auteur souffrait d'une affection mentale ou se trouvait dans un état d'intoxication qui s'accompagnent, selon l'expérience ordinaire, d'une perte de contact avec la réalité. En effet, dans ces conditions, le patient ne peut plus faire la différence entre les données objectives du monde extérieur et les représentations, convictions ou émotions qui ont leur origine à l'intérieur de lui-même :

l'acte commis par de tels patients a dans la règle un caractère bizarre; il ne répond à aucune motivation compréhensible et ne peut précisément s'expliquer que comme le produit de la pathologie mentale observée.

De nombreux cas cependant ne se présentent pas clairement; la reconstitution approximative de l'état mental au moment de l'acte et l'examen ultérieur du patient ne permettent pas réellement d'établir une relation causale avec l'acte. Par exemple, le délit apparaît comme l'expression d'une dépression chronique, d'une angoisse névrotique ou d'un trouble de la personnalité.

Pour diminuer la difficulté d'évaluation de la causalité, certaines lois réfèrent expressément l'expert à un examen du fonctionnement psychologique au moment d'agir. De toute manière, quel que soit le système en vigueur, il est admis que, pour être responsable pénalement, il faut avoir la capacité de comprendre. De plus, nombre de législations font également intervenir la capacité de vouloir.

Les *facultés intellectuelles* d'une personne peuvent faire l'objet d'une analyse relativement précise. Il faut également les mettre en relation avec un acte déterminé. L'expert-psychiatre recherche comment l'auteur a pu se représenter la situation, dans quelle mesure il a pu prévoir le résultat qui s'est produit, s'il pouvait se tromper aisément et s'il a pu avoir conscience du caractère délictueux de son geste ou de son entreprise.

Il est plus difficile d'évaluer la *capacité de vouloir*, c'est-à-dire de se contrôler et de se déterminer. L'expert va, pour l'essentiel, essayer de reconstituer chez l'auteur le jeu probable du dynamisme personnel au moment de l'action. Il va évaluer comment ont pu s'ajuster l'énergie des désirs et les forces du contrôle de soi et dans quelle mesure une réflexion a pu se transformer en décision. Si l'on admet que la volonté se définit comme une sorte de résultante psychologique complexe, il s'ensuit qu'il est souvent aléatoire d'interpréter son exercice comme normal ou comme pathologique dans le cadre d'une expertise.

5. Culpabilité

En fait, sur la base de ses techniques d'entretien et d'information anamnétique, parfois accompagnées de tests instrumentaux ou projectifs, le psychiatre n'a pas vraiment la possibilité de distinguer entre les mécanismes psychologiques dont l'auteur pouvait disposer au moment d'agir et les mécanismes qui ont réellement conduit à l'action. Le plus souvent, le travail du psychiatre revient pratiquement à rechercher si l'auteur a commis son acte avec conscience et volonté, c'est-à-dire si la condition fondamentale de l'intention était ou non présente. C'est aussi l'essentiel de ce que le jury et le public veulent savoir en premier.

Ainsi, l'évaluation de la responsabilité, basée sur le niveau de l'intelligence et sur les comportements dynamiques de la volonté, peut être difficile à distinguer de l'évaluation de la culpabilité, basée sur l'intention, c'est-à-dire sur la compréhension concrète de l'acte et sur la genèse réelle de la décision. Si l'intention est psychologiquement désorganisée, l'absence de responsabilité et l'absence de culpabilité se rejoignent.

Sans doute, responsabilité et culpabilité ne sont pas confondues dans leur définition juridique, l'une étant un préalable nécessaire à l'autre. Mais lorsque la différence est transposée dans la réalité de l'examen psychologique, elle prend un caractère de subtilité qui lui enlève la plus grande partie de sa spécificité.

Le caractère médicalement artificiel de l'appréciation de la responsabilité ou de l'irresponsabilité apparaît en particulier lorsque la loi prévoit des gradations et retient la notion intermédiaire de responsabilité diminuée ou restreinte. Parfois, la responsabilité restreinte se réduit à une sorte de moyen juridique qui est utilisé pour ouvrir la possibilité d'une peine moins lourde.

Il faut cependant relever, ainsi que l'a fait remarquer M. O.S. Dalgard, que la remise en question du concept de responsabilité dans la justice pénale n'offre pas que des avantages. Par exemple, des dispositions doivent être prévues, qui évitent à un malade mental le procès devant une juridiction criminelle ordinaire. De façon générale, l'usage de la responsabilité doit être replacé dans l'ensemble complexe des différents objectifs poursuivis par le système de la justice pénale. Si la tâche principale de celui-ci, selon le sentiment prévalant dans la communauté, est d'infliger des «punitives méritées», il peut paraître nécessaire de lier l'objectif de punir à un jugement préliminaire portant sur la responsabilité pénale.

6. Peines et mesures

Plusieurs législations européennes et américaines n'utilisent pas le concept de responsabilité. Elles font directement intervenir le désordre mental ou le dysfonctionnement psychique dans le cadre d'une analyse de l'intention coupable et dans le choix des peines et des mesures. Ainsi, le cas échéant, l'état mental peut prendre la signification d'une *sorte de circonstance atténuante* particulière.

Divers auteurs, en particulier M. N. Morris, ont montré qu'il serait équitable de ne pas donner au désordre mental une place à part dans le système des «défenses» offertes à l'accusé. La même signification de circonstance atténuante plus ou moins puissante pourrait être donnée à d'autres prédispositions criminelles involontaires, comme les états

d'abandon familial, la détresse sociale, l'appartenance à un milieu rejeté par la majorité, etc.

Quelle que soit l'option juridique prise quant à la question de la responsabilité, une part de l'expertise psychiatrique consiste manifestement à apporter une *contribution médico-sociale* dans le choix des peines et des mesures. En fait, des propositions de traitement en milieu ouvert ou fermé ou des opinions sur le choix entre prison et hôpital contiennent en elles-mêmes une idée sur la responsabilité du patient.

7. Dangereosité

Le contrôle social des personnes à haut risque constitue un point de rencontre des interventions pénales et médico-sociales. Le concept de dangereosité est utilisé régulièrement dans certaines situations cliniques ainsi que dans les décisions thérapeutiques qui suivront. La dangereosité peut être définie comme la probabilité estimée trop élevée de commettre un acte estimé trop grave.

La *prédiction clinique* de la dangereosité ne peut se faire que selon des méthodes et dans des limites qui ont été longuement discutées, par exemple par Gunn, Harding, Monahan, Scott, Shah, Steadman. Le plus souvent, la prédiction ne peut être précise qu'à court terme, dans des conditions d'antécédents, de situation personnelle, d'état mental et d'environnement bien définies.

Dans le cadre d'une expertise, le psychiatre va en général se prononcer de manière relativement vague, en se basant pour l'essentiel sur son expérience clinique et son intuition, en se référant aussi à l'avis de personnes formées dans d'autres professions. Le pronostic va également dépendre de la possibilité d'un traitement et de la collaboration du patient.

Dans les *programmes de traitement* d'une personne estimée dangereuse, l'un des éléments principaux consiste à coordonner et à rendre complémentaires, avec une élaboration appropriée, des interventions thérapeutiques et des dispositifs de contrôle ou de sécurité.

Même en dehors d'un cadre fermé, l'autorité pénale peut exercer une influence qui se superpose à l'action des instances médico-sociales, sous la forme de probation, de sursis, de libération conditionnelle, de règles de conduite en relation avec un traitement. Mais c'est surtout en milieu institutionnel fermé qu'une association permanente entre traitement et sécurité doit être réalisée: services médico-psychiatriques dans certaines prisons; unités de sécurité dans certains hôpitaux. En l'absence de moyens ou de programmes mixtes soigneusement construits, la

sécurité tend à s'imposer de manière totale, augmentant en définitive le danger potentiel.

A l'intention des personnes qui présentent des troubles graves de la personnalité, qui ne sont pas à proprement parler des malades mais qui sont violentes et impulsives, des unités socio-thérapeutiques peuvent être prévues, soit dans un cadre pénal, soit dans un cadre médico-social. Dans l'état actuel de nos connaissances, il faut relever l'intérêt des modèles inspirés d'une façon ou d'une autre de la communauté thérapeutique. Pour traiter des délinquants dangereux, il est en effet nécessaire de mettre au premier plan le rôle humain joué tant par les soignants que par les gardiens et d'organiser une collaboration suivie des deux catégories de personnel, à laquelle s'ajoute celle des intéressés eux-mêmes.

Il faut considérer que les propositions faites par un expert ne peuvent être le plus souvent que modestes. L'aspect situationnel de la dangereosité fait que le bénéfice apporté par les traitements est souvent sans avenir quand la personne traitée est replacée dans des conditions d'environnement social à risque.

8. Droits de l'homme

L'indépendance du médecin et sa vocation à l'égard des patients correspond à une longue tradition, formulée dans des déclarations d'instances professionnelles nationales ou internationales, en particulier par l'Association médicale mondiale. Les *principes de l'éthique médicale* sont également reconnus par des autorités politiques, par exemple dans la résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 9 mars 1983.

Dans les conclusions d'un rapport consacré à la psychiatrie médico-légale (Sienne, 1975), un groupe d'experts réuni par le Bureau européen de l'OMS, a relevé que:

«L'éthique médicale s'applique à la psychiatrie légale exactement comme aux autres branches de la médecine. Le psychiatre-légitime devrait considérer avant tout ses devoirs à l'égard du patient et ne devrait pas concevoir son rôle comme l'un des rouages des systèmes de contrôle de l'Etat... Moins d'importance devrait être donnée au diagnostic et davantage au traitement» (p. 33).

Lorsqu'il prépare un rapport d'expertise à l'intention d'une autorité judiciaire ou lorsqu'il conduit le traitement d'une personne en situation de contrainte légale, le psychiatre doit donc conserver une attitude médicale et requérir la garantie d'un environnement et d'un statut personnel

approprié. Même lorsqu'il dépend d'une manière ou d'une autre du juge, de la police ou de l'administration pénitentiaire, il doit préserver l'indépendance de ses conclusions médico-légales et la liberté de ses recommandations ou décisions thérapeutiques.

Le patient délinquant doit, de son côté, bénéficier des *droits civils reconnus* à toute personne dans le cadre d'une relation médicale. Il s'agit pour l'essentiel du consentement et du secret.

Pour pouvoir *consentir librement*, la personne expertisée doit être informée: le psychiatre doit se présenter à elle dans sa fonction d'expert et lui expliquer que le contenu des entretiens pourra être transmis au juge. Les expertises et les avis basés uniquement sur l'étude de dossiers devraient être évités.

La combinaison d'un traitement avec des mesures pénales de pression ou de sécurité se justifie dans le cas de personnes incapables d'un jugement raisonnable et qui risquent d'être dangereuses. Même dans ces cas, une certaine forme de consentement peut être recherchée, soit d'emblée, soit progressivement. Il peut s'agir par exemple d'interrompre d'urgence des comportements de violence, de toxicomanie ou de prostitution chez des adolescents. Il peut également s'agir de malades ou d'infirmités atteints d'un trouble mental grave et durable, accompagné de passages à l'acte criminel, dans des cas d'alcoolisme, de psychose chronique, de personnalité antisociale. Le but recherché est alors limité à l'acquisition de conditionnements et d'habitudes qui diminuent la soudaineté des impulsions et qui évitent la fatalité des emprisonnements et des hospitalisations.

Lorsque l'expert recommande une hospitalisation psychiatrique, il devrait obtenir l'accord de l'expertisé ou respecter les mêmes règles que celles qui définissent les conditions de l'internement non volontaire en dehors du système pénal. Un traitement par contrainte ne devrait pas intervenir en milieu de détention ordinaire, mais seulement en milieu hospitalier.

L'expertise psychiatrique doit également préserver dans toute la mesure du possible, le *secret de la vie intime* du patient examiné. L'expert doit se borner aux informations nécessaires pour le bon exercice de la justice et pour la préparation d'un traitement approprié. Dans les rapports, il faut éviter d'accumuler des détails sur des conflits, misères ou habitudes qui, pour l'essentiel, ne relèvent pas de la médecine et qui véhiculent une sorte de connotation morale plus ou moins stigmatisante.

Il est aussi à recommander que l'expert ne prenne pas position sur les actes lorsque l'expertisé est capable de discernement et conteste avoir commis le délit qui lui est reproché.

Il est encore à relever que, même si l'expertise constitue une relation tout à fait particulière, il n'en reste pas moins que l'expert intervient de façon directe dans l'intimité de l'expertisé. Le plus souvent, celui-ci peut légitimement s'attendre à une certaine *contribution thérapeutique de la part de l'expert*. Lorsque les conditions sont favorables, l'aide peut prendre la forme d'un soutien psychologique et d'une élaboration positive des situations problématiques. Par exemple, nombre d'attitudes de «simulation» peuvent prendre leur véritable sens qui est celui d'une pathologie de la relation et d'un appel à l'aide. Parfois, l'expert peut préparer le patient à l'idée d'un traitement ultérieur en situation pénitentiaire ou postpénale. Enfin, dans certaines limites, l'expert va tenir compte des répercussions thérapeutiques de ses conclusions. Par exemple, le fait d'être déclaré irresponsable peut entraîner chez l'expertisé une dévalorisation et une stigmatisation sociale.

9. Psychiatrie légale

De nombreuses discussions ont eu lieu dans différents pays et différents milieux autour de la psychiatrie légale. Des questions sont posées quant à son indépendance et à son efficacité au service de valeurs médico-sociales.

Le rapport de l'OMS (1975), déjà cité, constatait que,

«sur le plan académique comme sur celui de la recherche, le statut de la psychiatrie légale est encore presque entièrement à définir». Il recommandait «d'organiser d'urgence un enseignement interdisciplinaire ainsi que des programmes de recherche et des moyens de communication».

Des opinions assez convergentes se sont exprimées à ce propos au cours des années suivantes, en particulier dans le cadre d'associations médicales nationales, par exemple au sein de l'*American Academy of Psychiatry and the Law*. En Grande-Bretagne, Gunn souligne en 1982 que le psychiatre-légitime devrait être inséré aussi étroitement que possible dans le cadre global de la profession médicale et dans les programmes des facultés ou écoles de médecine. La même idée est développée en Italie (Franchini et Canepa) ainsi qu'à Paris, en 1983, à l'occasion du 37^e Congrès international de médecine légale ou de médecine sociale.

Il est permis de dire qu'actuellement, un assez large consensus se développe dans les milieux médicaux autour de l'idée que la psychiatrie légale doit être reconnue comme une *sous-spécialité de la psychiatrie générale*. Elle peut se définir comme une psychiatrie du contrôle social,

destinée: 1. à préparer des avis pour diverses autorités judiciaires ou administratives, et 2. à traiter des patients en situation de contrainte légale.

M. F. Ferracuti et M. F. Bruno insistent dans leur rapport sur la nécessité de créer des programmes de *formation postgraduée de psychiatrie légale*. Ces programmes devraient assurer la formation de spécialistes et devraient également permettre une information à l'intention de tous les médecins qui se préparent à exercer la psychiatrie générale.

Gunn suggère que la psychiatrie légale comporte pour l'essentiel l'apprentissage de sept techniques:

1. l'évaluation des anomalies du comportement;
2. la rédaction de rapports pour les tribunaux et les avocats;
3. la présentation des rapports au tribunal;
4. l'interprétation et l'utilisation des dispositifs de sécurité en tant que moyen de contrôle et de traitement d'un patient;
5. le traitement de certains désordres chroniques, plus spécialement de ceux qui s'accompagnent de problèmes de comportement, tels que les psychoses graves et les désordres de la personnalité;
6. une connaissance du droit en relation avec la santé mentale;
7. les techniques de traitement d'ordre psychologique, en particulier les formes de psychothérapies qui s'adressent aux troubles du comportement.

Dans nombre de départements universitaires de psychiatrie, les conclusions médico-légales des expertises sont discutées par un spécialiste, dans un groupe formé de psychiatres en formation, avec la participation de personnes appartenant à d'autres professions sociales. Par ailleurs, non rarement, les soins médicaux et psychiatriques en prison sont confiés à des équipes rattachées à des cliniques universitaires.

10. Résumé

Lorsque juge et psychiatre conjugent leurs efforts pour préparer des décisions appropriées, ils rencontrent des difficultés parce que leurs observations ne s'expriment pas dans le même cadre conceptuel et parce que leurs objectifs se réfèrent à des priorités éthiques ordonnées différemment.

Parfois, l'impression du juge est que le travail de l'expert est aussi aléatoire et magique que celui du jury. La psychiatrie légale peut bénéficier

des nosologies qui ont été mises au point par l'OMS et par l'Association américaine de psychiatrie.

Le concept pénal de responsabilité est probablement un «faux ami», qui peut conduire à des mécomptes. Les désordres mentaux devraient plutôt être pris en considération directement, pour établir un non-lieu, pour retenir une circonstance atténuante ou pour instituer des mesures de traitement et de sécurité.

Le traitement des personnes qui présentent un risque de comportement dangereux demande l'intervention d'un contrôle social mixte, avec une coordination entre l'action pénale et l'action médico-sociale. Dans les établissements de détention, une collaboration soigneusement élaborée entre personnel médico-social et personnel de sécurité est particulièrement utile et favorise également la participation de la personne prise en charge.

La psychiatrie médico-légale devrait être développée dans le cadre de la psychiatrie générale, sous les mêmes conditions de formation, d'exercice professionnel et d'éthique.

RÉFÉRENCES

- American Medical Association Committee on Medico-Legal Problems, Insanity Defense in Criminal Trials and Limitation of Psychiatric Testimony, *J.A.M.A.*, 251, 2967-2981, 1984.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*, 3^e édition, Washington DC, 1980.
- Appelbaum, P. A., Confidentiality in the Forensic Evaluation, *International Journal of Law Psychiatry*, 7, 285-300, 1984.
- Bluglass, R., Advances in Forensic Psychiatry in England and Wales, *International Journal of Law Psychiatry*, 4, 199-212, 1981.
- Clare, A., *Psychiatry in Dissent*, Tavistock, London, 1980.
- Conseil de l'Europe, Rapport sur la décriminalisation, Strasbourg, 1980.
- De Smit, N. W., Recodification of Medical Ethics and the Changing Reality of Total Institutions, *Reports of the 7th World Congress on Medical Law*, III, 95-98, Gent, 1985.
- Foerster, K., Umfrage zur Situation der Forensischen Psychiatrie an den Universitäten in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz, *Der med. Sachverständige*, 79, 17-19, 1983.
- Foucault, M., L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale, *Déviante et société*, 5, 403-422, 1981.
- Franchini, A., Canepa, G., Giaretta, R., Formation et choix des médecins légistes experts en Italie. *Rev. int. Crim. et Pol. tech.*, 37, 354-362, 1984.
- Gunn, J., Forensic Psychiatry as a Sub-specialty, *International Journal of Law Psychiatry*, 5, 65-79, 1982.
- Training Forensic Psychiatrists (Formation des psychiatres-légistes), *Rev. méd. Suisse romande*, 105, 33-37, 1985.
- Hamilton, J. R., Diminished Responsibility, *British Journal of Psychiatry*, 138, 434-436, 1981. See editorial, *Lancet*, 1241-1242, 1981.
- Harding, T. W., Treatment under Security: a Special Case of Medical Coercion, *Institutions Observed*, Larry Gostin, London, King's Fund (1985 in press).
- Monahan J., The Prediction of Violent Behaviour: Toward a Second Generation of Theory and Policy, *American Journal of Psychiatry*, 141, 10-15, 1984.
- Organisation mondiale de la santé (Bureau régional de l'Europe), *La psychiatrie médico-légale*, Sienna, 1975.
- Rappeport, J., Ethics and Forensic Psychiatry, *Psychiatric Ethics*, 255-276, S. Bloch and P. Chodoff Ed., Oxford University Press, New York, 1981.
- Schnitzler, J. G., Forensic Psychiatry in the Netherlands, *International Journal of Law Psychiatry*, 6, 443-455, 1983.
- Scott, P. D., Punishment or Treatment: Prison or Hospital? *British Medical Journal*, 167-169, 1970.
- Shah, S. A., Dangerosité: quelques considérations sur les plans légal, politique et de la santé mentale, *Déviante et société*, 5, 371-382, 1981.
- Slovenko, R., The Insanity Defence at Bay, *South African Journal of Criminal Law and Criminology*, 7, 211-231, 1983.
- Steadman, H. J., Predicting Dangerousness Among the Mentally Ill; Art, Magic and Science, *International Journal of Law Psychiatry*, 6, 381-390, 1983.
- Stone, A. A., Law, Psychiatry and Morality, *American Psychiatric Press*, Washington DC, 1984.
- Walker, N., Ethical Aspects of Detaining Dangerous People, *Dangerousness: Psychiatric Assessment and Management*, the Royal College of Psychiatrists, London, 1982.
- Weinstein, H. C., How should Forensic Psychiatry Police Itself? Guidelines and Grievances: The AAPL Committee on Ethics, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry Law*, 12, 289-302, 1984.
- Wootton, B., Psychiatry, Ethics and the Criminal Law, *British Journal of Psychiatry*, 136, 525-532, 1980.
- Editorial, Madness, Responsibility and the Law, *Nature*, 291, 367-368, 1981.
- Editorial, The Little-Used Defence of Insanity, *British Medical Journal*, 290, 56-57, 1985.
- Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders, Command paper 6244, HMSO, London, 1975.

LA DÉFINITION DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE
ET DES FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES
QUI PEUVENT L'ATTÉNUER OU L'EXCLURE

Rapport par M. H. L. Schreiber,
professeur, Université de Göttingen,
Rechtsklinik Fédérale d'Allemagne

LA DÉFINITION DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE
ET DES FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES
QUI PEUVENT L'ATTÉNUER OU L'EXCLURE

des notions de culpabilité et de responsabilité de ses actes. Cependant, la définition des notions de culpabilité et d'imputabilité a donné lieu à de vives controverses et des séquences de discussions n'ont pas permis de parvenir à un accord sur le sens de l'infraction. Il n'est pas dans mon propos de retracer ces débats mais, traitant de la responsabilité pénale, il n'est pas possible d'éviter la question de la culpabilité ou l'imputabilité, c'est-à-dire la capacité de commettre un fait, qui est indissolublement liée.

De plus en plus s'impose une conception pénologique de la culpabilité indépendamment de la question scientifique initiale de déterminisme et de l'indéterminisme. La culpabilité se définit dans cette optique comme l'imputation à l'auteur d'un comportement déviant, c'est-à-dire « la faute de quelqu'un ». Une personne n'est responsable pénalement des dommages sociaux qu'elle a causés que si, en l'espèce, elle pouvait agir autrement. Il va de soi que cette faculté d'agir autrement ne doit pas s'analyser comme une liberté non déterminée. Elle signifie simplement qu'une autre personne placée dans une situation comparable aurait pu commettre un autre acte, c'est-à-dire répondre les normes car, si l'on en croit notre expérience, elle avait toute latitude d'agir. L'imputation d'une infraction suppose donc non pas la liberté de choix moral mais la possibilité de se conformer aux normes sociales.

Le droit part, d'une manière générale, de l'idée que tous les adultes ont cette possibilité. Il prévoit seulement des cas exceptionnels où l'auteur d'un meurtre est exonéré de toute responsabilité pour des raisons qui tiennent à sa personne ou aux circonstances de l'acte. Aucun des

LA DÉFINITION DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE ET DES FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES QUI PEUVENT L'ATTÉNUER OU L'EXCLURE

*Rapport par M. H. L. Schreiber,
professeur, Université de Göttingen,
République Fédérale d'Allemagne*

1. La responsabilité pénale, élément fondamental du système pénal

La responsabilité pénale est un élément fondamental de la plupart des systèmes pénaux européens, nul ne pouvant être puni s'il n'est pas coupable et capable de répondre de ses actes. Cependant, la définition des notions de culpabilité et d'imputabilité a donné lieu à de graves controverses et des décennies de discussions n'ont pas permis de parvenir à un accord sur la nature de l'infraction. Il n'est pas dans mon propos de retracer ces débats mais, traitant de la responsabilité pénale, il n'est pas possible d'éluder la question de la culpabilité car l'imputabilité, c'est-à-dire la capacité de commettre un délit, lui est indissolublement liée.

De plus en plus s'impose une conception pragmatique de la culpabilité indépendamment de la querelle scientifiquement insoluble du déterminisme et de l'indéterminisme. La culpabilité se définit dans cette optique comme l'imputation subjective d'un comportement déviant: c'est «la faute de quelqu'un». Une personne n'est responsable pénalement des dommages sociaux qu'elle a causés que si, en l'espèce, elle pouvait agir autrement. Il va de soi que cette faculté d'agir autrement ne doit pas s'analyser comme une liberté non déterministe. Elle signifie simplement qu'une autre personne placée dans une situation comparable aurait pu normalement agir différemment, c'est-à-dire respecter les normes car, si l'on en croit notre expérience, elle avait toute latitude d'action. L'imputation d'une infraction suppose donc non pas la liberté de choix morale mais la possibilité de se conformer aux normes sociales.

Le droit part, d'une manière générale, de l'idée que tous les adultes ont cette possibilité. Il prévoit seulement des cas exceptionnels où l'auteur d'un méfait est exonéré de toute responsabilité pour des raisons qui tiennent à sa personne ou aux circonstances de l'action. Aucun des

pays européens qui ont participé à l'enquête n'a donné une définition légale de la notion de responsabilité pénale. Les adultes sont présumés responsables (aux Pays-Bas, en Suisse, en Espagne, en Belgique, à Chypre, au Portugal et en Allemagne). La loi précise seulement les cas d'exception. En Grande-Bretagne, les cas d'exonération sont rares. Il n'en résulte toutefois dans les faits aucune différence (comme on le verra dans la suite).

Le Code pénal italien paraît donner à l'article 85, alinéa 2, une définition de la responsabilité: «Est responsable de ses actes quiconque est capable de comprendre et de vouloir.» Cependant la loi italienne ne dit pas ce qu'il faut entendre par «capacité de comprendre et de vouloir». L'article 88 dispose seulement: «Est irresponsable quiconque était au moment des faits, en raison de son état de santé, incapable de comprendre et de vouloir.» Ainsi, la responsabilité des adultes, en pratique, est aussi la règle en Italie.

Il est deux pays où la question de la responsabilité pénale ne se pose pas à proprement parler, la Suède et la Belgique. Les peines et les mesures de traitement et de sûreté n'y sont appliquées qu'à titre préventif. La seule question qui se pose est de savoir quelles sanctions conviennent le mieux dans le cas concret. Peu importe que le délinquant soit normal ou anormal, responsable ou irresponsable car les droits belge et suédois ne donnent aucune définition satisfaisante de la normalité, de l'imputabilité et de la responsabilité. Il suffit pour les besoins du droit pénal que soient fixées des sanctions, peines ou mesures de traitement et de sûreté, adaptées à des catégories déterminées de délinquants. Il est à noter qu'en Belgique, c'est vrai seulement de la loi de défense sociale; il n'en va pas de même pour les contraventions et dans les cas où le délinquant n'est plus dangereux au moment du jugement.

2. L'exclusion de la responsabilité pénale et ses conséquences

2.1. Enfants et jeunes

Dans tous les pays européens ayant participé à l'enquête, des limites d'âge sont fixées à la responsabilité pénale. En deçà, les enfants ne peuvent faire l'objet de sanctions mais seulement de mesures éducatives. Cette limite est fixée en Suisse à 7 ans (paragraphe 82 du Code pénal suisse), en Grande-Bretagne à 10 ans (paragraphe 50 de la *Children and Young Persons Act* de 1933), aux Pays-Bas à 12 ans (article 77 ass. du Code pénal néerlandais), en France (articles 66, 67 du code pénal, décret du 2 février 1945) et en Grèce (paragraphe 121, al. 1, du Code pénal grec) à 13 ans, en Autriche (paragraphe 9, JGG), en Italie (articles 97, 98 du Code pénal italien) et en Allemagne (paragraphe 19 du Code

pénal allemand) à 14 ans, au Danemark et en Suède (ch. 33, paragraphe 1, du Code pénal suédois) à 15 ans, et en Espagne (article 8, al. 2, du Code pénal espagnol) à 16 ans.

Au-delà de ces limites d'âge, les jeunes font encore, dans tous les pays, l'objet de règles spéciales qui mettent l'accent sur les mesures d'éducation. Des dispositions spéciales s'appliquent également dans quelques pays aux jeunes délinquants majeurs.

Ces aménagements sont de quatre ordres. Le législateur peut exiger que la responsabilité des jeunes soit formellement établie (c'est le cas en Italie, en Autriche, en Grèce et en Allemagne). Dans d'autres pays (France et Grande-Bretagne), les jeunes sont présumés irresponsables jusqu'à un certain âge, mais cette présomption n'est pas irréfragable. Ils peuvent être condamnés à une peine si elle est battue en brèche. Le législateur a également la possibilité d'exclure l'application de certaines peines, notamment des peines de longue durée, ou de prévoir des sanctions spéciales comme le placement dans un établissement d'éducation publique ou un centre d'éducation surveillée (comme en Suède). Enfin, les jeunes de 16 à 18 ans bénéficient en Espagne d'un allègement de leur peine. Il est possible de combiner ces diverses possibilités.

2.2. La responsabilité pénale des adultes

2.2.1. Méthode psychopathologico-normative

La plupart des pays européens étudiés appliquent la méthode psychopathologico-normative qui consiste à établir l'existence de troubles ou de maladies psychiques et d'en mesurer l'incidence sur la capacité de discernement et de maîtrise personnelle du sujet. Cette méthode s'applique en Allemagne (paragraphe 20, code pénal), au Danemark (paragraphe 16, al. 1, code pénal), aux Pays-Bas (paragraphe 37, al. 1, code pénal), en Autriche (paragraphe 11, code pénal), en France (article 64, code pénal), en Islande (article 15, code pénal), en Italie (articles 85, al. 2, et 88, code pénal), en Suisse (article 10, code pénal), à Chypre (article 12, code pénal), au Portugal (article 20, n° 1, code pénal), en Grèce (paragraphe 34, code pénal) et en Grande-Bretagne (dans la mesure où les *McNaghten Rules* et les dispositions de l'*Homicide Act* sur l'atténuation de la responsabilité sont applicables).

Les caractéristiques psychopathologiques exigées sont plus ou moins largement entendues. Tantôt la loi vise certains troubles définis, tantôt elle ne contient qu'un ou deux concepts très généraux qui sont de surcroît interprétés de façon très extensive. En Grande-Bretagne, les *McNaghten Rules* qui sont applicables en la matière n'excluent la respon-

sabilité pénale que dans un très petit nombre de cas. En contrepartie, le juge peut, en vertu du *Mental Health Act*, ordonner le placement du coupable dans un hôpital psychiatrique. Aux Pays-Bas, en Belgique, à Chypre, au Portugal et en France, en revanche, l'élément psychopathologique englobe tout trouble psychique qui a pour effet de réduire à néant la capacité de discernement et de maîtrise personnelle. La méthode psychopathologico-normative ainsi entendue se rapproche de l'approche purement normative de la responsabilité pénale.

Pour ce qui est de l'élément normatif (capacité de discernement et de maîtrise personnelle), l'interprétation varie aussi d'un pays à l'autre. Le défaut de discernement a pour effet de disculper le délinquant dans tous les pays. Le défaut de maîtrise de soi a dans la plupart des pays (Danemark, Pays-Bas, Belgique, Autriche, France, Grèce, Islande, Allemagne, Portugal) un effet analogue même si la capacité de discernement n'en est pas affectée. Les *McNaghten Rules* applicables en Grande-Bretagne ne prévoient toutefois dans ce dernier cas aucune disculpation. Ainsi sont punissables en Angleterre et au Pays de Galles les malades mentaux qui, au temps de l'action, étaient capables de discernement mais avaient perdu la maîtrise de soi. C'est vrai aussi à Chypre en vertu du paragraphe 12 du Code pénal chypriote inspiré des *McNaghten Rules*. En Ecosse en revanche prévaut une autre interprétation des *McNaghten Rules*: le défaut de maîtrise de soi est une excuse absolutoire. Cependant, des malades mentaux qui, au temps de l'action, n'avaient pas la maîtrise de soi ont pu dans les faits en Angleterre et au Pays de Galles être relaxés car, après le prononcé de la culpabilité, le *Mental Health Act* est appliqué.

2.2.2. L'approche purement psychopathologique

L'approche purement psychopathologique a pour effet de disculper les personnes atteintes de certaines maladies. Peu importe que la maladie ait ou non altéré leur capacité de discernement et de maîtrise personnelle au moment des faits. Il en est ainsi en Norvège (paragraphe 44, code pénal). C'est la méthode qui paraît également retenue dans le nouveau Code pénal espagnol (article 8, al. 1 et al. 3, code pénal). Cependant, la jurisprudence est ici trop limitée pour qu'on puisse porter un jugement catégorique.

Le droit suédois ignore la notion de responsabilité pénale et d'imputabilité. Seule se pose la question de savoir quelle sanction il convient d'appliquer à l'individu en cause. Le législateur suédois a fixé des règles. Les personnes atteintes de certaines maladies et de troubles psychiques définis ne peuvent faire l'objet de sanctions mais seulement de mesures telles qu'un traitement psychiatrique ou une cure de désintoxication. Il ne

peut leur être infligé des amendes que dans certains cas particuliers. La loi suédoise repose également sur une approche psychopathologique de la responsabilité. Seuls entrent en ligne de compte les troubles psychiques et le besoin de soins.

L'approche est la même en droit britannique pour ce qui est des pouvoirs du juge, une fois la culpabilité établie. Aux termes du *Mental Health Act*, seules comptent l'existence de troubles psychiques et la nécessité de soins. Le juge peut le cas échéant appliquer les mesures prévues dans le *Mental Health Act* et ordonner par exemple l'internement de l'intéressé. L'approche est donc purement psychopathologique.

2.2.3. Méthode purement normative

La question qui se pose dans le cadre de la méthode purement normative n'est pas de savoir si le sujet souffre d'une maladie déterminée ou de troubles psychiques mais si, au moment des faits, il était capable de discernement et avait la maîtrise de soi. Aucun des pays européens ayant participé à l'enquête n'applique cette méthode. Une tendance se dessine toutefois en ce sens dans les pays où l'élément psychopathologique est largement entendu. Aux Pays-Bas, en Belgique et en France, n'est pas punissable celui qui, du fait de troubles psychiques, était privé au temps de l'action de sa capacité de discernement et de maîtrise personnelle.

2.3. Gravité des troubles psychiques et atténuation de la responsabilité

Dans tous les pays étudiés, les troubles psychiques doivent présenter une certaine gravité pour dégager un délinquant de ses responsabilités. Il en est ainsi au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, en Belgique, en Autriche, en France, en Islande, en Allemagne, en Italie, en Suisse, en Espagne, à Chypre, au Portugal et en Grande-Bretagne où, aux termes de l'*Homicide Act*, c'est également vrai pour l'atténuation de la responsabilité. La loi suédoise ne fait pas expressément référence à la gravité des troubles psychiques mais celle-ci entre en ligne de compte dans la fixation de la peine.

Tous les pays européens admettent que certains troubles psychiques peuvent atténuer la responsabilité sans la supprimer. Dans certains pays comme le Danemark, les Pays-Bas et la Norvège, la loi ne prévoit pas d'atténuation de la responsabilité mais le législateur a entrevu le problème puisque les coupables peuvent faire l'objet de mesures d'internement par exemple. Il n'existe pas non plus en France de loi concernant l'atténuation de la responsabilité de sorte que le coupable ne peut bénéficier d'un allègement de sa condamnation que dans le cadre

général de la fixation de la peine. Les mesures complémentaires de traitement et de sûreté telles que les placements en hôpital psychiatrique sont en France du ressort des autorités sanitaires indépendantes du pouvoir judiciaire.

La loi prévoit dans les autres pays une atténuation de la responsabilité. Les personnes concernées peuvent faire l'objet de sanctions ou de mesures de sûreté et de traitement. C'est le cas aux Pays-Bas (article 37a, al. 1, code pénal), en Autriche (paragraphes 21, al. 2, 34, n° 1, code pénal), en Grèce (article 36, code pénal), en Islande (article 16, code pénal), en Italie (article 89, code pénal), en Suisse (article 11, code pénal), en Espagne (article 9, al. 1, code pénal), au Portugal (article 20, n° 2, code pénal), et en Allemagne (paragraphe 21, code pénal). Le Code pénal belge (article 71) ne prévoit en pareil cas que l'application d'une peine à l'exclusion de toute mesure d'internement.

La distinction entre l'irresponsabilité et la responsabilité atténuée fait intervenir un critère quantitatif, la gravité des troubles que permet d'apprécier la méthode dite unitaire, et un critère qualitatif, la nature des troubles. Les Pays-Bas, la Suisse, l'Italie, l'Espagne, la Belgique, l'Autriche, l'Islande, le Portugal et l'Allemagne ont adopté la méthode unitaire. C'est également vrai de la Grèce.

La distinction entre l'irresponsabilité et la responsabilité atténuée est en France un objet de controverses. Selon certains, les troubles psychopathiques sont une excuse absolutoire. Il s'ensuit que ces troubles ne sauraient avoir pour effet d'atténuer la responsabilité d'un délinquant. Selon d'autres, les troubles psychopathiques et d'autres états voisins de la démence atténuent la responsabilité sans la supprimer. Par conséquent, cette opinion écarte la méthode unitaire.

En Norvège, la distinction repose également sur un critère qualitatif. Selon la loi norvégienne, certains troubles tels que l'ébriété délibérée, des états temporaires de semi-inconscience, l'arriération ou les déficiences mentales laissent subsister une responsabilité réduite.

Le droit britannique n'admet de responsabilité atténuée qu'en cas de meurtre. L'*Homicide Act* (part I, s. 2) prévoit en effet qu'un meurtre doit être qualifié d'homicide involontaire dès lors que son auteur souffre de certains troubles psychiques. Le meurtrier échappe ainsi à la réclusion à perpétuité. Reconnu coupable, il peut faire l'objet d'une mesure d'internement en vertu du *Mental Health Act*. Les troubles psychiques doivent toutefois, aux termes de l'*Homicide Act*, présenter une certaine gravité pour mener à une responsabilité atténuée.

Les *McNaghten Rules* établissent une irresponsabilité totale mais elles ne s'appliquent qu'à un petit nombre de troubles psychiques, l'internement étant alors la règle. En pratique, presque tous les délinquants malades mentaux sont en Grande-Bretagne tenus pour responsables mais ils peuvent aux termes du *Mental Health Act* faire l'objet d'une mesure d'internement. La gravité des troubles n'entre donc pas en ligne de compte dans le verdict de culpabilité.

Les règles sont les mêmes à Chypre. Le Code pénal chypriote ne comporte aucune disposition concernant la responsabilité atténuée. Est ainsi déclaré coupable tout délinquant dont la responsabilité est atténuée. Au stade de la fixation de la peine, le juge peut toutefois faire application de la *Mental Patient's Law* qui est le pendant du *Mental Health Act* britannique.

Compte tenu de la spécificité de leur approche, il est difficile de dire si les droits britannique et chypriote établissent une distinction quantitative ou qualitative entre l'irresponsabilité totale et la responsabilité atténuée. L'*Homicide Act* qui institue une responsabilité atténuée couvre des maladies et des troubles psychiques qui ne sont pas pris en compte par les *McNaghten Rules*. De surcroît, la portée des deux textes est très différente, l'application de l'*Homicide Act* donnant lieu à une déqualification des faits et celle des *McNaghten Rules* à une relaxe. La distinction est sous ce rapport qualitative.

En pratique, l'*Homicide Act* donne au juge une marge d'appréciation dans le choix des sanctions là où la réclusion perpétuelle encourue exclurait l'application du *Mental Health Act* de 1963. Le degré de responsabilité entre assurément en ligne de compte dans le choix de la peine, sans restreindre le pouvoir d'appréciation du juge. La distinction entre l'irresponsabilité et la responsabilité atténuée est sous ce rapport purement qualitative.

2.4. Les implications juridiques de l'irresponsabilité pénale

2.4.1. Les types de réglementation

Le type de réglementation le plus répandu concernant l'irresponsabilité et ses implications juridiques distingue trois cas: 1. les délinquants irresponsables, 2. les délinquants à responsabilité atténuée, 3. les délinquants responsables. Il est prévu pour les premiers des mesures de sûreté et de traitement telles que l'internement et la relaxe. Les seconds peuvent faire l'objet d'une peine et/ou d'une mesure de sûreté et de traitement. Les troisièmes relèvent du droit commun. Telle est la règle en Norvège, au Danemark, aux Pays-Bas, en Autriche, en Grèce, en Islande, en Italie, au Portugal, en Suisse, en Espagne et en Allemagne.

Il en va de même en France. Les délinquants responsables sont soumis à la loi commune. La loi ne prévoit pour les délinquants à responsabilité atténuée qu'une réduction de peine. Les délinquants irresponsables bénéficient d'une relaxe. Le juge pénal n'a pas la faculté d'ordonner le placement dans un hôpital psychiatrique. C'est l'affaire des autorités sanitaires. Abstraction faite des différences au niveau de la répartition des compétences, la loi française se ramène au modèle précédent.

Pour autant que le Code pénal soit applicable, le droit belge (article 71, code pénal) s'apparente au droit français (article 64, code pénal). Les délinquants responsables doivent également être condamnés, les délinquants à responsabilité atténuée bénéficient d'une réduction de peine et les délinquants irresponsables sont relaxés. Les dispositions du code pénal ne sont toutefois applicables en Belgique qu'en cas de contraventions, lorsque le délinquant n'est pas dangereux ou lorsque, souffrant de troubles psychiques au temps de l'action, il est guéri au moment du procès. C'est dans tous les autres cas la loi de défense sociale qui s'applique. Celle-ci permet l'internement de délinquants souffrant de certains troubles déterminés (article 1 de la loi de défense sociale). Les dispositions de la loi de défense sociale (article 7 et article 1) prévalent sur celles du code pénal; il s'ensuit qu'un délinquant malade mental qui tombe sous le coup de la loi de défense sociale n'est pas relaxé mais que le procès porte uniquement sur l'application de cette loi.

Le droit suédois distingue également les délinquants sains d'esprit des délinquants malades mentaux. Les premiers relèvent des dispositions générales du droit pénal et peuvent être condamnés. Les autres en revanche ne peuvent se voir infliger de peine d'emprisonnement; ils peuvent tout au plus être condamnés le cas échéant à des amendes, en cas d'outrage par exemple. Pour le reste, le droit suédois offre au juge différentes possibilités de sanctions à l'égard des malades mentaux: traitement psychiatrique avec ou sans hospitalisation et le cas échéant avec une peine de prison assortie de sursis par exemple. Il est possible en Suède également de relaxer un malade mental lorsque celui-ci était en état de démence au moment des faits mais non au moment du procès.

Une distinction est également établie en Grande-Bretagne entre les délinquants responsables, les délinquants à responsabilité atténuée et les délinquants irresponsables. Les délinquants irresponsables au sens des *McNaghten Rules* sont déclarés non coupables et placés obligatoirement dans un établissement psychiatrique fermé, le plus souvent à vie. Un prévenu ne se prévaut toutefois pratiquement jamais des dispositions des *McNaghten Rules*. Si le droit britannique connaît la notion de respon-

sabilité atténuée, c'est au travers de dispositions spéciales concernant l'homicide (ainsi qu'il a été dit plus haut). Cette disculpation partielle joue seulement au niveau de la qualification des faits. Elle ne profite de surcroît qu'aux personnes souffrant de troubles psychiques graves et non à toutes celles qui, dans les autres pays, sont concernées par la notion de responsabilité atténuée. C'est ainsi qu'en Grande-Bretagne, tous les délinquants malades mentaux sont reconnus coupables à l'exception de ceux qui entrent dans le champ d'application des *McNaghten Rules*. Les délinquants qui relèvent des dispositions du *Mental Health Act* peuvent faire l'objet de placements ou d'autres mesures similaires après avoir été déclarés coupables. Ces dispositions sont applicables quelle que soit la gravité des troubles. Les délinquants qui ne souffrent pas de troubles psychiques au moment du jugement relèvent des dispositions générales du droit pénal.

Il en va de même à Chypre. Les délinquants irresponsables ne sont pas déclarés coupables; ils sont placés dans un hôpital psychiatrique. Tous les autres sont considérés comme coupables. Malades mentaux, ils peuvent toutefois être internés en vertu du *Mental Patient's Act*.

2.4.2. Autres éléments essentiels pour le choix de la sanction

Pour le choix de la sanction, le moment où se manifestent les troubles psychiques est important. Le cas des délinquants en état de démence au temps de l'action et au moment du jugement ne soulève aucune difficulté; peu importe que la loi nationale mette l'accent sur le moment des faits ou sur le moment du jugement. Il faut partout en pareil cas appliquer les mesures prévues pour les délinquants malades mentaux, c'est-à-dire le plus souvent ordonner l'internement.

Un délinquant en état de démence au temps de l'action mais non au moment du jugement sera le plus souvent relaxé car une condamnation serait peu indiquée et une mesure de sûreté et de traitement comme l'internement n'aurait aucun sens. Il en va ainsi en Belgique, en Autriche, en France, en Suède, en Italie, en Suisse et en Allemagne. Tout dépend en Grande-Bretagne si les *McNaghten Rules* sont applicables, auquel cas le délinquant est obligatoirement interné, ou s'il est déclaré coupable, auquel cas il peut être condamné ou élargi.

S'agissant de délinquants en état de démence au temps des faits mais non du jugement, tout dépend des dispositions de la loi nationale et du moment qu'elle prend en compte. La loi belge de défense sociale (article 7), le droit pénal suédois (chap. 31, paragraphes 3, 4, code pénal) et italien (article 203, code pénal), le *Mental Health Act* britannique s'attachent au moment du jugement. La loi française donne en revanche

pouvoir d'appréciation aux autorités sanitaires. Si le prévenu était en état de démence au moment des faits, il faut lui appliquer les mesures de traitement et de sûreté prévues par ces lois. D'autres lois considèrent le moment du jugement. Le prévenu atteint de démence au moment du jugement est passible d'une peine à raison des faits mais l'état mental joue au stade de l'exécution de la condamnation. Il peut être interné en vertu soit des dispositions relatives à l'exécution des peines soit des règles générales concernant l'internement des malades mentaux. En Allemagne, un condamné peut en vertu du paragraphe 455, al. 1, du code pénal bénéficier d'un sursis à l'exécution à raison de son état mental au jour du jugement ou au lendemain de sa condamnation.

Dans aucun des pays étudiés, la dangerosité n'entre en ligne de compte dans l'appréciation de la responsabilité. C'est elle en revanche qui commande l'application des mesures de traitement et de sûreté et notamment l'internement du délinquant aux Pays-Bas (article 37, al. 3, code pénal), en Belgique (article 7 de la loi de défense sociale), en Autriche (paragraphe 21, code pénal), en Allemagne (paragraphe 63, code pénal), en France (paragraphe L343 de la loi sur la santé publique), en Grèce (article 69, code pénal), en Islande (article 62, code pénal), en Italie (articles 202 à 204, code pénal), à Chypre (*Mental Patient's Act*), au Portugal (article 94, code pénal), en Suisse (article 43, al. 1, code pénal) et en Suède (chap. 31, paragraphe 3, code pénal). La situation est un peu particulière en Grande-Bretagne: un délinquant ne peut y être interné que dans la mesure où il est possible de le soigner. Force est de remettre en liberté les délinquants même dangereux qui sont arrivés en fin de traitement ou qui ont été soignés sans résultats. C'est pourquoi les tribunaux condamnent le plus souvent à des peines d'emprisonnement les malades mentaux incurables ou particulièrement dangereux, des soins pouvant leur être administrés en prison. Les *McNaghten Rules* prescrivent l'internement des délinquants malades mentaux qu'ils soient dangereux ou non, qu'ils aient ou non besoin d'être soignés mais elles n'ont dans la pratique qu'une portée des plus limitées.

Est également importante pour le choix des sanctions la nature du délit. Dans certains des pays étudiés, la loi comporte des dispositions visant expressément à garantir une certaine proportionnalité entre les faits et leur sanction. Il serait contraire à ce principe de proportionnalité et donc inadmissible d'interner quelqu'un pour un délit mineur. Les droits belge (article 7 de la loi de défense sociale) et espagnol (article 8, al. 1, phr. 2 et al. 3, phr. 2, code pénal) excluent toute mesure de sûreté et de traitement en cas de contravention. En cas de délit de presse ou de délit politique, la cour d'assises est en Belgique seule habilitée à ordonner l'internement de l'accusé (article 7 de la loi de défense sociale). En

Autriche (paragraphe 21, al. 2, code pénal), l'internement n'est licite que si le délinquant est passible d'un an de prison au moins. Aux Pays-Bas (article 37, al. 3, code pénal), seuls les crimes et certains délits déterminés (mendicité, vagabondage, proxénétisme, ébriété dans un lieu public) peuvent donner lieu à une mesure d'internement. Le Code pénal italien (article 219) exige quant à lui un délit volontaire punissable d'au moins cinq ans de prison. Au Portugal, le temps d'internement ne peut excéder de plus de quatre ans la peine maximale encourue pour le délit commis à moins que le risque de récidive ne soit si grand qu'on ne puisse se hasarder à remettre l'intéressé en liberté (article 92, al. 2, code pénal).

Les délits mineurs (justiciables des *magistrates' courts*) sont l'objet en Grande-Bretagne de dispositions spéciales. Aux termes des *McNaghten Rules*, l'internement est en pareil cas facultatif, le délinquant pouvant tout aussi bien être relaxé que placé sous contrôle judiciaire. Plus généralement, l'internement n'est licite aux termes du *Mental Health Act* que pour les délits punissables d'une peine de prison. L'application des mesures de traitement et de sûreté est d'une manière générale soumise en Allemagne au principe de proportionnalité.

2.5. Les différentes infirmités mentales

2.5.1. La maladie mentale ou démence

Le concept de maladie mentale ou de démence apparaît, dans tous les systèmes juridiques étudiés, associé à celui d'irresponsabilité. C'est le cas au Danemark (paragraphe 16, al. 1, code pénal), en Norvège (paragraphe 44, code pénal), aux Pays-Bas (article 37, al. 1, code pénal), en Belgique (article 71, code pénal, article 1 de la loi de défense sociale), en Autriche (paragraphe 11, code pénal), en Islande (article 15, code pénal), en Suède (chap. 33, paragraphe 2, code pénal), en Grande-Bretagne (*McNaghten Rules*, paragraphe 4, *Mental Health Act*), en Suisse (article 10, code pénal), en Italie (article 95, code pénal), à Chypre (article 12, code pénal), au Portugal (article 20, n° 1, code pénal), en France (article 64, code pénal), en Grèce (paragraphe 34, code pénal), en Espagne (article 8, al. 1, code pénal), et en Allemagne (paragraphe 20, code pénal). Il apparaît partout comme un concept juridique. La notion de démence en particulier semble, à la lumière des derniers développements de la médecine, dépassée.

La notion de maladie n'est pas entendue de la même manière dans tous les systèmes juridiques. On se refuse toutefois dans l'ensemble des pays étudiés à tenir compte du caractère durable, passager ou récurrent,

curable ou incurable, congénital ou acquis, délibéré ou involontaire des troubles ou de la maladie. Seule la Suède établit une distinction entre les maladies qui sont le fait de l'intéressé et les autres: dans le premier cas les dispositions générales du droit pénal sont applicables. C'est du reste la règle de l'*actio libera in causa* qui s'impose partout.

La notion de maladie mentale ou de démence est plus ou moins largement entendue selon que la loi nationale fait ou non état d'autres troubles de nature à supprimer la responsabilité. C'est une conception restrictive des maladies et troubles mentaux qui prévaut en Belgique, en Autriche, en Islande, en Suède, en Suisse et en Allemagne.

C'est également vrai en Grande-Bretagne dans le cadre du *Mental Health Act*. La notion de démence est dans les *McNaghten Rules* à prendre dans un sens encore plus étroit: elle implique la perte de la capacité de discernement. La conception est en Ecosse moins restrictive: elle suppose la perte de maîtrise de soi, non la privation de la capacité de discernement.

Dans d'autres systèmes juridiques, l'interprétation est au contraire très large parce que la maladie mentale est la seule cause d'irresponsabilité prévue par la loi pour les délinquants adultes. C'est vrai notamment à Chypre (article 12, code pénal) et au Portugal (article 20, n° 1, code pénal). C'est également une conception extensive qui prévaut aux Pays-Bas depuis l'adoption de la loi sur les maladies mentales en 1928: la maladie mentale au sens du Code pénal néerlandais (article 37, al. 1, code pénal) s'entend d'états pathologiques qui ne sont pas nécessairement reconnus comme tels par la psychiatrie. En France (article 64, code pénal), en Italie (article 95, code pénal), et en Belgique la notion de démence (*infermità* en italien) est dans le cadre du code pénal très largement entendue: elle englobe tous les troubles psychiques qui entraînent une perte de la maîtrise de soi et de la capacité de discernement. Certains auteurs français en excluent toutefois les psychopathies et d'autres anomalies. L'interprétation est également extensive en Grèce puisqu'elle inclut des troubles psychiques graves qui ne sont pas des maladies au sens médical du terme. Les dispositions de l'*Homicide Act* britannique concernant la responsabilité atténuée étendent la notion de démence à la débilité et, selon certains auteurs, aux psychopathies.

Ainsi, l'interprétation de la notion de maladie mentale ou de démence varie largement d'un pays à l'autre selon le système de réglementation en matière de responsabilité pénale.

2.5.2. Débilité mentale

Dans tous les pays étudiés, la débilité mentale est chez les adultes une cause d'irresponsabilité ainsi qu'il est dit parfois expressément dans la loi.

2.5.3. Psychopathie, névrose, perversions sexuelles

A l'exception de la Norvège et, selon certains auteurs, de la France qui n'y verrait qu'une circonstance atténuante, tous les pays étudiés considèrent les psychopathies, les névroses et les perversions sexuelles comme des causes d'irresponsabilité dès lors qu'elles revêtent une certaine gravité. Aux Pays-Bas, en Grèce, en Suisse et, selon d'autres auteurs, en France, ces troubles participent de la maladie mentale ou de la démence entendue au sens large. Dans les autres pays, ils font intervenir une autre notion juridique: celle de déséquilibre mental en Belgique (article 1 de la loi de défense sociale), de troubles mentaux graves équivalents en Autriche (article 11, code pénal), d'anomalies mentales graves en Allemagne (paragraphe 20, code pénal), d'anomalies mentales de même gravité en Suède (chap. 33, paragraphe 2, code pénal), d'états comparables en Islande (article 15, code pénal), de troubles psychopathiques en Grande-Bretagne (s. 4 du *Mental Health Act*). On s'accorde à considérer en Grande-Bretagne que les troubles psychopathiques n'entrent pas dans le champ d'application des *McNaghten Rules* mais les avis sont partagés sur le point de savoir s'ils constituent une circonstance atténuante au regard de l'*Homicide Act* (part. I, s. 2).

2.5.4. Troubles de la conscience

Les troubles de la conscience sont dans certains pays une cause d'irresponsabilité. Entrent dans cette catégorie en Autriche (article 11, code pénal) l'ivresse, le délire fébrile et les états hypnotiques; en Grèce (paragraphe 34, code pénal) la somnolence, la grande fatigue et les états hypnotiques; en Suisse (article 10, code pénal) la grande fatigue, la somnolence, les états hypnotiques et la passion violente; en Allemagne (paragraphe 20, code pénal) la somnolence grave, la fatigue excessive, les états hypnotiques, les hallucinations, la semi-inconscience, l'hébétéude et la passion violente. Les troubles de la conscience représentent en Grande-Bretagne un cas d'automatisme non pathologique (*non-insane automatism*) justifiant la relaxe du prévenu. En France (article 64, code pénal) et en Belgique (article 71, code pénal), l'inconscience est assimilable à une contrainte irrésistible qui, au même titre que la maladie mentale, exonère le délinquant de toute responsabilité.

2.5.5. Ivresse

Les conséquences pénales de l'ivresse, qu'elle soit due à l'alcool, à d'autres substances enivrantes ou à une combinaison des uns et des autres, varient beaucoup d'un pays à l'autre. Joue ici le fait que les cas d'ébriété, notamment ceux d'origine alcoolique, sont très fréquents et peuvent procéder d'une volonté délibérée.

En Autriche (article 287, code pénal) et en Allemagne (article 323a, code pénal) et en Grèce (article 193, code pénal) l'ébriété est une cause d'irresponsabilité mais le délinquant est poursuivi pour ivresse s'il a commis sous l'emprise de l'alcool un acte qui aurait été autrement sanctionné. Les Pays-Bas, la Belgique, la France, l'Espagne, l'Italie et la Grande-Bretagne établissent une distinction entre l'ivresse volontaire et l'ivresse involontaire. Involontaire, l'ivresse dégage la responsabilité du délinquant en vertu des règles relatives à la responsabilité et, en Grande-Bretagne, aux automatismes non pathologiques (*non-insane automatism*). En Espagne, l'ivresse involontaire et occasionnelle est retenue comme circonstance atténuante. Si, au contraire, l'ivresse était volontaire, le délinquant est condamné sans que soit pris en compte l'état dans lequel il a commis l'infraction. Il en est de même en Suède. En Italie, commettre une infraction en état d'ivresse habituelle est une circonstance aggravante (article 94, al. 1, code pénal).

Le Code pénal portugais (articles 86–88) prévoit des mesures spéciales à l'intention des alcooliques et des toxicomanes, lesquels ne sont toutefois pas jugés irresponsables. Les alcooliques invétérés et les personnes portées sur la boisson peuvent être condamnés à une peine de prison de durée indéterminée s'ils ont commis leur délit sous l'emprise de l'alcool ou pour assouvir leur passion. Leur temps de détention peut ainsi varier de la moitié de la peine encourue pour le délit commis à la peine maximale augmentée de deux ans ou de quatre ans en cas de récidive. Ils sont tenus de suivre des cures de désintoxication pendant leur temps de détention. Les règles sont les mêmes pour les toxicomanes.

Dans les pays où l'ébriété n'a pas des répercussions sur la peine, l'état de manque et les troubles mentaux liés à l'abus prolongé d'alcool tels le *delirium tremens* peuvent peser sur le jugement. En Islande (article 17, code pénal), l'ivresse supprime la responsabilité et exclut par voie de conséquence toute condamnation. Au Danemark (paragraphe 16, al. 1, phr. 2, code pénal) des règles spéciales concernent l'intoxication pathologique. Dans tous les pays étudiés où l'ivresse a, dans des cas déterminés, valeur d'excuse absolutoire, la règle de l'*actio libera in causa* s'impose. Celle-ci va même en Italie (article 92, s. 2, code pénal) dans le sens d'une aggravation de la peine. Il est possible dans tous les pays étudiés d'imposer au délinquant une cure de désintoxication.

2.5.6. Passion

La passion n'est une cause d'irresponsabilité que dans un petit nombre de pays et encore à titre tout à fait exceptionnel. Il n'en est ainsi en Autriche que des passions violentes d'origine pathologique. En Allemagne, la passion violente est assimilable aux troubles de la conscience au sens du paragraphe 20, code pénal. Il en va de même en Suisse. En France (article 64, code pénal), la passion peut à titre exceptionnel être assimilée à la contrainte irrésistible. En Islande (article 17, code pénal) et en Espagne (article 9, al. 8, code pénal), elle est une circonstance atténuante. Aux Pays-Bas et en Belgique, en revanche, elle n'a aucune influence sur le jugement. En Italie, la loi dispose même expressément qu'il n'en sera tenu aucun compte (article 90, code pénal) mais la jurisprudence italienne montre qu'une passion violente peut avoir pour effet de dégager le délinquant de toute responsabilité.

2.5.7. Autres troubles

Les troubles psychiques sont divers et ne constituent pas tous des maladies mentales ou des cas de démence. C'est pourquoi de nombreuses lois relatives à la responsabilité pénale comportent des dispositions spéciales permettant de prendre en compte les troubles qui n'ont pas le caractère de maladie. Le Code pénal danois (paragraphe 16) parle d'états psychiques comparables, le Code pénal autrichien (paragraphe 11) de troubles mentaux graves équivalents, le Code pénal islandais (article 15) d'autres états comparables et le Code pénal allemand (paragraphe 20) d'anomalies mentales graves. En Suède (chap. 33, paragraphe 2, code pénal), les délinquants peuvent faire l'objet de mesures de traitement et de sûreté s'ils présentent des anomalies psychiques d'une gravité comparable. Toutes les dispositions légales mettent l'accent sur la gravité des troubles et leur analogie avec les autres affections visées par la loi.

Les Pays-Bas, la Belgique, la France et la Grèce n'ont pas de réglementation de ce genre mais la notion de maladie mentale ou de démence y est si largement entendue qu'elle embrasse les troubles psychiques sans qu'il soit besoin comme ailleurs de dispositions spéciales. Ce n'est toutefois vrai en Belgique que dans la mesure où le code pénal et la notion de démence qu'il renferme sont applicables. La loi de défense (article 1) introduit également un concept générique, celui de déséquilibre mental.

3. Constat de la responsabilité

3.1. Compétence

Les tribunaux sont toujours compétents pour trancher les questions de droit, c'est-à-dire interpréter les concepts figurant dans les textes de loi et pour expliciter les notions de capacité de discernement et de capacité de maîtrise personnelle. Il en est ainsi au Danemark, aux Pays-Bas, en Belgique, en Autriche, en France, en Grèce, en Islande, en Suède, en Grande-Bretagne, à Chypre, au Portugal, en Norvège, en Italie, en Suisse et en Allemagne. Il appartient également en principe aux tribunaux et, en Grande-Bretagne, aux jurys de constater les troubles psychiques. Les tribunaux s'assurent à cet effet le concours d'experts.

Les tribunaux sont en principe compétents pour décider des mesures de traitement et de sûreté et en particulier des internements. Ces décisions sont toutefois en France du ressort des autorités sanitaires. Dans la plupart des pays, les tribunaux ne sont pas liés par les conclusions des experts. En Suède toutefois, l'accusé ne peut être interné contre l'avis de l'expert. En Suisse, le juge doit faire valoir des motifs sérieux pour passer outre à l'avis de l'expert. En Grande-Bretagne, les conclusions de l'expert s'imposent au juge, sauf cas particuliers. Le jury qui écarterait sans justifications les conclusions de l'expert commettrait une faute justifiant la réforme du jugement en appel. Le juge entérine toutefois dans tous les pays le plus souvent les conclusions de l'expert. Le droit belge présente encore une particularité: seule la cour d'assises a pouvoir d'ordonner l'internement du délinquant en cas de délits politiques ou de délits de presse.

3.2. Charge de la preuve en cas de doute

Il existe de profondes différences entre la législation britannique et les lois applicables dans les autres pays européens étudiés en cas de doute sur la responsabilité. Dans ces derniers, il est de règle qu'en cas de doute sur l'état psychique du prévenu, le tribunal ordonne un examen complémentaire. En Autriche, en Grèce, en Suède et en Allemagne, le délinquant est relaxé au bénéfice du doute en vertu du principe *in dubio pro reo*. Aux Pays-Bas, l'irresponsabilité est une cause de non-punibilité qu'il faut établir. Cependant, il suffit qu'elle soit raisonnablement présumée ce qui, dans la pratique, nous ramène au cas précédent. En France, il faut aux termes du code pénal établir l'irresponsabilité.

Le droit britannique diffère sur de nombreux points de droits continentaux. Les *McNaghten Rules* et les dispositions de l'*Homicide Act* concernant l'atténuation de la responsabilité ne sont applicables que si la

défense s'en prévaut, auquel cas un expert est commis. La défense doit faire valoir, preuve à l'appui, que l'accusé est irresponsable au sens des *McNaghten Rules* ou partiellement responsable aux termes de l'*Homicide Act*. Il suffit toutefois de prouver que la responsabilité et l'irresponsabilité sont aussi probables l'une que l'autre (*proof on the balance of probability*). Le *Mental Health Act* n'exige aucun élément de preuve au stade de la condamnation.

4. Conclusions

1. On considère généralement qu'il est difficile voire impossible de définir la responsabilité pénale. C'est pourquoi l'adulte est le plus souvent présumé responsable. Ce n'est pas de prime abord la responsabilité qui compte en Suède ou en Belgique dans le cadre de la loi de défense sociale. La sanction est fonction des besoins de réadaptation sociale du délinquant. On peut toutefois se demander si l'anomalie psychique ne joue pas indirectement un rôle déterminant dans le choix de la sanction.

2. Les termes employés dans les textes de loi pour cerner la responsabilité varient largement d'un pays à l'autre mais cette diversité ne doit pas occulter l'accord qui se manifeste dans les faits s'agissant des mesures qu'appellent en droit pénal les troubles psychiques. Malgré des efforts importants de théorisation et de conceptualisation, les délinquants malades mentaux s'exposent en réalité dans la plupart des cas aux mêmes conséquences: dans les cas graves, séjour de longue durée dans un hôpital psychiatrique et dans les cas moins graves, peine allégée assortie éventuellement de mesures thérapeutiques avec ou sans hospitalisation. L'accusé guéri au moment du jugement ou inoffensif peut partout être relaxé ou remis en liberté. Dans presque tous les pays, la personne qui a commis un délit sous l'emprise de l'alcool est condamnée à raison des faits eux-mêmes ou du délit d'ébriété.

BIBLIOGRAPHIE

- Antolisei, F., *Manuale di diritto Penale*, Parte generale, 7^e édition, Milan 1975, p. 512-523.
- Constant, Jean, *Précis de droit pénal — Principes généraux du droit pénal positif belge*, Liège, 1975, p. 239-315.
- Cross, Rupert; Jones, Philip Asterley; Card, Richard, *Introduction to Criminal Law*, 10^e édition, Londres, 1984, p. 89-121 (Angleterre, Pays de Galles).
- Foregger, Egmont/Serini, Eugen, *Strafgesetzbuch StGB samt den wichtigsten Nebengesetzen*, 3rd edition, Vienna, 1984, annotations concernant paragraphes 11, 21-25, 34, 35, 47.
- Gordon, Gerald H., *The Criminal Law of Scotland*, 2nd edition, Edinburgh, 1978, p. 347-415 (Ecosse).
- The Greek Penal Code*, traduit par Nicholas B. Lolis, London 1973.
- The Italian Penal Code*, traduit par Edward M. Wise and Allen Maitlin, introduction by Edward M. Wise; *The American Series of Foreign Penal Codes*, volume 23, publié par John Delaney, Littleton (Colorado), Londres 1978, p. XXXVIII-XXXIX, 32-35, 72-82.
- Lattanzi: *I codici Penali — Avotati*, 10^e édition, Milan, 1978, p. 203.
- Mangakis, G. A., *Piniko Dikaio*, partie générale, volume II, Athènes, 1981, p. 266-274.
- Merle, R., Vitu, A., *Traité de droit criminel*, volume I, Problèmes généraux de la science criminelle, droit pénal général, 4^e édition, Paris, 1981, p. 712-725.
- Das Niederländische Strafgesetzbuch vom 3. März 1881, in Kraft getreten am 1. September 1886 nach dem Stand von 1. Mai 1976*, traduit et préfacé par Dieter Schaffmeister, Berlin, New York, 1977 (*Sammlung außerdeutscher Strafgesetzbücher in deutscher Übersetzung*, publié par le Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht de Fribourg (République Fédérale d'Allemagne) grâce à Hans-Heinrich Jescheck et Gerhard Kielwein, volume 98).
- Das österreichische Strafrecht*, 1. Teil: Strafgesetzbuch, publié par Christoph Mayerhofer et Sepp Rieder, 2^e édition, Vienne, 1981, annotations concernant paragraphes 11, 21-25, 34-35, 47.
- Pompe, W.P.J., *Das niederländische Strafrecht nach einer Übersetzungsvorlage*, Prof. Dr. B.M.D. Noach, réédité et remanié par D. Schaffmeister, *Das ausländische Strafrecht der Gegenwart*, édité par Edmund Mezger/Adolf Schönke/Hans-Heinrich Jescheck, 5^e volume, Pays-Bas, Suède, Berlin 1976, p. 83-90, 124-127.
- Pradel, Jean, *Droit pénal*, volume I: Introduction générale, droit pénal général, 4^e édition, Paris, 1984, p. 506-532.
- Rehberg, Jörg, *Strafrecht II, Strafen und Maßnahmen, Jugendstrafrecht*, 4^e édition, Zurich, 1984, p. 54-76.
- Schreiber, Hans-Ludwig, Bedeutung und Auswirkungen der neugefaßten Bestimmungen über die Schuldfähigkeit, *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 1981, p. 46 ss.
- Schreiber, Hans-Ludwig, Schuld und Schuldfähigkeit im Strafrecht, in: Schmidt-Hieber/Wassermann (Hrsg.) *Justiz und Recht*, Festschrift für die Richterakademie in Trier, Heidelberg, 1983, p. 73 ss.
- Das schwedische Kriminalgesetzbuch vom 21. Dezember 1962, in Kraft getreten am 1. Januar 1965, nach dem Stand vom 1. Januar 1975*; traduit, annoté et préfacé par Gerhard Simson, Berlin, New York 1976. (*Sammlung außerdeutscher Strafgesetzbücher in deutscher Übersetzung*, publié par le Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht de Fribourg (République Fédérale d'Allemagne) grâce à Hans-Heinrich Jescheck et Gerhard Kielwein, volume 96, p. 51, 70-85, 202-211).
- Strahl, Ivar, Les anormaux mentaux selon le nouveau Code pénal suédois, in: Karanikas, *Annual of the faculty of law and economics of the Aristotelian University Thessaloniki*, volume XIV, folio A, Thessaloniki 1966, p. 147-157.
- Stratenwerth, Günter, *Schweizerisches Strafrecht*, partie générale I, Die Straftat, Berne, 1982, p. 234-253.
- Stefani, Gaston/Levasseur, Georges/Bouloc, Bernard, *Droit pénal général*, 12^e édition, Paris, 1984, p. 366-401.
- Venzlaff, Ulrich, Aktuelle Probleme der forensischen Psychiatrie, in: Kisker, K.P. u. a. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, 2^e édition, vol. III, Berlin, Heidelberg, New York, 1975, p. 883 ss.
- Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, publié par Foregger, Egmont/Nowakowski, Friedrich, 19^e fascicule, paragraphes 21-27 StGB, annoté par Franz Pallin, Vienne, 1984, annotations concernant paragraphes 21 et 22.
- Williams, Glanville, *Textbook of Criminal Law*, 2^e édition, Londres, 1983, p. 638-696 (Angleterre, Pays de Galles).
- Witter, Hermann, Die Beurteilung Erwachsener im Strafrecht, in: Göppinger/Witter (Hrsg.), *Handbuch der forensischen Psychiatrie*, vol. II, Berlin, Heidelberg, New York, 1972, p. 968 ss.
- On s'est également reporté aux réponses de l'Allemagne, de Chypre, du Danemark, de l'Espagne, de la France, de la Grèce, de la Grande-Bretagne, de l'Islande, de l'Italie, de la Norvège, des Pays-Bas, du Portugal, de la Suède et de la Suisse, au questionnaire du Conseil de l'Europe.

LES PROBLÈMES POSÉS PAR L'ÉVALUATION
AU MOYEN DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE
DE L'ATTÉNUATION OU DE L'EXCLUSION
DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE

*Rapport par M. O. Dalgard,
professeur de psychiatrie,
Université d'Oslo, Norvège*

I. Introduction

Le traitement des délinquants malades mentaux soulève plusieurs questions: que faut-il faire d'un point de vue thérapeutique? Quelles sont les mesures les plus justes? Quelles sont celles qui assurent la meilleure protection de la société? Quelles sont les meilleures solutions d'un point de vue humanitaire?

On prétend généralement qu'il ne faut pas punir les délinquants présentant des troubles mentaux graves. Une sanction ne paraît pas juste d'un point de vue moral, elle ne semble pas nécessaire sous l'angle de la prévention générale et elle ne paraît pas adéquate dans l'optique du traitement. Mais un problème majeur consiste à dire si une personne est suffisamment perturbée pour être dispensée de sanction et selon quels critères faire le départ entre les délinquants punissables et ceux qui ne le sont pas.

Au cœur de ce faisceau d'intérêts partiellement contradictoires se trouve la question de la responsabilité pénale. C'est là un concept juridique et moral et non un concept psychiatrique. Nonobstant, les tribunaux ont besoin de l'expertise psychiatrique pour pouvoir appliquer ce concept aux délinquants malades mentaux. Tout cela varie selon les époques et les pays, reflétant l'importance conférée aux divers intérêts en présence. Avec les délinquants malades mentaux, les problèmes en matière d'expertise psychiatrique dépendent dans une large mesure de la définition de la responsabilité pénale qu'on applique ou plutôt des critères opérationnels qu'on utilise. Quels sont les facteurs psychopathologiques et psychologiques jugés pertinents pour la question de la responsabilité pénale? Des problèmes peuvent aussi se poser dans

d'autres domaines, comme lorsque l'expert psychiatrique est invité à se prononcer sur la «dangerosité sociale». Il y a aussi tous les problèmes liés à la délicate situation dans laquelle se trouve celui qui procède à l'examen psychiatrique d'une personne qui n'est pas son client et qui dans de nombreux cas peut se méfier de l'expert psychiatrique. On peut aussi se demander comment la psychiatrie légale s'articule à la psychiatrie générale. Devrait-elle être une sous-spécialité de la psychiatrie ou faire partie intégrante de la psychiatrie générale?

Ces problèmes, et d'autres, liés à l'évaluation au moyen de l'expertise psychiatrique de l'atténuation ou de l'exclusion de la responsabilité pénale seront brièvement examinés ci-après. Dans la mesure où il fait référence à la situation dans les pays membres du Conseil de l'Europe, cet exposé se fonde principalement sur des renseignements recueillis dans le cadre d'une enquête spéciale réalisée avant ce colloque.

II. Définitions de la responsabilité pénale

Il y a différentes approches de la définition opérationnelle de la responsabilité pénale. Comme l'a dit *Schreiber* dans sa contribution au présent colloque, la plupart des pays recourent à une méthode à la fois biologique et psychologique. Selon cette approche, il faut établir l'existence d'une maladie ou d'un désordre mental. Puis le tribunal doit cerner l'influence du désordre mental sur le comportement criminel. D'un point de vue psychiatrique, il est naturel de considérer le désordre mental, autrement dit le diagnostic psychiatrique, comme le critère primaire et l'influence du désordre mental sur le comportement comme le critère secondaire. Ces deux types de critères peuvent recevoir des définitions différentes, qui peuvent entraîner une situation plus ou moins problématique pour l'expert psychiatrique appelé à conseiller le tribunal. On donnera ci-après une présentation succincte des différentes définitions, d'abord en ce qui concerne le critère primaire ou diagnostique, puis en ce qui concerne le critère secondaire; on examinera en dernier lieu les problèmes connexes pour l'expertise psychiatrique.

1. Différentes définitions du diagnostic psychiatrique entrant en ligne de compte pour l'appréciation de la responsabilité pénale, et problèmes connexes pour l'expertise psychiatrique

a. Aliénation mentale

Ce n'est pas là un concept clairement défini. D'une manière générale toutefois, il recouvre des désordres mentaux très graves et dans de nombreux pays, notamment les pays scandinaves, il a le même sens général que le mot psychose. Si on l'entend dans ce sens, le diagnostic

de l'aliénation mentale relève normalement de la pratique psychiatrique. Il ne s'ensuit pas que la psychose soit un état pathologique aux contours bien définis. En réalité, il y a des cas limites qui peuvent être très difficiles à classer. Mais ces cas douteux sont relativement rares et la fiabilité du diagnostic paraît raisonnablement bonne. Il est vrai que le contenu de la notion de psychose a quelque peu changé dans le temps et qu'il peut varier d'un pays à l'autre, mais on semble tendre actuellement vers une plus grande normalisation des définitions. La collaboration internationale au sein de l'Organisation mondiale de la santé pour une classification diagnostique a favorisé cette évolution, de même que la classification diagnostique de l'*American Psychiatric Association (DSM III)*. A l'heure actuelle, on reconnaît généralement que la psychose représente non pas une entité nosologique particulière, mais un contact profondément perturbé avec la réalité, une absence de discernement et, généralement, un comportement nettement déviant, qui peuvent avoir des causes différentes et se rattacher à des sous-groupes cliniques différents. De ce fait, le terme psychose ne désigne pas en psychiatrie moderne une maladie biologique du cerveau différente d'un désordre psychologique, sens qu'elle avait dans certains pays.

b. Anomalie mentale d'une gravité telle qu'elle peut être assimilée à l'aliénation mentale

Dans quelques pays, par exemple en Suède et au Danemark, non seulement l'aliénation mentale, mais encore «l'anomalie mentale suffisamment grave pour être assimilée à l'aliénation mentale» peuvent justifier une absence de sanction. On a voulu par là même ne pas élargir abusivement le concept d'aliénation mentale ou de psychose, ce qui pourrait être tentant si la psychose était l'unique condition pour être exempté de sanction (Waaben, 1968). Toutefois, le recours à ce concept non psychiatrique n'a pas été sans soulever des problèmes. Des tentatives ont été faites pour préciser ce qui devrait être inclus dans le concept, comme les «états psychopathiques graves», mais la fiabilité du «diagnostic» semble relativement faible. En Suède, le concept a manifestement reçu une signification plus large qu'au Danemark, ce qui a abouti à dispenser de sanction un nombre relativement plus élevé de délinquants. Selon une proposition faite actuellement en Suède, le concept «assimilé à l'aliénation mentale» devrait être supprimé et le critère diagnostique pour la dispense de sanction devrait être le «désordre mental grave» (SOU, 1984).

c. Désordre ou anomalie mentaux

Ces concepts sont très vaguement définis et peuvent dans certains pays couvrir presque tout diagnostic psychiatrique, depuis la psychose

jusqu'à la névrose et les états psychopathiques. En France et en Belgique, on utilise le terme «démence», qui par suite de son caractère vague recouvre presque tous les types de désordres mentaux. Comme il a déjà été souligné, à commencer par les psychiatres français (Roumajon, 1981; Goumilloux, 1983), ce type de «diagnostic» n'a pour ainsi dire pas de signification clinique, ce qui place l'expertise psychiatrique dans une situation impossible. Comme nous le verrons plus tard, avec ces définitions très larges de l'état psychopathologique, la décision relative à la responsabilité pénale repose presque entièrement sur le critère secondaire, à savoir l'influence présumée de l'état psychopathologique sur le comportement pénal.

d. Déficience mentale grave

Dans tous les pays, lorsque la déficience mentale grave est partie inhérente ou vient s'ajouter aux groupements diagnostiques susmentionnés, elle peut entraîner la non-responsabilité pénale. Cela ne soulève pas de problème grave pour l'expertise psychiatrique, vu qu'il existe des méthodes valables et fiables de diagnostic dans ce domaine.

2. Différentes définitions des critères rattachant l'état psychopathologique au comportement criminel, et problèmes connexes pour l'expertise psychiatrique

Il y a différentes définitions des critères reliant l'état psychopathologique au comportement criminel pour établir la non-responsabilité pénale. Certaines ne sont que des variantes, mais d'autres sont nettement différentes. Les principaux types semblent être le critère *purement psychiatrique*, le critère de *causalité* et le critère *psychologique/philosophique* (Waaben, 1968).

a. Critères purement psychiatriques (critères médicaux/biologiques)

Dans ce cas, le diagnostic d'un état psychopathologique donné au moment de l'acte criminel écarte automatiquement la responsabilité pénale, sans mettre en cause la relation spécifique entre l'état psychopathologique et l'acte criminel. On peut alors présumer qu'une relation causale entre l'état psychopathologique et l'acte criminel ne peut jamais être écartée avec certitude et/ou qu'une sanction n'est pas à recommander.

Les critères purement psychiatriques sont utilisés dans très peu de pays. En Europe, seule la Norvège, semble-t-il, utilise pleinement ce système. Dans ce pays, un diagnostic d'aliénation mentale (psychose), d'inconscience ou de déficience mentale grave entraîne automatiquement l'irresponsabilité pénale. En Grèce, les critères purement psychiatri-

ques sont utilisés pour la schizophrénie et les troubles maniaco-dépressifs mais non pour d'autres désordres mentaux qui peuvent entraîner l'irresponsabilité pénale.

En appliquant les critères purement psychiatriques, il est relativement aisé pour le psychiatre de donner un avis au tribunal, car sa contribution se limite à un travail psychiatrique normal, à savoir une évaluation diagnostique. Toutefois, ce système soulève plusieurs objections: fonder la question de la responsabilité pénale uniquement sur un diagnostic psychiatrique présuppose l'existence d'un large consensus parmi les experts psychiatriques sur les signes et symptômes qui constituent un diagnostic donné. Il n'en est évidemment pas toujours ainsi, moins encore dans les grands pays pluralistes que dans les pays plus petits et plus homogènes.

L'état psychopathologique doit être limité à des désordres mentaux graves, si l'on ne veut pas étendre trop loin la non-responsabilité pénale. Il est curieux de constater qu'en Norvège les critères purement psychiatriques sont liés au diagnostic de la psychose, de la déficience mentale sévère et de perturbations graves de la conscience. Il en est de même en Grèce.

Un argument habituel contre l'usage de critères purement psychiatriques réside dans le fait qu'il confère trop d'influence aux experts psychiatriques, lorsque ceux-ci sont amenés à se prononcer sur une question qui, de par sa nature même, n'a pas un caractère psychiatrique.

On peut aussi soutenir que l'application de critères purement psychiatriques est assez contraire à la pratique clinique, qui considère, dans le sillage de la tendance psychothérapeutique moderne en psychiatrie, les malades psychiatriques, et même les psychotiques, comme plus ou moins responsables de leur comportement.

b. Le critère de causalité

Ce critère implique un lien censé être de causalité entre l'état psychopathologique et l'acte criminel. Raisonner en termes de causalité entre la psychopathologie et un comportement spécifique est un aspect normal de la psychiatrie, même si la «causalité» à cet égard signifie davantage un certain degré de probabilité qu'une causalité au sens exact des sciences naturelles. Le critère de causalité s'exprime par exemple dans la règle dite de Durham, qui a été formulée comme suit dans l'affaire Durham c. Etats-Unis (district de Columbia, 1954): «Un accusé n'est pas pénalement responsable si son acte illégal a été le produit d'une maladie ou d'une déficience mentale.» Dans certains pays, on donne une formulation moins stricte des critères de causalité, à savoir que l'acte criminel

doit être commis *sous l'influence* d'une maladie ou d'une déficience mentale.

Le critère de causalité n'est utilisé comme critère secondaire que dans un petit nombre de pays.

Dans quelques pays, comme le Danemark, le critère de causalité est combiné à un critère philosophique, comme l'exprime la formulation suivante: «ayant agi de manière irresponsable pour cause d'aliénation mentale». Le terme «irresponsable» introduit ici évidemment quelque chose de plus que la causalité entre un état psychopathologique donné et un acte criminel. D'un point de vue psychiatrique, les problèmes liés à l'utilisation du critère de causalité dépendent en règle générale de la gravité de l'état psychopathologique de l'intéressé. Comme nous le verrons ultérieurement, plus l'état est grave, plus le critère de causalité est utilisable. Si par exemple les conditions psychopathologiques en question sont limitées à l'aliénation mentale ou à un désordre mental grave, comme en Suède et au Danemark, il est probable que dans la grande majorité des cas l'acte criminel sera influencé par l'état pathologique. De ce fait, l'utilisation du critère de causalité en pareils cas ne donnera pas des résultats très différents de l'utilisation du critère purement psychiatrique, pour lequel le diagnostic est la chose principale. Toutefois, elle donnera un peu plus d'influence au tribunal.

Quand le critère de causalité est lié à une définition élargie du désordre mental, englobant les désordres névrotiques et psychopathiques, la relation de causalité entre le désordre mental et l'acte criminel sera souvent très hypothétique. Il sera très difficile de dire si le délinquant aurait agi autrement dans la même situation s'il n'avait pas été mentalement perturbé.

c. Critères psychologiques/philosophiques

Ces types de critères, qui sont fondés sur la relation éventuelle entre l'état psychopathologique et l'aptitude du délinquant à comprendre et/ou maîtriser son comportement sont appliqués dans la plupart des pays. Les formulations varient, mais le contenu est toujours le même. Très connues et très débattues sont les règles McNaghten de 1843, encore en usage en Angleterre et dans la plupart des Etats des Etats-Unis: «Il doit être clairement démontré qu'au moment de la commission de l'acte, l'accusé souffrait d'un tel égarement de la raison qu'il n'était pas conscient de la nature et de la qualité de l'acte qu'il était en train de commettre ou, que s'il l'était, il ne savait pas que ce qu'il faisait était contraire à la loi.»

Dans certains pays, on a fait figurer parmi les critères psychologiques/philosophiques de non-responsabilité pénale le fait que le délin-

quant se trouvait sous l'influence d'une «impulsion irrésistible» telle qu'il lui était impossible de soumettre sa conduite aux impératifs de la loi.

On peut soutenir avec de bons arguments que ces critères sont de caractère davantage philosophique ou normatif que psychiatrique. Cette opinion a été récemment exprimée avec force et cohérence par des experts en psychiatrie légale (Canepa, 1983; Ambrus, Bernheim, Bovet, Calanca, Cherpillod, Delaite, Delaloye, Fischer, Gillerou, Mieville, Montadou, 1983; Morris, 1982; et autres), et la grande majorité des psychiatres semblent y souscrire.

On considère souvent que les questions de prise de conscience et de capacité de maîtriser son propre comportement soulèvent la question philosophique du «libre arbitre», question à laquelle il est impossible de répondre d'un point de vue scientifique et psychiatrique. Toutefois, le libre arbitre ne fait pas nécessairement partie des questions susmentionnées lorsqu'on en vient à la pratique. *Schreiber* pense que la responsabilité pénale désigne simplement l'aptitude à être motivé par des normes sociales, aptitude qu'il faut présupposer chez tout citoyen «normal» si l'on ne veut pas que la collectivité plonge dans le chaos et la terreur (*Schreiber*, 1977). *Waaben* fait référence à l'opinion largement répandue selon laquelle le «libre arbitre» désigne la liberté d'agir et de choisir ce qui est considéré comme une réalité dans la vie sociale, sans prendre parti dans le conflit déterminisme/indéterminisme (*Waaben*, 1968). Même si les questions concernant la capacité de comprendre le caractère illégal de son propre comportement et l'aptitude d'agir autrement dans ce sens pragmatique peuvent être considérées comme n'étant pas de nature purement philosophique mais plutôt psychologique, il est certainement très difficile d'y répondre d'un point de vue psychiatrique. En tout cas, les psychiatres sont actuellement fortement enclins à rejeter ces types de questions non psychiatriques.

3. Combinaison de critères

Comme il a été dit plus haut, l'exonération de la responsabilité pénale se fonde généralement sur une combinaison de critères primaires et secondaires, c'est-à-dire la présence d'un état psychopathologique au moment de la commission du crime et certains critères rattachant cet état à l'acte criminel. Les critères diagnostiques peuvent être plus ou moins restrictifs, de même que les critères secondaires. Depuis les plus restrictifs jusqu'aux moins restrictifs, les critères diagnostiques pourraient être classés comme suit: aliénation mentale (psychose), «autre anomalie mentale suffisamment grave pour être assimilée à l'aliénation mentale»,

autre désordre mental grave, ou simplement anomalie mentale. Ainsi, les critères secondaires peuvent être classés comme suit du moins restrictif au plus restrictif: incapacité de comprendre et/ou de maîtriser un comportement criminel (critères psychologiques/philosophiques), critères de causalité et diagnostic simple (critères purement psychiatriques).

Pour limiter le nombre de délinquants pénalement non responsables, il faut de toute évidence combiner un critère diagnostique relativement large avec un critère secondaire restrictif, et vice versa. Une définition élargie de l'état psychopathologique comme une «maladie mentale» ne s'accorde pas avec un critère secondaire relativement non restrictif comme «produit de ...», que nous trouvons dans les *règles de Durham*. C'est pour cette raison que les règles de Durham n'ont pas eu de succès. Le critère de causalité ne crée pas le même problème lorsqu'il est associé à un critère diagnostique restrictif comme la psychose. L'application des règles de McNaghten est possible même lorsque l'état psychopathologique est défini largement, tandis que le critère purement psychiatrique (médical/biologique) présuppose un critère diagnostique strict. Selon les pays, et selon les traditions et les écoles de pensée, on accorde davantage de poids au critère diagnostique ou au critère secondaire. Dans des pays comme la Norvège, où le critère diagnostique se limite pour l'essentiel à l'aliénation mentale (psychose), le critère secondaire est d'importance annexe. Cette approche est traditionnellement dénommée «système médical/biologique». L'autre extrême est représenté par exemple par des pays comme la France, où le critère diagnostique est extrêmement vague, et où, par voie de conséquence, le critère secondaire se voit donner presque tout le poids. Cette approche est celle qui est la plus voisine du «système psychologique/philosophique», qu'on trouve dans les pays européens examinés à l'occasion de ce colloque. Aucun de ces pays n'avait un système purement «philosophique/psychologique», en ce sens qu'un état psychopathologique n'était pas requis pour faire conclure à la non-responsabilité pénale. La plupart des pays ont mis un certain accent sur le critère diagnostique et certains sur le critère secondaire, et ont donc un système mixte médical/biologique-psychologique/philosophique. D'un point de vue psychiatrique, il paraît évident que plus le critère diagnostique est vague et plus le poids conféré au critère secondaire est grand, plus l'expert psychiatrique rencontre des difficultés devant le tribunal. On pose alors aux psychiatres des questions revêtant pratiquement un caractère non psychiatrique, vu que le critère diagnostique est pratiquement dénué de sens. Cela est particulièrement souligné par les psychiatres français, en raison de l'utilité clinique du terme «démence» (Goumilloux, 1983; Roumajon, 1981).

4. Atténuation de la responsabilité pénale

Comme *Schreiber* l'a déjà déclaré à ce colloque, tous les pays européens examinés ont reconnu qu'il existe des états de désordre mental qui ont pour effet d'atténuer la responsabilité, mais qui ne la font pas disparaître complètement. Dans quelques pays, la loi ne fait pas expressément mention d'une responsabilité diminuée, mais la question peut être soulevée à l'occasion de la décision relative à la sanction. En règle générale, une responsabilité atténuée s'accompagne d'une moindre sanction, éventuellement combinée à des mesures spéciales de sécurité.

On peut envisager de deux manières principales la décision relative à l'atténuation de la responsabilité: on peut envisager soit divers degrés de perturbation pour les mêmes types de désordre mental qui peuvent conduire à l'exonération totale de responsabilité («approche uniforme») soit d'autres types de désordre mental. Ces deux approches sont représentées dans les pays européens examinés.

Du point de vue psychiatrique, il y a problème, cette fois encore, dans la mesure où le psychiatre peut s'en tenir à son cadre de référence spécialisé ou s'il doit répondre à des questions de caractère non psychiatrique.

Si le verdict de responsabilité atténuée est fondé sur des catégories psychiatriques bien définies, différentes de celles conduisant à éliminer totalement la responsabilité, les problèmes peuvent ne pas être trop importants. D'un autre côté, si le psychiatre doit répondre à des questions relatives à l'importance des perturbations au niveau de la compréhension et de la maîtrise du comportement sous l'effet du désordre mental, nous revenons au même problème que celui examiné au chapitre précédent. Il s'ensuit que «l'approche uniforme» est l'approche la plus problématique du point de vue psychiatrique.

III. Avons-nous besoin du concept de responsabilité pénale?

Eu égard aux problèmes posés par la question de la responsabilité pénale, particulièrement pour l'expert psychiatrique, pourrions-nous avantageusement nous passer de ce concept?

On a invoqué plusieurs types d'arguments en vue de la suppression du concept de non-responsabilité pénale. Récemment, *Morris* a vivement critiqué le système de l'excuse d'aliénation mentale (*plea for insanity*) pratiqué aux Etats-Unis, vu qu'il ne voit aucune raison particulière pour

laquelle les délinquants aliénés mentaux devraient être considérés comme plus irresponsables de leur comportement que les délinquants «normaux» vivant dans des conditions particulières et très difficiles. Pourquoi ne devrait-il pas y avoir un moyen de défense spécial pour les habitants des ghettos noirs, étant donné que selon cet auteur: «l'adversité sociale est un facteur de délinquance beaucoup plus important que n'importe quel état psychotique» (Morris, 1982). Selon cet auteur, les principes ordinaires de la *mens rea* (le délinquant avait-il l'intention de commettre son acte?) permettraient de traiter le cas du délinquant aliéné mental.

L'argument le plus couramment invoqué en faveur de la suppression du concept de responsabilité pénale est que la chose véritablement importante, c'est de trouver la sanction la plus adéquate, et non pas de dire si le délinquant est moralement coupable. Lady *Wootton* est parmi les auteurs qui ont plaidé fortement en faveur de cette thèse (Wootton, 1959).

Sur la base de ces arguments, certains pays ont plus ou moins abandonné la notion de responsabilité pénale, en mettant principalement l'accent sur la réaction la plus effective pour prévenir d'autres crimes. La Suède est allée très loin dans cette direction et a en principe abandonné la notion de responsabilité pénale. Dans ce pays, tous les délinquants, quel que soit leur degré de maturité psychologique ou leur état mental, sont reconnus coupables de leurs actes criminels. Le problème de la différenciation se réduit au choix des sanctions adéquates et, pour cette raison, les délinquants souffrant de graves perturbations mentales ne peuvent pas se voir infliger une peine de prison.

En Angleterre, presque tous les délinquants sont jugés responsables de leurs actes, vu que le moyen de défense tiré de l'aliénation mentale ne peut être invoqué que dans des cas extrêmement réduits selon le libellé même de la loi. Dans la pratique, ce moyen de défense n'est pratiquement jamais invoqué lorsqu'il n'y a pas accusation d'assassinat (*murder*), et dans les affaires d'assassinat, on préfère généralement plaider la responsabilité atténuée (Gunn, 1979). Dans ce pays, la tendance est de faire passer l'examen de la question de la responsabilité du stade du jugement au stade postérieur au jugement ou stade de la fixation de la peine.

La plupart des délinquants aliénés et de ceux qui présentent des troubles mentaux graves sont envoyés dans des établissements de soins, et non en prison, même si leur culpabilité est établie.

L'abandon du concept de responsabilité pénale est à maints égards compatible avec la démarche psychiatrique. Mais il pose aussi de graves questions:

Il semble plutôt sévère de tenir tous les délinquants psychotiques pour responsables de leur comportement criminel, même s'il est évident qu'ils ne seraient pas considérés comme coupables au sens habituel du terme. Même si l'on essayait d'adapter la procédure devant un tribunal à la vulnérabilité particulière et au comportement aberrant du délinquant, comme l'a proposé *Morris* pour les individus qui ne sont pas à même de supporter un procès normal (Morris, 1982), il paraît douteux qu'on doive vraiment faire passer en jugement les délinquants présentant des troubles mentaux graves. Comme le reconnaît *Christie*, qui est très hésitant sur ce point, soumettre à un procès les individus présentant des troubles mentaux graves offense notre sens de la justice (qui voudrait qu'un tel procès soit évité) probablement plus pour nous-mêmes que pour le délinquant (Christie, 1974).

Si l'on s'attache uniquement à ce qui permet de prévenir le plus efficacement un comportement criminel ultérieur dans un cas donné, on laisse de côté l'aspect de prévention générale du système juridique, ce qui soulève manifestement quelques problèmes.

S'attacher uniquement à l'aspect de prévention individuelle peut facilement conduire à accepter des méthodes de traitement qui peuvent certainement être efficaces, mais qui peuvent, par exemple, impliquer un séjour prolongé dans un établissement psychiatrique, totalement disproportionné à la gravité de l'infraction commise.

En dernier lieu, il est douteux que ce système aboutisse à faire abandonner véritablement la question de la responsabilité pénale, vu que la question de savoir quels délinquants devraient être envoyés en prison, quels délinquants devraient être envoyés à l'hôpital et quels délinquants devraient recevoir un autre traitement psychiatrique, fait intervenir plus ou moins les mêmes aspects. Ce point de vue est soutenu notamment par *Sveri*, qui doute que l'abandon par la Suède du concept de responsabilité ait procuré un quelconque avantage (Sveri, 1983).

IV. Le problème de la dangerosité

Il est fréquent que l'expert psychiatrique soit interrogé non seulement sur des points importants pour la question de la responsabilité pénale, mais encore sur la «dangerosité sociale» du délinquant présentant une anomalie mentale. C'est effectivement le cas dans la plupart des

pays européens étudiés pour ce colloque. Dans quelques pays, la question de la dangerosité fait l'objet d'un examen distinct, dans d'autres l'examen joue un rôle lorsqu'il s'agit de fixer la sanction.

Sur la base de travaux approfondis effectués dans de nombreux pays, les psychiatres et les criminologues reconnaissent généralement désormais que les prévisions relatives à la récidive criminelle sont entachées d'une très grande incertitude.

Dans un récent projet coordonné par l'OMS et fondé sur des données provenant de six pays, la conclusion a été que le degré global d'accord entre les «évaluateurs» au sujet de la dangerosité était peu élevé, et que le niveau d'accord entre les psychiatres n'était pas plus élevé qu'entre les non-psychiatres. Dans les trois quarts des affaires examinées, le degré d'accord a été atteint dans moins de 50% des cas (Harding et Adserballe, 1983).

Comme l'ont souligné certains auteurs (Dalgard, 1966; Stang, 1966; Derschowitz, 1970; Christie, 1974; Cormier, 1981; Monahan, 1981; Morris, 1982; Ambrus *et al*, 1983; Canepa, 1983; Goumilloux, 1983), les prévisions en matière de dangerosité ont une fiabilité très faible. Ceci a été souligné aussi par un groupe de travail de l'OMS sur la psychiatrie légale, qui s'est réuni à Sienne en 1975. Pour cette raison, on recommande fortement de ne pas recourir à des expertises psychiatriques pour conseiller les tribunaux au sujet des perspectives de récidive, pour les délinquants aliénés aussi bien que pour les délinquants présentant des troubles moins graves.

Le meilleur indicateur prévisionnel de la récidive criminelle est bien évidemment le nombre de condamnations antérieures. Il s'ensuit qu'il n'est pas très difficile de prévoir des actes criminels ultérieurs si le délinquant a déjà été condamné plusieurs fois. Cela sera fréquemment le cas pour les auteurs d'infractions contre les biens, dans la mesure où ils sont soumis à un examen psychiatrique devant les tribunaux. Pour les infractions sexuelles et celles recourant à des violences, l'expert psychiatrique est souvent chargé de faire des prévisions au sujet de délinquants qui n'ont jamais été condamnés, ou qui l'ont été très rarement. Dans ces cas, l'expérience montre qu'il est peu probable de prévoir juste dans plus de 25 à 30% des cas. Même si l'on combine les expertises psychiatriques, sociologiques, psychologiques et statistiques, on constate que sur trois individus estimés dangereux, un seul commet effectivement un crime de violence (Monahan, 1981).

La situation est alors la suivante: avec les méthodes actuelles de prévisions, il faut enfermer au moins deux à trois délinquants non dange-

reux pour en avoir un dangereux. Cela soulève évidemment d'importantes questions d'éthique. Combien d'individus non dangereux la société acceptera de garder en réclusion à long terme pour se protéger contre un nombre relativement faible de délinquants véritablement dangereux?

Quoi qu'il en soit, les tribunaux ont eu tendance jusqu'à présent à surestimer les possibilités de la psychiatrie légale dans ce domaine, ce qui a pu avoir des conséquences graves et déraisonnables pour un grand nombre de délinquants.

Eu égard aux faibles moyens dont dispose la psychiatrie pour prévoir la récidive criminelle, les experts psychiatriques de certains pays hésitent ou répugnent à conseiller les tribunaux sur ce sujet. C'est le cas par exemple en Norvège, où selon la procédure judiciaire antérieure, l'expert psychiatrique était tenu de donner son avis sur la question de la dangerosité. Aux Etats-Unis, l'*American Psychiatric Association* a désormais conseillé aux psychiatres de s'abstenir d'offrir leurs services lorsqu'il s'agit de prévoir la dangerosité (Cormier, 1981).

V. Comment améliorer la qualité de la psychiatrie légale?

La psychiatrie légale traite dans une certaine mesure d'autres problèmes que la psychiatrie clinique. Pour cette raison, une formation pratique et théorique spéciale est nécessaire pour faire du bon travail.

Dans quelques-uns seulement des pays européens étudiés, il existe des centres de formation spécialisés pour psychiatres légaux, et de tels centres sont en projet dans un petit nombre d'autres pays. Pour garantir la qualité du travail, quelques pays ont fait de la psychiatrie légale une sous-spécialité de la psychiatrie générale, en exigeant des qualifications particulières.

Même s'il est important de former les médecins à la psychiatrie légale, faire de celle-ci une sous-spécialité pose certains problèmes:

Si la psychiatrie légale devient une sous-spécialité, avec des psychiatres qui travaillent pour ainsi dire exclusivement dans ce domaine, elle risque de s'isoler quelque peu du courant principal de la théorie et de la pratique psychiatriques. Alors que la psychiatrie générale est censée s'occuper dans une large mesure de traitement, la psychiatrie légale, en tant que sous-spécialité, doit s'occuper principalement de questions diagnostiques et pronostiques. Dans certains pays, le fait que la psychiatrie légale soit une sous-spécialité paraît avoir pour conséquence une

surcharge de travail diagnostique, hors de proportion avec le traitement psychiatrique offert aux délinquants présentant des troubles mentaux.

Même si la psychiatrie légale est nécessairement liée à un rôle professionnel quelque peu différent de celui de la psychiatrie générale, il y a un risque qu'une séparation trop rigide éloigne la psychiatrie légale du domaine éthique commun à la psychiatrie et à la médecine pratique en général.

Faire de la psychiatrie légale une sous-spécialité peut aboutir à créer des problèmes de recrutement du personnel nécessaire dans ce domaine, car les jeunes psychiatres pourront penser que cette partie de la psychiatrie est un domaine trop limité pour eux.

Même s'il y a des dangers manifestes à faire de la psychiatrie légale une sous-spécialité, il existe sans doute un besoin, dans la plupart des pays, d'améliorer la qualité de ce domaine de la psychiatrie. Toutefois, il est probable que ceci devrait se faire principalement en mettant l'accent sur les problèmes de la psychiatrie légale dans l'enseignement de la psychiatrie en général. Pour cette raison, il devrait exister des départements de psychiatrie légale dans les universités, ce qui n'est maintenant le cas que dans un petit nombre de pays. Ceci est important aussi pour le développement, très nécessaire, de la recherche dans ce domaine.

Dans quelques pays européens, l'expert médical conseillant le tribunal au sujet de l'état de santé mentale du délinquant n'a pas forcément besoin d'être un spécialiste de la psychiatrie ou d'avoir une formation psychiatrique particulière. Même si cela est compréhensible d'un point de vue pratique, cela ne contribue certainement pas à relever le niveau de la psychiatrie légale.

VI. Problèmes liés au processus de l'examen psychiatrique

Le cadre dans lequel l'examen psychiatrique d'un prévenu se déroule est souvent difficile et gênant pour le travail du psychiatre. En raison du manque naturel de confiance de la part du délinquant, il peut être souvent difficile, voire impossible, pour le psychiatre d'établir le contact empathique nécessaire pour procéder à un examen psychiatrique approfondi. Quels que soient la compréhension et le soutien dont le psychiatre cherche à manifester, une communication ouverte n'est certainement pas toujours dans l'intérêt du prévenu, et ceci aboutit souvent à donner une image quelque peu déformée du délinquant.

S'il n'est pas clair, ou même pas très vraisemblable, que le prévenu a effectivement commis l'acte criminel qui lui est reproché, l'examen psy-

chiatric sera bien évidemment problématique et devrait être évité. L'idéal serait que l'expert psychiatrique ne fasse pas de déclaration devant le tribunal avant que celui-ci n'ait dit si l'accusé a commis ou non l'acte en question. Dans de nombreux pays, la procédure judiciaire ne le permet pas.

L'endroit où se déroule l'examen psychiatrique peut avoir une grande influence sur son résultat. Dans les pays européens examinés, seul un petit nombre de ces pays, parmi lesquels la Suède et les Pays-Bas, ont des cliniques ou des centres spéciaux pour ce type d'examen. Dans tous les pays, le délinquant peut être envoyé dans un hôpital ou une clinique psychiatrique générale pour observation, mais l'examen a lieu très généralement en prison, semble-t-il. Cette dernière solution peut parfois être défavorable à l'établissement des bons contacts nécessaires entre le délinquant et le psychiatre.

Pour procéder à un examen approfondi, le psychiatre a évidemment besoin d'un temps raisonnable. D'un autre côté, il doit aussi y avoir une date limite, pour que le procès ne soit pas inutilement retardé. Dans quelques pays européens examinés, l'examen n'est achevé qu'au bout d'un temps manifestement trop long, jusqu'à un an au plus, alors que dans d'autres pays un délai de deux à trois mois est prévu, qui peut être prolongé. Il paraît souhaitable que d'une manière générale l'examen ne dure pas plus de trois mois.

Aussi favorables que l'on s'efforce de rendre les conditions de l'examen du délinquant, il paraît raisonnable de dire que du fait de la nature même de la situation, il y a certaines limites aux résultats que l'on peut attendre d'un tel examen. Si la situation peut ne pas empêcher la détection de troubles comme la psychose, les caractéristiques plus subtiles de l'état mental ont peu de chances d'être révélées avec le même degré de certitude.

VII. L'objectivité de l'expertise psychiatrique

Dans les pays anglo-saxons, il est de tradition que le psychiatre assume son rôle au procès dans le cadre d'une procédure fondée sur le principe du contradictoire (*adversarial*). Même s'il peut y avoir quelque avantage pour le psychiatre à être expressément employé par un côté ou par l'autre, ce système a ses points faibles et généralement les psychiatres du continent lui sont opposés (groupe de travail de l'OMS, 1975). Ce système basé sur le principe du contradictoire peut conduire à des demi-vérités, à des déformations et à des conflits d'opinion devant le tribunal, ce qui peut nuire à l'objectivité clinique. Dans ces conditions, il peut être

très difficile de parvenir à un diagnostic et tout ceci peut nuire à la crédibilité et à la respectabilité de la psychiatrie comme branche de la science médicale (Herman et Hicks, 1981).

Pour améliorer l'objectivité de l'expertise psychiatrique, il paraît souhaitable qu'au moins deux experts psychiatriques élaborent une déclaration commune. En cas de désaccord, des experts supplémentaires peuvent être nommés. Dans certains pays européens, un seul expert psychiatrique est actuellement désigné auprès du tribunal.

Pour s'assurer que les différents experts psychiatriques comprennent et appliquent uniformément les concepts pertinents, quelques pays, dont la Norvège et le Danemark, ont un conseil médico-légal employant des experts en psychiatrie légale chargés d'examiner les dossiers avant qu'ils ne soient présentés devant le tribunal. Ainsi, il est bien évidemment crucial que les différents experts donnent au concept de psychose le même contenu, dans la mesure où il est considéré comme un concept clé pour apprécier la responsabilité pénale. Particulièrement lorsque les experts n'ont pas à être des spécialistes en psychiatrie, comme c'est le cas en Norvège et au Danemark, ce type de conseil national peut certainement favoriser dans une large mesure l'objectivité des psychiatres légaux.

Il peut réduire l'indépendance et l'objectivité de l'expert psychiatrique si celui-ci occupe un certain poste dans le système pénitentiaire ou dans une autre institution relevant du ministère de la Justice, et il y a de bonnes raisons, semble-t-il, pour éviter cela.

Les jeunes psychiatres interviennent souvent pour la première fois comme experts lorsqu'ils sont nommés conjointement avec leurs supérieurs hiérarchiques. Même si cela est compréhensible d'un point de vue pratique et éducatif, cela peut réduire l'objectivité du jeune psychiatre et devrait être évité pour cette raison.

Pour garantir l'objectivité et la qualité de l'expertise psychiatrique, dans certains pays les experts sont choisis sur une liste agréée de psychiatres ayant une expérience particulière et des qualifications en psychiatrie légale. Cela paraît souhaitable notamment pour ne pas céder à la tentation de désigner tel ou tel expert en raison de son approche particulière de la question de la responsabilité pénale. Malheureusement, dans certains cas, la nomination d'un expert ayant des conceptions déterminées semble plus importante pour le résultat de l'expertise que l'examen psychiatrique proprement dit. Avec ou sans une liste d'experts agréés en psychiatrie légale, il est évidemment important que l'inculpé ait le droit de participer au choix des experts.

VIII. Conclusion

Les tribunaux ont besoin de l'aide des experts psychiatriques pour déterminer le degré d'atténuation ou d'exonération de la responsabilité pénale, ou si ce concept est abandonné, pour se prononcer en faveur de l'absence de sanctions dans tel ou tel cas particulier. Il importe de ce fait que la psychiatrie légale soit considérée comme un aspect essentiel de la formation psychiatrique. Toutefois, il paraît plus contestable de séparer la psychiatrie légale de la psychiatrie générale en faisant une sous-spécialité de celle-ci. A l'heure actuelle, le rôle de l'expert psychiatrique auprès des tribunaux donne lieu à controverse et est souvent très difficile à assumer. Dans certains pays, le rôle de la psychiatrie légale est considéré comme soulevant tant de problèmes qu'il est difficile de recruter des psychiatres pour se charger de ce travail. C'est ce que signalent certains pays européens examinés à l'occasion de ce colloque.

Pour une large part, les difficultés tiennent au fait que les psychiatres se voient poser des questions auxquelles ils ne peuvent assurément pas répondre sur la base des connaissances et de la science psychiatriques. Les questions sont en partie de caractère diagnostique, en partie de caractère philosophique/psychologique et en partie de nature plus généralement criminologique. S'agissant des questions diagnostiques, le système juridique utilise souvent des concepts vagues, comme ceux de «maladie mentale» ou de «désordre mental grave», qui ne correspondent pas à des diagnostics spécifiques et qui pour cette raison sont difficiles à cerner d'un point de vue psychiatrique. Les questions psychologiques/philosophiques concernant la capacité de l'inculpé de comprendre le sens de son comportement dans une situation donnée, ainsi que sa «liberté» de maîtriser ce comportement, ne s'adaptent pas à un cadre de référence psychiatrique. Parmi les questions d'une nature criminologique plus générale, auxquelles il est très difficile de répondre sur la base de connaissances psychiatriques existantes, on peut citer la question de la «dangerosité sociale» à laquelle même les experts spécialisés en criminologie ont de la peine à répondre avec une certitude raisonnable.

D'un point de vue psychiatrique, il est important que le psychiatre puisse demeurer dans le cadre de référence de sa propre spécialité et que le langage normal de la psychiatrie puisse être utilisé. Parallèlement, il devrait s'attaquer sérieusement aux problèmes que le tribunal doit traiter. Comme l'a déclaré *Schreiber*, tout ceci ne fonctionne pas si la profession de psychiatre et celle de juriste sont strictement séparées, au point que le psychiatre se contente de dire au juge «ce que le délinquant a dans la tête» (*Schreiber*, 1977). Comme le remarque *Canepa*: le

jugement d'expert ne faisant pas référence aux normes du droit est «aveugle». D'un autre côté, le jugement d'expert dépourvu de contenu technique et spécialisé est «vide», (Canepa, 1981), ce qui serait le cas si l'expert psychiatrique devait quitter son cadre de référence spécialisé susmentionné. C'est là le dilemme auquel la psychiatrie est exposée lorsqu'elle traite de la question de la responsabilité pénale.

Il me semble que la principale contribution que le psychiatre pourra apporter au tribunal sera de dire si le délinquant était éventuellement atteint de psychose au moment de commettre l'acte criminel. Même si la psychose est un concept psychiatrique, elle revêt les mêmes dimensions psychiques que celles cruciales pour la question de la responsabilité, à savoir la capacité du délinquant de comprendre ce qui se passe (*reality-testing*) et son aptitude à maîtriser son comportement. Si le délinquant est manifestement psychotique, autrement dit s'il a avec la réalité un contact profondément perturbé et par voie de conséquence une aptitude réduite à maîtriser son comportement suivant les normes et espérances communes, il paraît douteux d'un point de vue psychiatrique de le tenir pour responsable au sens légal du terme. Il en irait tout particulièrement ainsi si l'acte criminel était manifestement influencé par la psychose. Pareilles personnes relèvent effectivement de la psychiatrie et non du système répressif. Si l'on admet qu'il n'existe pas de séparation tranchée entre la psychose et la non-psychose, il doit évidemment y avoir des cas où le diagnostic de la psychose est incertain. Mais conformément aux principes généraux du droit, ce doute devrait bénéficier à l'accusé et il paraît raisonnable que des doutes sur le diagnostic de la psychose incitent à conclure à la non-responsabilité pénale. C'est en fait le cas dans plusieurs pays examinés à l'attention de ce colloque.

Lorsqu'on en vient à d'autres diagnostics que celui de la psychose (et de la déficience mentale grave), les problèmes posés par la fiabilité et la validité de la classification se compliquent rapidement. Pour cette raison, il paraît douteux que d'autres désordres mentaux que la psychose, autrement dit la psychopathie et la névrose, doivent entraîner une exonération totale de la responsabilité pénale. Toutefois, l'atténuation de la responsabilité paraît plus juste dans de nombreux cas, si le comportement criminel a manifestement été influencé par l'état psychopathologique. La tâche du psychiatre devrait consister à soumettre au tribunal une évaluation psychiatrique générale du délinquant portant notamment sur la capacité de celui-ci à comprendre ce qui se passe et à maîtriser ses impulsions. Ceci pourrait constituer un élément important pour le tribunal, mais celui-ci est seul compétent pour tirer les conclusions conformément à la substance du droit.

De même que le psychiatre ne devrait pas se voir poser de questions sur la responsabilité pénale auxquelles il ne peut pas répondre, on ne devrait pas non plus lui poser de questions sur la dangerosité sociale. Cela tient au degré d'incertitude très élevé inhérent aux prévisions en matière de récidive criminelle, particulièrement de la part du psychiatre.

Même si le concept de responsabilité pénale devait être abandonné, ce qui est dès à présent plus ou moins le cas dans certains pays, le psychiatre aurait à répondre à de difficiles questions. Qui devrait être traité et qui devrait être puni? En ce qui concerne le traitement obligatoire dans des établissements psychiatriques, il paraît souhaitable de s'en tenir aux mêmes critères d'admission que ceux appliqués en droit civil. Sinon, l'internement dans des établissements psychiatriques de patients ayant des antécédents criminels pourrait aisément conduire à un mélange peu satisfaisant de traitement, de garde et de sanction. Pour la même raison, il semble problématique d'exonérer de la responsabilité pénale les délinquants qui ne réunissent pas les conditions pour être admis sans leur accord dans un établissement psychiatrique conformément au droit civil. Dans la plupart des pays, on en revient donc à la psychose comme concept clé, vu que la présence de la psychose est habituellement une condition nécessaire (mais non suffisante) pour une hospitalisation sans l'accord de l'intéressé! S'agissant de l'examen psychiatrique proprement dit, certaines mesures semblent souhaitables pour garantir la qualité et l'objectivité du travail.

L'expert devrait être spécialisé en psychiatrie et devrait de préférence être choisi sur une liste d'experts homologués possédant des compétences particulières dans ce domaine. Particulièrement dans les pays où l'expert n'a pas besoin d'être un spécialiste de la psychiatrie, il paraît souhaitable d'avoir un comité national chargé d'examiner et d'approuver les rapports avant leur soumission au tribunal. L'examen psychiatrique est souvent difficile à réaliser de manière satisfaisante lorsque le délinquant est en prison. De ce fait, l'admission dans une clinique psychiatrique, dans un délai de deux à trois mois, paraît souvent souhaitable.

Pour ce qui est de la question de l'objectivité de l'expertise psychiatrique, la plupart des psychiatres trouvent contestable que l'expert soit intégré à un système juridique fondé sur le principe du contradictoire, avec un expert pour chacune des parties.

Il peut aussi être contestable que le psychiatre occupe une position dans le système pénitentiaire ou dans une institution relevant du ministère de la Justice, ou encore qu'il travaille devant le tribunal, avec un collègue auquel il est administrativement subordonné.

Même si le psychiatre légal joue un autre rôle que le clinicien, il devrait s'en tenir autant que possible à la même éthique que celle appliquée par la médecine en général. Il s'ensuit que même s'il a pour tâche principale de conseiller le tribunal, il devrait aussi se préoccuper du bien-être du délinquant présentant des troubles mentaux. Des propositions en matière de traitement devraient faire partie de son travail normal, et comme il est suggéré par Canepa, cette évaluation devrait de préférence se faire dans le cadre d'un travail en équipe interdisciplinaire, comprenant notamment des criminologues de différentes origines professionnelles (Canepa, 1981).

BIBLIOGRAPHIE

- Ambrus, J., Bernheim, J., Bovet, J., Calanca, A., Cherpillod, C., Delaite, F., Delaloye, R., Fisher, W., Gillierou, E., Mieville, C., Montandou, C.: *Psychiatrie und Strafrecht; Überlegungen und Vorschläge einer Arbeitsgruppe*, *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht*, 100, 72-81, 1983.
- Canepa, G., L'expertise sur la personnalité de l'inculpé: problèmes criminologiques et médico-légaux — L'expertise criminologique (Eds.: Canepa, M. G. & Kerner, M. H.-J.), *Annales internationales de criminologie*, 19, 11-20, 1981.
- Canepa, G., Perspectives d'innovation dans le domaine de l'expertise psychiatrique, *Revue de police technique*, 3, 59-66, 1983.
- Christie, N., Særuttalelse i offentlig utredning om strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner, *NOU*, 1974: 17, 126-150, Oslo, 1974.
- Dalgard, O. S., *Abnorme lovovertredere — Diagnose og prognose*, Universitetsforlaget, Oslo, 1966.
- Derschowitz, A., The law of dangerousness — Some fictions about predictions, *J. Legal Ed.*, 23, 24-51, 1970.
- Forensic Psychiatry, Report of a working group, Sienna, 1975. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1977.
- Goumilloux, R., Notes pour une réforme de l'article 64 du code pénal et de l'expertise psychiatrique au pénal, *Psychiatrie française*, 14, 27-33, 1983.
- Gunn, J., Forensic Psychiatry, *Recent Advances in Clinical Psychiatry*, (Editor: K. Granville-Grossman), Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1979.
- Harding T. W. & Adserballe H., Assessment of Dangerousness: Observations in Six Countries — A Summary of Results from a WHO Coordinated Study, *International Journal of Law and Psychiatry*, 6, 391-398, 1983.
- Herman, D.-J. & Hicks, J.-E., Psychiatric and psychological expertise in the trial process in the United States — L'expertise criminologique (Eds.: Canepa, M. G. & Kerner, M. H.-J.), *Annales internationales de criminologie*, 19, 91-106, 1981.
- Monahan, J., *The Clinical Predictions of Violent Behaviour*, 1981.
- Morris, N., *Madness and the Criminal Law*, the University of Chicago Press, Chicago and London, 1982.
- Roumajon, Y., Responsabilité pénale et psychopathologie — L'expertise criminologique (Eds.: Canepa, M. G. & Kerner, M. H.-J.), *Annales internationales de criminologie*, 16, 61-70, 1981.
- Schreiber, H.-L., Was heißt heute strafrechtliche Schuld und wie kann der Psychiater bei ihrer Feststellung mitwirken?, *Der Nervenarzt*, 48, 242-247, 1977.
- SOU 1984: 64, *Psykiatri, tvånget och rattsakerheten*, Stockholm, 1984.
- Stang, H. J., Mangelfullt utviklede og/eller varig svekkede sjelsevner — Diagnoser og prognoser, Universitetsforlaget, Oslo, 1966.

Publié par le Centre de Recherche et de Documentation Psychiatrique, Nordiska Beredningen, Stockholm, 1983.
 Heltén, Knut, Utvärderingar av utredningsrapporter, Nordiska Universitets fond för Psykiatrisjukvård och Kriminalvård, Stockholm, 1983.
 Proctor, S., Social Control and Social Psychiatry, Allen & Unwin, 1983.

LES RÉPERCUSSIONS DE CES ÉVALUATIONS
 SUR LA PRISE DE DÉCISION, D'UNE PART,
 ET LE TRAITEMENT DES DÉLINQUANTS
 MALADES MENTAUX, D'AUTRE PART

Publié par le Centre de Recherche et de Documentation Psychiatrique, Nordiska Beredningen, Stockholm, 1983.
 Heltén, Knut, Utvärderingar av utredningsrapporter, Nordiska Universitets fond för Psykiatrisjukvård och Kriminalvård, Stockholm, 1983.
 Proctor, S., Social Control and Social Psychiatry, Allen & Unwin, 1983.

LES RÉPERCUSSIONS DE CES ÉVALUATIONS
 SUR LA PRISE DE DÉCISION, D'UNE PART,
 ET LE TRAITEMENT DES DÉLINQUANTS
 MALADES MENTAUX, D'AUTRE PART

Rapport par MM. F. Ferracuti et F. Bruno,
 professeurs,
 Université de Rome, Italie

Le sujet du présent rapport est limité à la prise de décision et à l'influence sur le traitement des délinquants malades mentaux à la lumière des récents changements dans le fondement théorique et dans la pratique des procédures d'évaluation psychiatrique légale. Ce document doit servir de base à une discussion par un groupe d'experts et de résumé de la situation dans les Etats membres européens et dans certains pays non européens. Pour plus de brièveté, nous éviterons tout chevauchement avec les deux autres rapports préliminaires.

Des renseignements ont été recueillis auprès de tous les Etats membres par l'intermédiaire d'un questionnaire *ad hoc*. Ce même questionnaire a été envoyé à toutes les sommités psychiatriques d'Italie et à certains collègues non européens. Une vaste bibliographie comptant environ 600 rubriques a été établie et sera publiée séparément. On trouvera ci-dessous une analyse des principales conclusions. Les rapports des pays seront analysés par ordre alphabétique. Les questions relevant du domaine du présent rapport et devant être examinées sont la question 13 et les questions 16 à 26.

Chypre

La démence et la maladie mentale ne sont pas examinées séparément. L'individu est placé entre les mains d'un expert en santé mentale qui propose et s'occupe de sa libération. L'expertise est considérée comme une preuve et est acceptée dans 90% des cas. Le sujet ne peut être examiné sans son consentement. C'est le ministère de la Santé qui assure l'harmonisation centrale des conclusions. Divers traitements existent et une assistance postpénale est assurée et il est également procédé à l'évaluation des résultats du traitement (pour les délinquants malades

mentaux). La législation est actuellement en cours de réforme. Les psychiatres collaborent mais il n'existe qu'un centre de formation spéciale.

Danemark

La dangerosité est évaluée séparément (article 70). L'expertise est limitée à la présence d'une maladie mentale. Les conclusions de l'expert sont acceptées et le sujet ne peut les refuser. Le traitement est décidé par le tribunal. Dans ce cas, le délinquant est transféré aux hôpitaux psychiatriques qui, sauf un, relèvent du ministère des Affaires intérieures. Un renvoi au système pénitentiaire ne peut avoir lieu. Une assistance au libéré est prévue et les effets du traitement sont évalués avant la libération. Les examens mentaux ont lieu dans les cliniques de psychiatrie légale ou dans les hôpitaux psychiatriques et les experts sont des membres du personnel. Un conseil médico-légal harmonise les décisions.

France

La dangerosité ne figure pas dans le code pénal. Elle est cependant prise en considération pour le placement civil. Les institutions de traitement relèvent du ministère de la Santé mais leur surveillance et les libérations sont assurées par les autorités judiciaires. Les traitements ne sont pas spécifiés. Il existe une procédure de suivi mais pas d'évaluation. On envisage actuellement une réforme en faveur de services hospitaliers spécialisés. Une liste ou un tableau d'experts est disponible. Aucun centre de formation spécialisée n'est indiqué.

République Fédérale d'Allemagne

La dangerosité et la responsabilité sont indépendantes. Toutefois, la dangerosité est prise en considération dans la planification du traitement. On ne dispose d'aucune donnée sur le nombre de cas où les conclusions de l'expert sont acceptées par le juge. Le sujet peut refuser d'être examiné mais il peut (sous réserve d'appel) être transféré dans une institution psychiatrique pour examen. La libération est réglementée par le code pénal et une surveillance est envisagée. Les institutions relèvent d'autorités différentes selon les *Länder*. Les types de traitement sont réglementés par des considérations médicales. Des mesures spéciales seront prévues pour les délinquants «dangereux». Les traitements sont évalués avant la libération. Des recherches sont en cours. Les psychiatres n'hésitent pas à servir d'experts et la psychiatrie légale est enseignée dans plusieurs universités.

Grèce

La dangerosité ne fait pas l'objet d'une évaluation distincte et des périodes indéterminées dans des établissements psychiatriques ne peuvent être imposées. Le sujet ne peut refuser d'être examiné mais il peut refuser un expert précis. Les conclusions de l'expert sont très souvent acceptées. Le sujet est libéré à la suite d'une décision du tribunal et il y a une révision tous les trois ans. Les institutions de traitement relèvent du ministère de la Justice. Les traitements ne sont pas définis. Il n'y a pas de structures permettant de suivre les sujets et des propositions de réforme sont actuellement examinées. Les psychiatres hésitent à faire office d'experts à moins qu'ils ne figurent sur une liste d'experts. Aucun centre de formation spéciale n'existe.

Une harmonisation centralisée des résultats est assurée par le ministère de la Santé. Divers traitements sont disponibles, une aide après traitement est fournie et l'on procède à l'évaluation des résultats du traitement (dans le cas des délinquants aliénés). La loi est en voie de réforme. Les psychiatres collaborent mais il n'y a pas de centre de formation spécialisée.

Islande

La dangerosité est rare (un à deux homicides par an). La dangerosité peut être évoquée par le psychiatre dans son rapport. Les conclusions des experts sont acceptées. Normalement les accusés acceptent de se soumettre à une expertise. La libération est décidée par les autorités judiciaires sur avis médical. L'internement de sûreté est très rare (uniquement trois cas à l'heure actuelle) et les sujets sont maintenus dans une annexe de la prison sous la surveillance du ministère de la Justice. La surveillance est assurée par des médecins. Les psychiatres font volontiers office d'experts. Il n'existe pas de centres de formation.

Italie

La dangerosité est évaluée séparément par l'expert lorsque le sujet est jugé totalement ou partiellement aliéné. Elle est évaluée par le tribunal lorsque le sujet est sain d'esprit. Dans la plupart des cas, les conclusions de l'expert sont acceptées par les tribunaux. Le sujet ne peut refuser d'être examiné. Les institutions psychiatriques pénales relèvent du ministère de la Justice. La libération est décidée par le juge après vérification (médicale) que le sujet n'est plus «socialement dangereux». Le traitement est essentiellement d'ordre pharmacologique et socio-thérapeutique. Des régimes de semi-liberté sont envisagés. Aucune procédure permet-

tant de suivre les sujets libérés n'est prévue. Des enquêtes sont en cours et certaines commissions de réforme élaborent des recommandations. Des experts collaborent normalement (toutefois, parmi les sommités psychiatriques du pays auxquelles les questionnaires ont été distribués, nombreuses sont celles qui ont déclaré ne pas être favorables à ce type d'activité). Des écoles de formation du troisième cycle d'une durée de deux ans existent dans les écoles de médecine des Universités de Milan, Gênes, Modène, Rome, Chieti et Bari. Leur avenir est incertain étant donné que toutes les spécialités médicales du troisième cycle font l'objet d'une révision de la part du ministère de l'Éducation en vue d'une harmonisation avec la Communauté européenne.

Norvège

La dangerosité n'est pas évaluée séparément et il n'est pas non plus demandé d'indications pour le traitement. La défense ne peut pas présenter d'experts mais le sujet est consulté lors du choix de l'expert. Lorsqu'il y a placement, celui-ci se fait dans un hôpital psychiatrique sur décision du ministère de la Justice, normalement pour cinq ans avec possibilité de prolongation. Les institutions relèvent du ministère de la Santé. Une variété de traitements sont appliqués avec prédominance du principe de la «communauté thérapeutique». Il existe des dispositions permettant de suivre les sujets après leur libération. Il n'est pas procédé à des évaluations. Des réformes ont été proposées et sont en cours d'examen. Des recherches sont en cours. Les psychiatres hésitent à s'engager dans la psychiatrie légale parce qu'ils sont trop peu nombreux. Il n'existe pas de centre de formation.

Portugal

Le tribunal évalue la dangerosité séparément mais peut consulter l'expert. En cas de procès par un jury, les conclusions de l'expert doivent être acceptées. En cas de procès par un juge, ce dernier n'est pas tenu par les conclusions de l'expert bien qu'il les accepte normalement (80% des cas). L'examen ne peut être refusé. Les libérations sont décidées par des tribunaux spéciaux, après un internement minimal obligatoire. Il doit y avoir un pronostic favorable de non-dangerosité. Les institutions relèvent normalement du ministère de la Justice. Les traitements les plus souvent appliqués sont la psychothérapie et la pharmacothérapie. Le traitement n'est pas obligatoire. Les sujets sont suivis après leur libération. Une réforme du code de procédure pénale est en cours. Aucune recherche n'est effectuée. Les psychiatres hésitent à faire office d'experts et

demandent une réforme (établissement d'une liste officielle d'experts près des tribunaux). Des cours de troisième cycle ont été dispensés de façon irrégulière par les conseils de médecine légale dans trois universités.

Espagne

La dangerosité est considérée comme importante notamment en liaison avec le traitement. Les conclusions de l'expert sont acceptées dans 85% des cas. L'expert individuel peut être refusé par le défendeur. La libération se fait par approbation judiciaire. Différents types d'institutions existent. Les traitements varient. Il existe une structure d'assistance après la libération mais pas de surveillance formelle. Il n'existe pas de programme d'évaluation rationnelle mais plusieurs études sont en cours. Certains psychiatres sont réticents. Aucun centre de formation n'est mentionné.

Suède

La dangerosité peut être évaluée par le psychiatre mais dans le cadre d'une évaluation générale. Il peut y avoir une réévaluation par une commission médico-légale. Aucune conclusion quant à la responsabilité n'est présentée par l'expert. Les conclusions concernant la dangerosité sont normalement acceptées par les tribunaux. Les psychiatres peuvent être refusés. Différents types de traitement sont assurés. La libération est précédée par une libération provisoire avec mesures d'aide sociale. Des réformes sont en cours d'examen. Les institutions relèvent de l'Office de la santé et de la protection sociale. Le recrutement de psychiatres pose un problème. Trois cours par an sont organisés dans les cliniques psychiatriques régionales.

Suisse

La dangerosité n'est pas évaluée séparément. Les conclusions de l'expert ne sont pas contraignantes mais le juge doit motiver son désaccord. Le délinquant ne peut refuser d'être examiné mais un expert individuel peut être récusé. La libération se fait sur ordonnance judiciaire après révisions périodiques. Les institutions relèvent soit du département de la Justice soit du département de la Santé selon les cantons. Divers traitements sont appliqués. Le patronage est assuré aux sujets libérés avec des interventions médicales. Une réforme est préconisée. Quelques études ont été effectuées. Les psychiatres, notamment universitaires, acceptent facilement de faire office d'experts. Aucune formation formelle n'est évoquée.

Pays-Bas

La dangerosité prend en considération à la fois les infractions et la «nature» du délinquant. Les psychiatres participent à la décision. Selon une étude de 1984, les conclusions de l'expert sur la responsabilité et le traitement ont été acceptées dans 83% des cas. Le sujet n'a aucun droit de refuser l'examen mais il peut s'opposer à la communication de ses antécédents psychiatriques. La libération est décidée par les autorités médicales ou le tribunal selon le type d'institution. La psychothérapie et la pharmacothérapie sont appliquées. Une évaluation a récemment été effectuée. Un projet de réforme est actuellement débattu. Les psychiatres sont réticents à faire office d'experts et il est projeté de dispenser une formation spécialisée.

Royaume-Uni

La dangerosité n'est pas évaluée séparément. Différentes dispositions existent. Le tribunal accepte normalement les conclusions médicales. Des experts sont désignés par la défense. Les institutions de traitement relèvent du ministère de la Santé et de la Sécurité. Divers traitements sont appliqués avec les garanties appropriées. La libération se fait avec consentement du secrétaire de l'établissement ou d'un tribunal spécial d'examen de la santé mentale. Aucune réforme n'est envisagée. Des projets de recherche sont en cours. Les psychiatres légaux sont peu nombreux. Aucune formation spéciale n'est mentionnée.

Ainsi qu'il ressort du résumé des déclarations nationales ci-dessus, l'influence des conclusions de l'expert sur le traitement varie d'un pays à l'autre. Elle est maximale dans les pays où les institutions spécialisées relèvent du ministère de la Santé et minimale lorsqu'elles relèvent du ministère de la Justice. A quelques exceptions près, il n'est pas posé de questions sur le traitement, bien que l'évaluation de la dangerosité soit normalement sollicitée des experts. Les conclusions des experts sont acceptées dans une grande majorité des pays et des cas. Les psychiatres hésitent le plus souvent à faire office d'experts. L'harmonisation des décisions et des pratiques de psychiatrie légale n'est assurée que dans quelques pays (Chypre, un Land allemand, le Danemark, l'Islande, la Norvège, le Portugal, la Suède). Une structure intégrée santé mentale-justice pénale comportant un continuum diagnostique (conclusions de l'expert)-traitement (établissement correctif ou structure de santé mentale) et des contrôles croisés semble faire défaut dans la majorité des pays européens. Il n'existe pas de formation spécialisée sauf en Italie où son avenir est incertain. Des cours sont offerts en Allemagne et en Suède

et sont prévus aux Pays-Bas. Pour les pays non membres, on dispose d'informations en ce qui concerne le Canada et les Etats-Unis.

Pour le *Canada* (Turner, 1984) il n'existe pas de processus d'harmonisation nationale. Les institutions relèvent du ministère de la Santé à l'exception de METFORS qui relève du ministère de la Justice; des structures de suivi existent, la dangerosité n'est pas évaluée séparément et des réformes sont envisagées. Les psychiatres sont très demandés et des facilités de formation existent à l'Université de Toronto.

Pour les *Etats-Unis*, le tableau est complexe et justifierait une étude séparée. Il convient de se rappeler que chaque Etat a un système de justice pénale distinct sur lequel se superpose le système fédéral dans le cas de crimes fédéraux. Le tableau est en cours de révision et de changement rapide et fait actuellement l'objet d'un grand nombre d'efforts de recherches et de discussions théoriques. L'abondante littérature existante sera énumérée séparément. Les *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences* (Annales de l'Académie américaine des sciences politiques et sociales) ont récemment consacré une monographie à la question (Moran, R., 1985). Il sera souvent fait référence à des sources américaines dans les pages ci-après.

L'*American Bar Association (Standing Committee on Association Standards for Criminal Justice* — Commission permanente des normes de l'Association pour la justice pénale) a publié en 1983 un *Premier avant-projet de normes de santé mentale en matière de justice pénale* (révisé en 1984). Le chapitre 7 (normes de santé mentale en matière de justice pénale, parties I à X) constitue une esquisse utile des questions de politique et d'administration qui doivent être étudiées et résolues. Il contient les différents aspects du problème et représente un effort unique vers une rationalisation et une harmonisation. Divers programmes de formation existent (par exemple Smith, J.S., 1983) et des réformes sont actuellement examinées (Shah, 1984).

Quelques considérations sont nécessaires pour exposer la situation en vue d'une étude significative de l'important sujet dont nous sommes saisis. Celles-ci seront brièvement indiquées ci-dessous.

1. La littérature spécialisée disponible est essentiellement anglo-saxonne. Très rares sont les études comparatives qui embrassent les législations et les systèmes de justice pénale de différents pays. Les différences entre les constructions juridiques (par exemple «dol» contre «intention délictueuse») ou entre les pratiques (par exemple le recours au compromis quant au chef d'accusation (*plea bargaining*), dans le système de justice pénale américain) réduisent la comparabilité. Pourtant les

questions générales de responsabilité pénale et les modalités selon lesquelles — à titre de philosophie morale, de politique publique et de politique et procédures juridiques ainsi que de participation et de pressions de l'opinion publique — les personnes non soumises à des sanctions pénales en raison d'un désordre mental identifiable doivent être traduites devant un tribunal, traitées ou prises en charge dans le système correctif et/ou de santé mentale, sont libérées, avec ou sans surveillance après la libération, sont identiques dans tous les pays et dans tous les systèmes de justice pénale. On accomplirait de grands progrès en améliorant et intensifiant les échanges positifs d'idées, de conclusions de recherche et de choix de politiques. Occasionnellement, les décisions de politique prises par un pays (par exemple la célèbre décision Baxtrom ou l'emploi de l'acétate de cyproterone pour les auteurs d'infractions sexuelles dans certains pays nordiques) constituent une «expérience naturelle» dans un domaine où l'expérimentation est exclue par des considérations de droits de l'homme et humanitaires et où les résultats peuvent aider d'autres pays à accélérer les décisions et à éviter des erreurs onéreuses.

2. Les études de suivi à long terme sont onéreuses et délicates surtout en raison du caractère confidentiel et de la mobilité des sujets d'un pays à l'autre et dans un même pays. Pourtant elles sont nécessaires et devraient jouir d'une priorité élevée dans la liste des recherches qui s'imposent. Elles sont une condition *sine qua non* dans les domaines délicats de la prévision de la dangerosité et de la sélection des modalités de traitement.

3. Dans de nombreux pays, tout le système de santé mentale est en cours de révision. Cette dernière prend le plus fréquemment la forme d'une libéralisation et désinstitutionnalisation des établissements psychiatriques fermés en faveur de «droits civils» accrus pour les sujets malades mentaux et une préférence pour un traitement non institutionnel des malades mentaux. Dans certains pays on a présenté des projets de législation (Manacorda, 1982; Pazzagli, A., Ballerini, A., 1984; Petrella, F., 1984; Luzzago, A., Beduschi, G., 1984) en vue de supprimer l'institution psychiatrique pénale et/ou d'exclure la démente en tant que moyen de défense (Shah, 1985). Le débat qui a suivi est loin d'être achevé et il n'est pas possible de prévoir son issue. Une considération fondamentale est légitime et doit être énoncée succinctement et apodictiquement à ce stade mais nous y reviendrons par la suite, à savoir que le système de santé mentale et le système de justice pénale de tout pays sont des *parties complémentaires et entremêlées du même appareil de lutte contre la déviance* au sein d'une société s'efforçant de faire face (et si possible soigner) à un groupe variable, mal défini et changeant d'ina-

daptés qui, de par leur comportement intentionnel ou incontrôlé offensent et menacent les valeurs établies. Les deux systèmes sont plus ou moins interchangeables et imbriqués. La question de savoir lequel des deux systèmes entrera en action ou se révélera capable et efficace dans le traitement du sujet «offensant» est fonction souvent des mœurs locales, du développement intrinsèque des deux systèmes ou même d'accidents historiques. Les choix de politique ont tendance à être cachés par des réalités pratiques ou par des bureaucraties de santé mentale ou judiciaires bien retranchées et les contraintes budgétaires, du fait des inévitables choix de priorités faits par les décideurs, limitent fortement le choix des options disponibles. Si un système échoue ou se laisse distancer, l'autre devra compenser (Adler, 1981; Adler, 1985).

4. Les racines philosophiques et les objectifs du système de justice pénale font actuellement l'objet de révisions (Moore, M.S., 1984). Les aspirations libertaires à un objectif général axé sur un traitement humanitaire du système correctif ont été frustrées par un taux de criminalité grandissant, un surpeuplement massif des prisons (tout au moins aux Etats-Unis), l'échec démontré, tout au moins dans les calculs de la récidive, du «traitement correctif». La prévention (primaire ou secondaire) n'a pas donné de meilleurs résultats. Le modèle médical du traitement correctif a été largement discrédité et des modèles de «contrôle» plus conservateurs et moins ambitieux gagnent du terrain qui préconisent une détermination fixe des sanctions et une «privation de capacité juridique sélective» (Cohen, J., 1983; Greenwest, P.W. et Abraham, A., 1982). Aussi controversable et même rebutant que le concept puisse paraître aux professionnels de la santé mentale, sa valeur pragmatique et même son inévitabilité face à l'échec démontré des solutions de rechange existantes sont évidentes. Cette approche favorisera presque sans exception une évaluation actuarielle de la «dangerosité» et réduira en conséquence le rôle des cliniciens. Cela peut être prématuré et indésirable mais nécessaire à moins que les cliniciens du système prennent conscience de ce que Mulvey et Lidz (1985) ont appelé la position «amélioratrice», diminuent l'étendue de leurs revendications (et, en conséquence, de leur autorité) et s'efforcent d'améliorer leur «score moyen», l'idéal étant d'incorporer des variables actuarielles et rigoureuses dans leurs modèles de prévision et d'essayer simultanément d'analyser objectivement le processus impalpable appelé «intuition clinique».

5. La démente en tant que moyen de défense sera probablement maintenue malgré le tollé actuel (par exemple Bayer, 1983). Bien que plusieurs systèmes l'aient abolie, tout au moins en théorie, des deux côtés de l'Atlantique (Shah, 1985), elle tend à être remplacée par le

recours accru à la notion de «capacité de comparaître devant un tribunal» ou par des contestations de l'élément «intention délictueuse» du délit (ce que l'on appelle la limitation *mens rea*). Il s'agit (Morse, 1984), dans la pratique, d'un équivalent de la notion de «responsabilité réduite» qui existe déjà dans certains systèmes continentaux (par exemple l'Italie, la Grande-Bretagne). Cette tendance est une source de confusion parce qu'elle introduit des problèmes sémantiques dans un domaine où les définitions sont déjà délicates et opposées. Une difficulté manifeste est inhérente aux problèmes posés par la séparation de l'«intention délictueuse générale» de l'«intention délictueuse spéciale» et à la confusion entourant l'expression «intention criminelle». L'élément volitionnel du critère récusé de la démence en faveur de l'élément cognitif plus valable et moins controversable intervient à nouveau avec la difficulté supplémentaire de le rattacher à l'infraction précise ou même au *modus operandi* de l'accusé. Les souvenirs inexacts, la simulation consciente ou inconsciente, les propos controversés, les éléments culturels compliqueront la question au-delà de toute possibilité d'impartialité et d'égalité. On ne gagnera pas grand-chose et, par exemple, l'extension de l'abus des drogues et des infractions liées à la drogue avec un degré variable de rapports causals et une plus ou moins grande liberté de l'auteur, en cas de désordre mental coexistant, posera aux tribunaux des problèmes insolubles qui devront invariablement être résolus par une approche *in dubio pro reo*. Les approches alternatives (Shah, 1984) utilisées dans au moins un pays européen empêchent l'expert d'exprimer un avis sur la question juridique finale de la démence.

6. La notion de «culpabilité mais aliénation mentale» et le principe du «juste mérite» sont en voie d'introduction ou sont proposés dans plusieurs systèmes de justice pénale (Shah, S., 1985; Morris, N., 1982; Potas, I., 1982) comme raison d'être des bases pour déterminer et limiter ou augmenter la sévérité des sanctions pénales à imposer. Leurs objectifs implicites sont d'accroître la souplesse du système vis-à-vis des cas où la décision est difficile. Le pouvoir d'appréciation qui en résulte est fâcheux pour l'esprit juridique qui lutte pour l'égalité mais est le bienvenu au moins pour certains spécialistes de la santé mentale. L'approche judiciaire doit présupposer un monde binaire (coupable-non coupable) plutôt irréal en noir et blanc, tandis que les spécialistes du comportement (et les responsables de politique!) sont confrontés à un monde gris où anomalies, intentions criminelles, déviations sont organisées en continuums gaussiens où l'on trouve d'innombrables nuances continues de culpabilité et de responsabilité morale. La non-responsabilité totale ou la liberté totale de choisir et de déterminer une ligne (criminelle) de conduite sont des abstractions que l'on rencontre rarement dans la réalité bien que

l'on reconnaisse qu'elles soient essentielles au fondement moral d'un système de justice pénal.

L'expérimentation de nouveaux concepts et de nouvelles notions continuera probablement. Elle devra être suivie de près et contrôlée sur une base internationale afin d'assurer une bonne information croisée et une évaluation des résultats.

7. L'idéal serait que l'influence de l'évaluation de la responsabilité pénale se traduise en une prescription de traitement médical, correctif ou les deux. Toutefois, le traitement correctif (avec son large éventail d'approches allant de la rééducation à la privation sélective de capacité juridique) et le traitement médical (avec sa sélection toujours grandissante de techniques allant de la psychothérapie à la neuropsychopharmacologie) n'ont, à quelques exceptions près, nulle part été intégrés avec succès. Le modèle médical est encore considéré comme une tentative libertaire et progressive de nier la culpabilité, à laquelle s'oppose une approche de contrôle rigoureux. Les changements dans la phénoménologie du crime et de nouvelles phénoménologies criminelles alarmantes ont entraîné les responsables de la politique à supprimer ou suspendre les efforts de réadaptation. Des questions politiques sont intervenues et dans une certaine mesure, tout au moins dans certains pays, les problèmes de droits civils ne sont guère pris en considération dans le traitement. Fein (1984) a réussi à faire valoir qu'en invoquant avec succès la démence, qu'en étant acquitté pour cause de démence, on peut retarder le traitement. En dépit de la validité «construite» de la notion de démence juridique (Rogers, R., Wasyliew, O.E. et Cavanaugh Jr., J.L., 1984), cette dernière peut diminuer la culpabilité et la conscience de la faute de l'accusé, conditions préalables évidentes d'un «traitement» couronné de succès.

Cela nécessiterait une communication bien meilleure que celle qui existe actuellement et impliquerait un ensemble d'approches procédurales entièrement nouveau pour la plupart des pays. Cela impliquerait également une «image publique» différente de la psychiatrie légale en tant que discipline scientifique et qu'activité curative pratique. Ces questions méritent une discussion séparée.

Dans certains pays, on préconise ou propose une expertise «criminologique» en tant qu'aide à la planification du traitement (Canepa, G., 1981; Canepa, G., Kerner, H.J., 1981). Il s'agit là bien entendu d'une solution idéale notamment si elle peut être intégrée avec l'expertise au moment du procès quant à la capacité de comparaître devant un tribunal, à la responsabilité, à la dangerosité. Il est manifestement nécessaire de

reconnaître le fait fondamental que le système de justice pénale doit être considéré comme un continuum allant de l'intervention de la police au suivi après la libération. Actuellement, les techniciens de la santé mentale interviennent à différents points du système en tant que « gardiens de la clé de la porte », évaluant la démence (ou la « normalité »), la capacité de comparaître devant un tribunal, la dangerosité ou conseillant le traitement correctif et le suivi après la libération ou encore en exécutant au moins une partie.

8. Traditionnellement, le domaine de la santé mentale et le domaine judiciaire se sont mutuellement perçus comme opposés et engagés dans une concurrence sur la question de savoir qui fait quoi à qui. Actuellement la reconnaissance de l'échec de nos approches traditionnelles et de la nécessité d'un changement ainsi que l'apparition de nouvelles notions juridiques, de nouvelles thérapies, de nouvelles conceptualisations de la maladie mentale, de nouvelles phénoménologies criminelles, plus l'évolution de la notion de déviance nous obligent à des réformes fondamentales. Celles-ci devraient consister non pas à nous conduire à des choix difficiles (et insuffisamment étayés par des recherches valables) entre le « modèle médical » dénigré et les approches néo-classiques inévaluées de la privation sélective de capacité juridique. Le « droit au traitement » en tant que justification de la privation de liberté chez les malades mentaux non criminels (Slovenko, 1981) doit être compensé par un « droit au traitement » égal pour les délinquants dont la capacité cognitive ou volitionnelle est au moins partiellement altérée. Après tout, les psychotiques ne sont pas les seuls patients à réclamer l'attention des services de santé mentale et la psychiatrie élargit son champ d'application à de nombreux domaines du comportement, allant de la politique à la gestion, en dehors des limites de la maladie mentale strictement définie. Un nouveau type de professionnel peut apparaître : un psychiatre (ou, plus généralement, un spécialiste de la science du comportement) connaissant les principes et la terminologie judiciaires et un magistrat prêt à apprécier les évaluations et les décisions en matière de science du comportement et même à y contribuer. Il en est déjà ainsi dans les systèmes juvéniles de la plupart des pays et il n'y a aucune raison contraignante de ne pas l'étendre au domaine adulte.

9. De quelque façon que l'on envisage les choses, il faut se rappeler que le moment judiciaire, le procès, est seulement un point dans un système que le public et le sujet perçoivent tous deux comme un continuum. Les décisions en matière de santé mentale interviennent à de nombreux points dans le système. Les études récentes étayaient la notion selon laquelle les malades mentaux libérés des institutions psychiatriques sont poursuivis par le système de justice pénale (voir Adler, 1981; Adler,

1985; Teplin, 1984). Pour montrer l'ampleur du problème, nous citerons l'étude de Teplin. Sur 1 400 confrontations de la police dans une grande ville d'Amérique du Nord avec 2 555 personnes, les malades mentaux risquaient le plus d'être arrêtés. A l'exclusion des infractions routières et des cas où la police dispensait une sorte d'assistance, sur les 1 798 personnes restantes ayant maille à partir avec la police, 506 ont été considérées comme des « suspects » criminels. 30 de ces derniers ont été considérés comme des malades mentaux par les chercheurs et 14 (soit 47%) ont été arrêtés. Seulement 28% des suspects non malades mentaux ont été incarcérés. Le problème semble tenir en partie à la coexistence d'une forte dépendance quelconque et d'un comportement délictueux. Si nous opposons ces chiffres à la notion actuelle (et insuffisamment éprouvée) selon laquelle moins de 1% des accusés dans les affaires criminelles (Stengel, 1984) plaident la démence, il convient de reconnaître comme on l'a indiqué plus haut (voir le point 3) que, puisque les deux systèmes (santé mentale et justice pénale) sont imbriqués et complémentaires, il faut trouver un terrain commun et une politique commune. Après tout, la question semble être non pas principalement la « culpabilité » mais la dangerosité, concept qui a fortement besoin d'une redéfinition et d'une étude plus approfondie (Shah, 1978; Shah, 1981).

10. Les dispositions prises à l'égard d'une personne acquittée pour cause de démence constituent inévitablement un grave point de conflit. En principe ces personnes devraient bénéficier des mêmes droits constitutionnels que les autres personnes internées pour maladie mentale (Singer, 1985; Conseil de l'Europe, 1983). Dans la pratique il y a souvent placement automatique, des libérations sont plus difficiles et inégales avec de vastes domaines discrétionnaires et la démence et la dangerosité sont présumées se poursuivre indéfiniment. Cela contraste fortement avec les progrès des soins de santé mentale qui limitent désormais l'hospitalisation à une petite fraction des malades mentaux. Bien entendu, le processus thérapeutique devrait impliquer une réévaluation fréquente et une structure non institutionnelle appropriée, surveillée par les éléments de santé mentale du système de justice pénale afin d'assurer une administration appropriée dans la communauté et une protection adéquate du public et du délinquant libéré. Bien qu'ils existent dans certains pays membres, ces efforts paraissent insuffisants et insuffisamment étudiés et éprouvés. Il s'agit d'un domaine où les recherches et les progrès s'imposent manifestement de toute urgence. Des efforts sont actuellement déployés (Steadman, 1985), les désaccords diagnostiques semblent être moins nombreux que prévu (Dietz, P.L., 1985).

11. Le professionnel de la santé mentale s'occupant de la démence et de la dangerosité a traditionnellement été un psychiatre diplômé. Cela

tient à des raisons historiques, la psychiatrie légale ayant vu le jour en tant que branche de la médecine légale dans la plupart des pays, bien que de nombreuses sommités psychiatriques cliniques aient contribué à son développement. Il faut reconnaître que de nos jours la santé mentale est un travail d'équipe associant psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc. Il n'y a aucune raison pour que ces professionnels relativement nouveaux mais désormais universellement acceptés qui sont déjà largement représentés dans le traitement et l'administration cliniques des cas légaux et non légaux, ne participent pas au processus de diagnostic et d'expertise. Historiquement, le témoignage de profanes était accepté dans les cas de démence (Wolker, N., 1985). La tendance est à leur admission, de préférence dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Un récent projet de loi (HJ Rés G 48. Public Law 98-473), mieux connu sous le titre de *Comprehensive Crime Control Act* de 1984 (loi sur la lutte contre la criminalité) (Bennet, B. *et al.*, 1985), déclare qu'«un examen psychiatrique ou psychologique» doit être effectué. Je suggérerais de l'amender en remplaçant «ou» par «et/ou» et en incluant d'autres professionnels à la compétence éprouvée.

12. Dans toutes les pages qui précèdent, le même thème fondamental revient. La psychiatrie légale doit améliorer sa réputation, son image de marque, sa compétence. Actuellement, les psychiatres ont tendance à éviter le travail légal. Une rémunération financière insuffisante ne semble pas en être la seule ni même la principale raison. Etant donné le statut de contrôle donné dans la société à l'administration de la justice, notamment la justice pénale, il est surprenant que les psychiatres paraissent hésiter à prendre part à une activité aussi fondamentale au fonctionnement d'une société civilisée. De l'aveu général, la formation semble être inexistante ou inappropriée, du moins dans certains Etats. Peut-être notre réunion devrait-elle s'attacher à plaider énergiquement en faveur d'un encouragement et d'un développement de centres de formation interdisciplinaire appropriée dans les pays membres avec une bonne communication entre pays et une participation appropriée des facultés de droit les plus importantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adler, F., 1985, *Jails as repository for former mental health patients*, mimeographed edition.
2. Adler, F., 1981, From hospitals to jail: new challenges to the law-enforcement process, *Criminal Law Bulletin*, vol. 17, No. 4, 319-333.
3. American Bar Association, 1983, *First tentative draft Criminal Justice Mental Health Standards*, Washington, DC.
4. Bayer, R., 1983, The insanity defense in retreat, *The Hastings Center Report*, vol. 13, December, 13-16.
5. Bennet, B. *et al.*, 1985, Circular to Association for the Advancement of Psychology.
6. Canepa, G., 1981, La perizia sulla personalita dell'imputato — Problemi criminologici et medico-legali, *Rassegna di Criminologia*, vol. XII, 1, 23-37.
7. Canepa, G. and Kerner, H.J. (eds.), 1981, L'expertise criminologique, *Annales internationales de criminologie*, vol. 19, 1-2, special issue.
8. Cohen, J., 1983, *Incapacitating Criminals: recent research findings*, N.I.J., US Department of Justice, Washington.
9. Council of Europe, 1983, *Legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients*, Strasbourg, Legal Affairs, Recommendation No. R (83) 2.
10. Fein, R.A., 1984, How the insanity acquittal retards treatment, *Law and Human Behaviour*, 8, 3-4, 283-292.
11. Greenwood, P.W. and Abrahamse, A., 1982, *Selective incapacitation*, report to the N.I.J. Santa Monica, RAND Corporation.
12. Dietz, P.L., 1985, Why the experts disagree: Variations in Psychiatric Evaluation of Criminal Insanity, *The Annals of the A.A.P.S.S.*, January, 84-85.
13. Luzzago, A., Beduschi, G., 1984, Del manicomio giudiziario all'ospedale psichiatrico giudiziario: un problema insoluto, *Rassegna di Criminologia*, vol. XV, 1, 141-155.
14. Manacorda, A., 1982, *Il manicomio giudiziario*, De Donato, Bari.
15. Moore, M.S., 1984, *Law and Psychiatry — Rethinking the relationship*, Cambridge University Press, Cambridge.
16. Moran, R. (ed.), 1985, The insanity defence, special issue, *The Annals of the A.A.P.S.S.*, January.
17. Morris, N., 1982, *Madness and the Criminal Law*, the University of Chicago Press, Chicago.
18. Morse, S.J., 1984, Undiminished confusion in diminished capacity, *The Journal of Criminal Law and Criminology*, vol. 25, 1, 1-55.
19. Mulvey, E.P., Lidz, C.W., 1985, A critical analysis of dangerousness research in a new legal environment, *Law and Human Behaviour*, vol. 9, 2, 209-219.

20. Potas, I., 1982, *Just Desert for the Mad*, Australian Institute of Criminology, Phillip, A.C.T., Australia.
21. Petrella, F., 1984, Pensieri sinistri ed inquietanti, *Matti da imprigionare*, supplement to No. 5 of *Difesa Penale*, May-August, 50-54.
22. Pazzagli, A., Ballerini, A., 1984, La botte piena e la moglie ubriaca, *Matti da imprigionare*, supplement No. 5 of *Difesa Penale*, May, 43-49.
23. Rogers, R., Wasyliew, O. E., Cavanaugh, J. L., 1984, Evaluating insanity, A study of construct validity, *Law and Human Behaviour*, vol. 8, 3-4, 293-303.
24. Shah, S. A., 1978, Dangerousness and Mental Illness: some conceptual, prediction and policy dilemmas, Chapter 11, C. J. Frederick (ed.): *Dangerous Behaviour: A Problem in Law and Mental Health*, D.H.E.W. Publication No. (A.D.M.) 78-563, Washington, DC, US, G.P.O.
25. Shah, S. A. 1981, Legal and Mental Health Systems Interactions, Major developments and research needs, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 4, 219-270.
26. Shah, S. A., 1985, Criminal responsibility, in press, Curran, W. J., McGarry, A. L., Shah, S. A. (eds.): *Contemporary Perspectives in Forensic Psychiatry and Psychology*, Philadelphia, F. A. Davis.
27. Smith, J. S., (no date), *Forensic Psychiatry*, Communication in Print, Potomac, Maryland.
28. Steadman, H. J., 1985, Empirical research on the insanity defence, *The Annals of the A.A.P.S.S.*, January, 58-71.
29. Stengel, R., 1984, More muscle for crime fighters, *Time*, October, 29, 44.
30. Singer, R., 1985, The aftermath of an insanity acquittal: the Supreme Court's recent decision in *Jones v. United States*, *The Annals of the A.A.P.S.S.*, January, 114-124.
31. Slovenko, R., 1981, The past and present of the right to treatment: a slogan gone astray, *The Journal of Psychiatry and Law*, vol. 9, 3, 263-282.
32. Teplin, L. A., 1984, Criminalising mental disorder, The comparative arrest rate of the mentally ill, *The American Psychologist*, July, vol. 39, No. 7, 794-803.
33. Wolker, N., 1985, The insanity defence before 1800, *The Annals of the A.A.P.S.S.*, January, 25-42.

RAPPORT GÉNÉRAL

par M. J. Barbouin,
 professeur, Institut universitaire de médecine légale,
 Centre médical universitaire, 1900 Ave. Suisse

RAPPORT GÉNÉRAL

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU COLLOQUE

Le concept de responsabilité pénale est l'un des piliers fondamentaux de la justice pénale. Il est au cœur de la relation entre la loi et le fait. Lors de l'examen d'un cas, le juge doit se demander si l'auteur des faits est responsable de ses actes. Cette question est complexe car elle implique de prendre en compte les désordres mentaux. Elle rapporte donc à la fois à la responsabilité pénale et à la responsabilité civile. Le colloque a permis de discuter de ces questions et de proposer des recommandations.

Dans un grand nombre de législations nationales, la responsabilité pénale est définie par le fait de commettre un acte répréhensible sans excuser et sans être en état de démence ou de trouble mental. Cette définition est trop restrictive car elle ne prend pas en compte les désordres mentaux qui peuvent affecter la capacité de vouloir, d'appréhender les actes ou de contrôler les impulsions.

En fonction de l'importance de ces questions, il est recommandé de réviser les législations nationales, l'exception de la loi suisse qui est la plus récente. Cette révision doit porter sur la définition de la responsabilité pénale et sur les modalités de la défense d'insanité. Il est également recommandé de renforcer la coopération internationale dans ce domaine et de promouvoir des recherches scientifiques et cliniques pour mieux comprendre les mécanismes de la responsabilité pénale.

Actuellement, plusieurs professeurs universitaires et praticiens de la médecine légale et du droit pénal sont impliqués dans ce projet de recherche et de réflexion. Il est souhaitable que ces efforts soient poursuivis et que les recommandations soient mises en œuvre.

RAPPORT GÉNÉRAL

par M. J. Bernheim,
professeur, Institut universitaire de médecine légale,
Centre médical universitaire, Genève, Suisse

I. La responsabilité pénale

1. Le concept de responsabilité prend place parmi les fondements éthiques de la justice pénale. Lors du procès, seuls les enfants et les personnes atteintes dans leur raison n'ont pas «la capacité d'être en faute». Lors de l'exécution des peines, les programmes éducatifs ou thérapeutiques visent d'une façon ou d'une autre à développer le sentiment de la responsabilité: lorsqu'ils font défaut, la contrainte sociale perd de sa justification éthique.

Dans un grand nombre de législations nationales, la justice pénale passe par le truchement du concept de responsabilité pour identifier et prendre en compte les désordres mentaux. Elle rapporte classiquement la responsabilité à deux composantes: d'une part, la capacité de comprendre, c'est-à-dire d'interpréter les actes dans la réalité; d'autre part, la capacité de vouloir, c'est-à-dire de se contrôler.

En fonction de l'expérience tirée de diverses procédures anglo-saxonnes, l'*exception de démence (defence of insanity)*, et la notion d'irresponsabilité qui s'y rattache ont fait l'objet de sérieuses critiques, qui s'adressent tant à la méthode qu'aux résultats. En effet, ces procédures font intervenir la notion intuitive de la libre volonté et, en même temps, font appel à des expertises psychiatriques qui appliquent des modèles scientifiques fondamentalement déterministes. Elles conduisent à des arguments de preuve peu clairs et discutables, par exemple à propos de «l'impulsion irrésistible». Elles entraînent à leur suite des mesures sans nuance, le plus souvent sous la forme d'un internement obligatoire.

Actuellement, plusieurs associations professionnelles américaines, médicales ou juridiques, recommandent d'abolir l'exception de démence et l'usage du concept de responsabilité. Il serait suffisant de montrer

qu'au moment d'agir, l'auteur était incapable de former une intention, d'avoir «l'esprit en faute» (*mens rea*), et qu'ainsi la condition subjective essentielle pour l'existence d'une infraction n'était pas réalisée. Au jury serait seulement posée la question de la culpabilité, et celle-ci pourrait faire l'objet de trois réponses: coupable, non coupable, non coupable pour raison de démence. En cas de démence, l'accusé serait acquitté et renvoyé à des services médico-sociaux soumis à la législation civile. Si cette mesure ne pouvait donner les garanties de sécurité nécessaires, le ministère public (*Attorney General*) aurait la charge d'assurer un placement approprié; la sortie dépendrait d'une décision judiciaire.

2. Dans de nombreux systèmes juridiques, existe la notion intermédiaire de la *responsabilité diminuée*. Cette disposition est basée entre autres sur l'idée que la responsabilité morale ne répond pas à la condition du tout ou rien: le degré de responsabilité varie d'une personne à une autre et, chez la même personne, d'un moment à un autre (B. Wooton).

L'introduction de degrés dans la responsabilité apporte une souplesse qui permet au juge de mieux adapter sa sentence à la situation personnelle de l'auteur. La question peut cependant être posée de savoir si la liberté dont le juge a besoin ne pourrait pas être obtenue plus simplement, sans faire intervenir une discussion juridique et psychiatrique sur la responsabilité, par exemple en développant un système plus large de circonstances atténuantes basées sur des données objectives.

Dans la loi anglaise, la responsabilité diminuée ne peut être invoquée que dans les cas d'homicide qui risquent d'entraîner la qualification d'assassinat: en cas de succès, le chef d'accusation est réduit à celui du meurtre. En effet, l'assassinat est obligatoirement puni par l'emprisonnement à vie tandis que, dans le cas du meurtre, le juge dispose d'une grande liberté dans la sentence.

Quels que soient les modèles retenus par les diverses législations nationales, il est important de conserver un souci de proportionnalité lorsque l'enjeu consiste dans le choix entre une sanction pénale et une mesure de placement en milieu psychiatrique. Dans la mesure du possible, l'accusé devrait pouvoir décider lui-même s'il entend utiliser une défense en relation avec son milieu de responsabilité, en particulier dans le cas de délits mineurs.

3. Certaines lois nationales prennent des distances par rapport aux concepts de responsabilité et de faute. Elles prennent directement pour objectif le traitement de la personne et la sécurité du public. L'exemple belge de la défense sociale est classique à cet égard.

L'abandon de la notion de responsabilité dans le procès pénal a récemment trouvé une illustration dans la loi suédoise. Celle-ci prévoit pour l'essentiel qu'un acte commis dans un état grave de désordre psychique ou d'anomalie mentale, ne sera pas qualifié de criminel et n'aura pour conséquence que des soins spéciaux. Il faut cependant relever que, dans la pratique judiciaire, l'établissement des preuves en matière de culpabilité (intention, dol, négligence), fait apparaître non rarement des discussions qui ressemblent à celles qui sont liées à l'usage du concept de responsabilité.

Il est également à remarquer que, si l'on appliquait cette option légale dans ses dernières conséquences, un accusé malade mental pourrait être soumis à des mesures de traitement et de sécurité sans avoir fait au préalable l'objet d'un jugement de condamnation ou d'acquiescement décidé par un jury. Une telle situation pourrait être considérée comme contraire à un droit fondamental de la personne.

4. Les programmes retenus à l'intention des délinquants malades mentaux, sont nécessairement le reflet d'orientations politiques et d'options quant aux *objectifs généraux du contrôle social*.

La distinction faite entre le méchant à punir et le malade à soigner, se comprend dans la logique d'un système normatif, mais ne correspond pas à la prise en charge appropriée des cas individuels, dans laquelle punition et traitement s'ouvrent à une variété de combinaisons et de gradations. De plus, la recherche d'une corrélation entre maladie et délinquance n'est pas forcément utile. Barbara Wooton faisait remarquer qu'il existe «des voleurs déprimés et des voleurs euphoriques: il faut punir les voleurs et soigner les déprimés sans s'occuper de savoir si le traitement de la dépression réduira la propension à voler».

On observe aujourd'hui un peu partout un recul du courant libéral qui favorise l'individualisation des peines et des mesures, et qui entretient la collaboration entre juges et instances médico-sociales. Au premier plan apparaît un courant néo-conservateur, qui souligne la vocation morale et protectrice du droit pénal, et qui préconise de condamner l'acte en infligeant des «peines méritées» (*just deserts*). Dès lors, l'intervention psychiatrique dans le procès pénal doit être réduite au minimum; c'est en exécutant sa peine que le condamné recevra, si nécessaire, un traitement. Selon la conception de Thomas Szasz, le fonctionnement de la justice et l'exercice de la psychiatrie doivent, pour être efficaces, demeurer séparés.

Ces réflexions d'inspiration assez largement américaine concernant «l'incapacitation» du délinquant, ont un impact sur l'exception de

démence. Les partisans les plus extrêmes de sanctions rigoureuses, adaptées au crime plutôt qu'à la personne, pensent qu'elle devrait être abandonnée; les autres retiendront qu'elle peut constituer un préalable utile dans le procès, pour éviter des excès. Les partisans d'une individualisation des peines et des mesures sont en principe opposés à l'exception de démence, du fait de la rigidité de l'internement qu'elle entraîne. Ainsi apparaissent des sortes d'alliances paradoxales dans les discussions en cours.

5. Quelles que soient les réserves à formuler, le concept de responsabilité pénale reste fréquemment l'instrument approprié pour s'adresser à la fois au sentiment d'équité de la population et à son besoin d'égalité devant la loi. Pratiquement, il introduit des nuances qui permettent l'individualisation et la proportionnalité des sanctions.

Ainsi, les législations européennes ont conservé pour la plupart, selon des modalités diverses, une perspective mixte, dans laquelle s'expriment à la fois *le droit pénal de la responsabilité et le droit pénal de la dangerosité*.

Punition, sécurité et traitement se superposent dans les objectifs poursuivis au cours du procès. Dans les équipements institutionnels et dans la préparation du personnel, s'exprime la recherche plutôt pragmatique d'une prévention plus ou moins élaborée. A cet égard, des comparaisons pourraient également être faites entre le système pénal applicable aux malades mentaux et celui qui se rapporte aux enfants et aux adolescents.

La tendance actuelle, qui déplace l'accent de la responsabilité vers la dangerosité a été soulignée par Michel Foucault. On peut en effet montrer l'analogie qui existe entre cette évolution et un certain mouvement du droit civil vers la responsabilité objective, tel qu'on l'observe dans le domaine de la circulation routière ou dans le champ de l'activité professionnelle des médecins. Loi et jurisprudence s'écartent de la responsabilité fautive et, en cas de dommage causé par un conducteur ou par un médecin, tendent à placer au premier plan la réparation du dommage et la prévention dans le cadre d'un système d'assurance.

II. L'expertise psychiatrique

1. Le système normatif du droit pénal et les modèles conceptuels médicaux n'appartiennent pas au même ordre symbolique. La communication est d'autant plus complexe qu'au sein même de la psychiatrie existent des orientations scientifiques et des cadres de références distincts. Plusieurs langages existent pour décrire les personnes, les actes,

les situations, pour apprécier la santé ou la maladie, la norme ou la déviance, pour établir des corrélations ou des relations de causalité et pour proposer des programmes thérapeutiques. Le juge comme le journaliste et le public le savent bien.

Quelle que soit la position faite aux experts dans la procédure, leur contribution est plus utile s'ils peuvent s'entendre sur un minimum de critères communs pour présenter leurs observations et leurs opinions. Il faut rappeler à cet égard l'important travail de classification accompli et poursuivi par l'OMS (*ICD 9*) et par l'Association américaine de psychiatrie (*DSM III*). Par leur souci de référence à l'observation courante et contrôlable, ces travaux sont manifestement de nature à favoriser *la communication médico-légale entre les psychiatres et les autorités judiciaires*. Certes, comme tout effort vers un langage unifié, ils comportent un risque de simplification et de réduction; en particulier ils ne peuvent rendre compte de certains aspects subjectifs importants de la relation médecin-malade.

2. L'essentiel du travail de l'expert ne porte pas sur les questions juridiques elles-mêmes, mais sur les données psychiatriques qui conduiront le juge à ses décisions.

L'expérience montre qu'en principe, une entente se réalise dans de bonnes conditions lorsque le désordre mental appartient au *domaine des psychoses*, c'est-à-dire impliquant à un moment ou à un autre une altération grave du contact avec la réalité. Dans de tels cas, l'acte délictueux ne peut plus s'interpréter comme le produit de forces rationnelles ou pulsionnelles multiples dont la résultante est désignée comme la libre volonté ou l'intention de l'individu. Quel que soit le système légal en vigueur, le délinquant relève pour l'essentiel d'une prise en charge médicale.

Le psychiatre a alors le sentiment de mettre utilement ses connaissances professionnelles au service du juge et son message peut être immédiatement convaincant. On peut relever par exemple que, en République Fédérale d'Allemagne, le nombre annuel des personnes désignées comme irresponsables du fait d'une psychose est remarquablement stable.

Cependant, il ne faut pas sous-estimer les difficultés qui entourent un certain nombre de cas, alors même que les indices en faveur d'une psychose grave sont importants, en particulier lorsqu'ils soulèvent des passions dans le public. Ainsi, dans le cas Hinckley aux Etats-Unis, des psychiatres formés à des écoles différentes ont apporté des éclairages différents et des opinions contradictoires; l'exception de démence a

cependant été admise parce que la preuve de la santé mentale était à la charge de l'accusation. En Angleterre, dans le cas Sutcliffe, les psychiatres étaient unanimes quant à la présence d'une psychose, mais le jury n'a pas admis l'exception de démence et l'accusé a été condamné à vie.

Lorsque par contre il s'agit d'*affections mentales relativement peu graves* ou dans le cas d'états réactionnels plus ou moins étranges et de brève durée, le diagnostic médical et l'interprétation juridique ne peuvent pas échapper à une marge d'incertitude. L'expertise psychiatrique présente souvent une élaboration plus ou moins pragmatique, et le juge est conduit à des combinaisons diverses et peu prévisibles de punition, de mesures de sûreté et de traitement.

Enfin, les expertises concernent parfois des personnes qui ne sont pas réellement malades, mais qui présentent des troubles graves du caractère, avec des formes d'inadaptation et de déséquilibre qualifiées parfois de «psychopathiques». Il s'agit d'une sorte de déficience ou d'infirmité qui ne porte pas sur les facultés intellectuelles, mais plutôt sur le contrôle des désirs et des émotions et sur la manière de voir sa propre identité. Le *DSM III* présente ces «personnalités pathologiques» sous la dénomination de *troubles de la personnalité* et décrit entre autres une personnalité dite «antisociale», définie sur la base de critères objectifs en relation avec l'histoire de la vie du patient.

Lorsque les anomalies qui caractérisent ces personnalités atteignent une intensité spectaculaire, il n'est pas exceptionnel que les juges ou les administrations pénitentiaires acquièrent la conviction que les institutions ordinaires du système pénal n'offrent pas de solution appropriée pour leur prise en charge. Les psychiatres, de leur côté, relèvent qu'il ne s'agit pas de malades mentaux; souvent, ils n'ont pas leur place dans les programmes ordinaires des hôpitaux ou des consultations ambulatoires.

L'expertise des personnes atteintes de troubles graves de la personnalité conduit ainsi fréquemment à des conclusions peu satisfaisantes, et à une situation que l'on pourrait comparer à un «conflit négatif de compétence»: ni le système pénal, ni les instances médico-sociales, ni le patient lui-même ne sont prêts à un essai d'entreprise utile.

3. L'évaluation de la *dangerosité* est une opération banale en matière pénale, comme en psychiatrie et en médecine générale. Nombre de travaux en ont relevé les aléas et les limites, en particulier le double risque de maintenir sous contrôle social des «faux positifs» et de laisser sans contrôle des «faux négatifs».

Ce problème difficile constitue un terrain commun aux instances pénales et médico-sociales. Il ne peut être abordé de façon constructive

que par une collaboration soigneusement élaborée, multidisciplinaire, répétant le plus souvent les observations à plusieurs reprises, à des intervalles plus ou moins longs, dans une *perspective continue*.

L'autorité de police ou l'autorité judiciaire peuvent avoir besoin d'un avis psychiatrique d'urgence, dans les premiers stades de la poursuite, d'une sorte de filtre avant l'ouverture formelle de l'instruction. Par exemple, il s'agit de prendre, dans certains cas mineurs, une décision de non-lieu, ou de décider si le prévenu doit être détenu en prison ou dans un hôpital psychiatrique. Ensuite, l'autorité judiciaire peut avoir besoin d'une expertise formelle avec un avis sur la responsabilité, sur la dangerosité, et parfois sur l'opportunité de mesures spéciales. Enfin, pendant l'exécution de la peine ou de la mesure, et lorsque la libération est possible, l'autorité ou la commission compétentes peuvent également avoir besoin d'un bilan psychiatrique.

4. Quels que soient les objectifs et les circonstances, la rencontre d'un médecin et d'un patient demande la référence à quelques règles classiques d'éthique professionnelle, à propos desquelles *la référence aux droits de l'homme* est essentielle.

Par exemple, le consentement du patient devrait si possible être requis avant toute expertise judiciaire portant sur la responsabilité: il peut être justifié de renoncer à l'expertise si l'accusé soutient, avec des éléments de raison, qu'il ne veut pas être considéré comme un malade mental. Il se peut qu'à la suite d'une expertise, une obligation de traitement soit mise par jugement à la charge du condamné; mais le plus souvent, cette obligation n'est efficace que si elle se transforme ensuite en traitement volontaire, dans le cours d'une relation thérapeutique raisonnablement conduite.

De façon générale, on peut relever la difficulté de concilier la contribution de l'expert au bon exercice de la justice et la vocation thérapeutique du médecin. De telles situations mixtes n'existent pas seulement au moment du procès, mais aussi lorsque le psychiatre intervient dans des instances de libération conditionnelle ou dans des commissions chargées de revoir les internements de type pénal.

Un exemple classique de collaboration est apporté par le fonctionnement des juridictions pénales classiques aux enfants et aux adolescents. D'une part, le thérapeute ne devrait pas intervenir formellement dans les décisions de justice, sous peine d'altérer la relation qu'il a établie avec le jeune patient; en même temps, il lui appartient de préparer les options éducatives, médicales ou pénales.

5. *Les conditions dans lesquelles une expertise est demandée* sont mal connues. Le désordre mental, la gravité du crime, la bizarrerie de la situation, la récidive répétée et inattendue, le désir d'une aide médicale, sont des éléments qui jouent un rôle, tant du côté de la défense ou de l'accusation que du côté du juge.

En fait, nombre de malades ne font pas l'objet d'expertise et, inversement, nombre d'expertises sont demandées concernant des personnes non malades, du fait de circonstances diverses; parfois, il s'agit de stratégies judiciaires qui ne relèvent ni de la psychologie ni de la médecine.

Le choix de l'expert par les instances judiciaires n'est pas sans importance. La procédure de désignation peut avoir des répercussions sur l'indépendance de l'expertise; dans certaines situations, les juges suivent l'avis des experts parce qu'ils ont choisi les experts. Dans certains systèmes, les expertises sont élaborées dans des écoles de médecine, ou dans des départements de psychiatrie, ou encore, comme au Danemark, en introduisant la supervision d'un conseil médico-légal.

III. Le traitement psychiatrique

1. D'une façon ou d'une autre, pendant chacune des étapes du processus pénal, de même qu'un médecin expert peut être appelé à donner un avis, de même un médecin traitant est susceptible d'être appelé pour donner des soins à une personne arrêtée, prévenue ou condamnée.

Ainsi, *une grande variété d'interventions ou de programmes* plus ou moins systématisés sont prévus à l'intention des patients délinquants, dans le cadre d'institutions pénales ou médico-sociales, selon diverses combinaisons utilisant le milieu fermé ou le milieu libre.

C'est surtout en milieu institutionnel fermé que des programmes systématiques ont été développés, soit dans des services médico-psychiatriques pénitentiaires, soit dans des hôpitaux ou des unités hospitalières de sécurité. L'une et l'autre formule coexiste le plus souvent pour accueillir une population classiquement mouvante entre le système pénal et les instances médico-sociales.

2. *Quelques exemples* peuvent être brièvement évoqués.

Dans plusieurs prisons d'Angleterre existent ou sont en préparation des programmes destinés aux malades mentaux et aux personnes atteintes de désordres graves de la personnalité. De son côté, le Service national de santé a établi, sur une base régionale, un programme institutionnel pour l'évaluation et le traitement des patients à risque ou des

patients médico-légaux. Il prévoit des dispositifs hospitaliers différents selon le niveau de sécurité nécessaire: l'accueil est réalisé soit dans les établissements psychiatriques ouverts, destinés aux besoins généraux de la communauté, soit dans des unités de moyenne sécurité spécialement équipées, dotées d'un personnel plus nombreux. A l'échelon national fonctionnent quatre hôpitaux de haute sécurité.

En Belgique, l'application de la loi de défense sociale de 1930, revue en 1964, a permis la prise en charge de délinquants psychotiques chroniques ou gravement déficients dans des établissements de sécurité. Dans une étape ultérieure, le patient peut être admis dans de petits établissements ouverts qui associent des mesures de contrôle pénal et des programmes médico-sociaux.

Au Danemark, les délinquants psychotiques à haut risque sont pris en charge dans des unités spéciales qui relèvent d'un hôpital psychiatrique général. Le traitement et la sortie sont décidés sans intervention du système pénal.

En France, des services de psychiatrie pénitentiaire (Centres médico-psychologiques régionaux ou CMPR) se sont développés, qui fonctionnent au sein même de la prison, mais qui sont rattachés à l'administration sanitaire régionale. Ils sont ouverts à une collaboration directe avec les hôpitaux psychiatriques civils, en fonction des moments évolutifs de la maladie.

Dans le système néerlandais, l'internement psychiatrique dit TBR, («à la disposition du gouvernement»), peut être prononcé par la Cour à l'égard d'une personne déclarée coupable, à la double condition que sa responsabilité soit diminuée et qu'elle soit considérée comme susceptible de récidive du fait de désordres psychiques. La décision d'internement est revue tous les deux ans par l'autorité judiciaire. Dans l'intervalle, le régime de l'internement et des congés est réglé par l'institution d'accueil, sous la supervision du ministère de la Justice. A côté de leurs établissements pénitentiaires, les Pays-Bas possèdent un réseau de plusieurs cliniques dans lesquelles les patients internés peuvent recevoir des traitements psycho-sociaux hautement différenciés.

Ces exemples font apparaître qu'en fonction des circonstances, les conditions de sécurité et les conditions de soins se sont élaborées les unes par rapport aux autres, sans qu'aucun modèle ne soit réellement imposé. Certaines formules se sont dégagées, raisonnablement complémentaires et mutuellement adjuvantes, compte tenu des structures politiques, juridiques et médicales.

3. On peut relever que, dans la diversité des législations nationales et dans la variété des statuts d'exercice réservés aux *médecins traitants*, il n'est pas contesté que ceux-ci doivent établir avec leurs patients une relation qui conserve l'essentiel du contrat de soins ordinaires.

L'indépendance du médecin, c'est-à-dire sa liberté clinique de jugement et de décision, est aussi garante de celle des infirmiers, des psychologues et de l'ensemble du *personnel soignant*. Elle porte en particulier témoignage que l'environnement imposé n'est pas en contradiction avec les droits fondamentaux de la personnalité, même s'il faut admettre que souffrance et maladie ne peuvent pas être évaluées de la même façon dans des établissements de punition ou de sécurité et en milieu thérapeutique ordinaire.

Au sein des équipes thérapeutiques ou en parallèle avec celles-ci, il faut mentionner le rôle joué par les *travailleurs sociaux*, les *éducateurs*, les *aumôniers* et parfois aussi par des *visiteurs non professionnels*. En complément à leur mission propre, ces personnes peuvent apporter, dans des milieux où le risque «totalitaire» existe, une présence et des champs de valeurs différents; en particulier elles peuvent offrir une sorte de tolérance fondamentale à l'égard de personnes qui, comme certains détenus dits «psychopathes», ne sont définies que par leur crime et sont elles-mêmes prisonnières de leur propre culpabilité.

4. Un terrain privilégié d'action conjointe entre les autorités pénitentiaires et les instances médico-sociales est constitué par les *programmes socio-thérapeutiques* qui s'adressent à des délinquants non malades, mais atteints de désordres particulièrement graves de la personnalité et maintenus en détention ou en internement pendant de longues périodes. Des exemples existent dans les pays susmentionnés et aussi dans d'autres, ainsi en Allemagne, en Ecosse, à Genève.

L'objectif est de conduire les patients à corriger leur impulsivité, à reconnaître et prévoir leurs réactions, à orienter leur énergie dans des directions non destructrices et à établir des relations moins conflictuelles avec autrui. Il s'agit d'une certaine façon d'un traitement de la dangerosité.

Les patients sont invités à participer à une sorte de communauté institutionnelle, dans des situations de travail, de loisir et de réflexion qui renforcent le sentiment de responsabilité, diminuent l'humiliation, permettent d'élaborer une sorte d'identité personnelle acceptable et ouvrent l'espoir d'échapper à une condition définitive. Au sein d'un milieu de sécurité, l'ancien enfermement cellulaire n'existe pas, les principaux locaux sont ouverts au mouvement des patients, le personnel entretient

un environnement différencié. Le moment venu, certains programmes prévoient des essais de sortie soigneusement préparés. Différents modèles existent, soit dans le cadre pénitentiaire, soit dans des cliniques ou des hôpitaux psychiatriques.

Il faut considérer qu'un élément essentiel pour un traitement approprié est que le personnel soit en nombre particulièrement élevé par rapport au nombre des patients pris en charge. Lorsqu'ils sont réalisés en milieu pénitentiaire, les programmes de ce type constituent un bon exemple de collaboration entre un personnel soignant et un personnel pénitentiaire, auxquels s'adjoint le groupe des détenus eux-mêmes. Ces programmes permettent d'ajouter une sorte de dimension sociale à la profession de gardien.

IV. La psychiatrie légale

1. Un psychiatre généraliste peut être appelé à donner son avis à une autorité ou à soigner une personne en situation de contrainte légale. Ces activités, liées à des procédures telles que l'internement, la tutelle, le procès criminel, l'exécution des peines ou des mesures, sont souvent rassemblées sous le nom de *psychiatrie légale*.

Le psychiatre légiste doit connaître plus spécialement le cadre juridique et l'usage thérapeutique des dispositifs de sécurité. Dans la prévention et le traitement de la violence, il doit faire l'expérience difficile des conditions du transfert et du contre-transfert. Lorsqu'il contribue à des décisions qui relèvent d'autres systèmes de valeurs, il est conduit à une élaboration éthique particulière.

Prise dans un sens plus large, la psychiatrie légale participe de la psychiatrie communautaire: son action s'adresse aussi à des situations à haut risque dans la famille, dans l'entourage socio-professionnel et dans l'ensemble du milieu environnant.

2. *La formation en psychiatrie légale* et la reconnaissance statutaire de cette discipline dépendent largement des traditions nationales. Dans certains cas, elle se développe comme une sous-spécialité de la psychiatrie générale. Dans d'autres cas, elle se définit comme une spécialité parallèle, liée aux écoles de criminologie ou aux instituts de médecine légale.

En Angleterre, les connaissances dont les psychiatres généralistes ont besoin, ainsi que la formation des spécialistes, sont acquises pour l'essentiel dans le cadre du Service national de santé. Des liens existent avec des écoles de médecine ou diverses autres structures d'enseigne-

ment et de recherche universitaires. Les unités d'évaluation et de soins qui existent dans les prisons sont parfois utilisées indirectement dans le processus de formation.

Une conception comparable existe au Danemark, où le curriculum relatif à la psychiatrie légale est organisé pour l'essentiel dans des hôpitaux psychiatriques civils. Quelques psychiatres sont spécialisés en psychiatrie légale, mais tout psychiatre en formation a l'occasion de s'occuper de patients pénaux. Une commission à l'échelon national supervise la cohésion et la présentation juridique des conclusions d'expertise.

Les modèles développés au Canada, en France, en Italie, aux Pays-Bas, montrent de longue date le rôle joué par les écoles de criminologie ou de médecine légale dans la spécialisation des psychiatres légistes. Au Canada, un accent est mis sur les services ambulatoires à la disposition des victimes, par exemple dans des situations intrafamiliales de sévices ou d'inceste.

En France, la présence du Centre médico-psychologique régional dans certains établissements pénitentiaires est venue renforcer l'identité thérapeutique du psychiatre légiste ou «criminologue clinicien». La formation du psychiatre légiste n'est plus centrée sur son rôle au prétoire, mais sur ses activités de soins dans l'institution pénale. Ainsi, l'expertise médico-légale de la responsabilité est moins le préalable au traitement que son corollaire; la classification diagnostique et la qualification pénale sont placées dans la perspective de l'engagement du psychiatre dans une équipe thérapeutique.

En Italie, existent au moins cinq centres de formation en psychiatrie légale, qui se sont développés en parallèle avec les instituts de médecine légale. L'Université de Gênes a fondé, en 1969, une Ecole de spécialisation en criminologie clinique. Actuellement, la psychiatrie légale s'est développée au niveau d'une discipline médicale autonome.

Aux Pays-Bas, une collaboration multiforme existe depuis plus d'un demi-siècle entre les cliniques de psychiatrie légale, les services de psychiatrie générale, les institutions pénales et les structures d'enseignement universitaire, en particulier en médecine, en criminologie et en droit. L'Association néerlandaise Psychiatrie-Justice a célébré il y a deux ans son cinquantième anniversaire. Quatre professeurs de psychiatrie légale sur cinq sont nommés par les facultés de droit. Ces diverses instances se sont mutuellement enrichies par une longue expérience de modèles pratiques et par des travaux multidisciplinaires en relation avec le traitement le plus raisonnable possible des personnes très difficiles. Le taux de

détention pénale aux Pays-Bas est le plus bas en Europe (31 personnes pour 100 000 habitants en 1984).

Il est également à relever que l'OMS a contribué à la formation en psychiatrie légale et à l'élaboration de statuts professionnels, en organisant des rencontres comparatives et en apportant son soutien à des programmes de recherche.

3. Nombre de magistrats considèrent que la psychiatrie légale contribue à humaniser le droit pénal et que, dans l'exécution des peines, elle maintient un certain équilibre entre la souffrance et la santé mentale.

Il faut donc aider les autorités à choisir de bons psychiatres légistes et donner à celles-ci le moyen de «contrôler les contrôleurs». Pour offrir aux magistrats, comme aux justiciables, les garanties nécessaires, il serait souhaitable de développer l'usage des *attestations ou diplômes de spécialiste* en psychiatrie ou en psychologie légales. Le travail réalisé par l'*American Academy of Psychiatry and the Law* est exemplaire à cet égard.

En fait, quel que soit l'intérêt clinique, juridique et éthique de développer des programmes de psychiatrie légale dans les écoles de médecine, les écoles de criminologie ou de toute autre façon, il faut cependant mentionner qu'il s'agit souvent d'une orientation peu valorisée dans les programmes de santé et dans la formation académique. Les milieux économiques et politiques relèvent en particulier que les programmes médico-sociaux peuvent sans doute être évalués selon des critères de santé, mais que leur efficacité n'est pas établie en fonction de la récurrence criminelle: les conditions d'évaluation retenues dans diverses études partielles, permettent de croire mais non de démontrer qu'une prévention sophistiquée «coûte moins cher» que le crime réalisé.

4. De multiples *directions de recherche* sont ouvertes en psychiatrie légale et dans les disciplines apparentées.

Diverses méthodes ont été élaborées pour combiner des données médicales avec d'autres variables portant sur des procédures légales et sur certaines situations d'environnement. Il faut citer à cet égard l'œuvre poursuivie par l'OMS. Des études de législation sanitaire ont permis d'analyser des systèmes juridiques différents et ensuite de les tester d'après leurs propres objectifs en matière de santé mentale. Des recherches psychiatriques multicentriques récentes portent sur l'évaluation de la dangerosité, sur le contrôle médico-légal des personnes à haut risque et sur l'exercice de la psychiatrie dans les conditions de sécurité.

Cependant, dans la majorité des pays, les données nécessaires demeurent peu accessibles aux chercheurs, qu'il s'agisse d'étudier des cas particuliers ou de suivre des cohortes à plus ou moins long terme. Il n'existe que peu d'études du genre de celles que les circonstances ont permis aux Etats-Unis, à la suite du cas Baxtrom. Quant à l'établissement de programmes expérimentaux, traitant de façon différente des groupes comparables, ils s'accompagnent de difficultés juridiques et déontologiques.

Il serait utile d'évaluer l'impact de l'environnement carcéral sur l'évolution de certaines affections. On sait, par exemple, que la toxicomanie ne peut pas véritablement être traitée en prison. Quel est par ailleurs le rôle de la détention dans le déclenchement d'une psychose ou d'une pathologie spastique des coronaires? Faut-il donner des médicaments en prison?

Comment évaluer les programmes qui combinent le soutien psychologique ou la socio-thérapie avec des dispositifs de sécurité? Quels sont les avantages et les inconvénients d'une collaboration entre un personnel de soins et un personnel de sécurité?

5. Des contributions de psychiatrie légale peuvent également être utiles à des *travaux de recherches criminologiques*. Par exemple, il faudrait aujourd'hui entreprendre une comparaison entre les résultats obtenus par les systèmes pénaux qui font intervenir les caractéristiques sociales et psychologiques du délinquant et les résultats observés dans des systèmes pénaux qui s'orientent plutôt vers une punition mesurée d'après l'acte.

Les procédures qui utilisent l'exception de démence (*defence of insanity*) pourraient-elles faire l'objet d'une évaluation d'après le devenir des personnes déclarées irresponsables? Quelle est la proportion des décisions d'irresponsabilité pour chaque catégorie de crime? Quels sont les cas dans lesquels une expertise est demandée, soit par une autorité, soit par le justiciable?

Les procédures de classement sur avis psychiatrique provisoire sont-elles plus avantageuses que les poursuites ordonnées selon le principe de la légalité? Comment évaluer des procédures de «marchandage» (*bargaining*)? Comment évaluer, dans les décisions de justice et dans les décisions de fin de peine ou de mesure, l'importance des médias et le rôle de certains mouvements intensément émotionnels au sein de la communauté?

6. Les travaux de psychiatrie légale en matière de responsabilité, de santé, de punition, de dangerosité s'ouvrent à l'exploration de *questions*

d'éthique. Dans ce sens, de nombreux groupes de travail, dans des contextes académiques, professionnels, administratifs ou parlementaires, associent des médecins, des juristes, des théologiens, des politiciens, des bioéthiciens et d'autres spécialistes des hiérarchies de valeurs.

Quand faut-il punir un malade mental? La peine n'est-elle pas utile en toute circonstance, pour affirmer solennellement la condamnation d'un acte criminel? Quelles sont les variables à faire intervenir pour évaluer des résultats de la punition? Comment répartir les tâches entre l'hôpital et la prison? Où investir l'argent?

Un médecin peut-il proposer ou gérer un programme qui combine un traitement médical avec une supervision pénale? Quel est le rôle d'un médecin en matière d'adaptation sociale? Ne doit-il pas respecter la marginalité et la déviance? Dans l'évaluation d'un danger, comment définir la gravité? Dans une relation thérapeutique, comme dans le cas californien Tarasoff, où placer la limite du secret?

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU COLLOQUE

Conclusions

1. Les législations pénales existant dans les Etats membres du Conseil de l'Europe présentent une remarquable variété à l'égard de la terminologie et des concepts fondamentaux concernant la notion de responsabilité de l'auteur d'un crime et des facteurs qui peuvent exclure ou atténuer celle-ci.
2. Il existe une certaine tendance à poser à l'expert une question qui comprend à la fois l'aspect psychopathologique (trouble mental) et l'aspect juridico-normatif (responsabilité ou concepts similaires).
3. Selon l'avis des experts, l'évaluation de la responsabilité ne rentre pas dans leur compétence. L'expert psychiatre, au moment où il se prononce sur l'état mental d'un délinquant, doit se limiter au cadre de référence de sa profession. En ce qui concerne la question de la responsabilité pénale, il se limitera à un diagnostic psychiatrique et aux répercussions de l'état pathologique sur le contact du sujet avec la réalité.
4. La prédiction clinique du risque de récidive criminelle repose sur des fondements scientifiques fragiles. C'est pourquoi en fin de compte il appartient au tribunal d'apprécier ce risque sur la base de l'information acquise à partir de différentes sources y compris les évaluations des experts (ou d'une équipe pluridisciplinaire d'experts) relatives à l'évolution de l'état mental. En ce qui concerne la sortie d'un établissement psychiatrique, il est nécessaire de prendre en considération les difficultés particulières de prédire le comportement futur dans de telles situations et il faut aussi prendre en considération le temps passé en détention et le principe de la proportionnalité.
5. Le délinquant malade mental doit être soumis aux mêmes normes médicales que celles qui règlent la situation des patients ordinaires.

Recommandations

1. Il est souhaitable que les questions posées à l'expert psychiatre se réfèrent, dans la perspective d'une harmonisation des lois pénales et pratiques nationales, à des évaluations diagnostiques et pronostiques, et que celles-ci soient liées à un programme de traitement.

2. Après la sentence, le programme devra être réalisé et révisé périodiquement, dans une perspective de continuité thérapeutique, en fonction des besoins individuels.
3. Le colloque invite le Conseil de l'Europe à favoriser des programmes de recherches interdisciplinaires dans le domaine de la fiabilité et de la validité des diagnostics psychiatriques en liaison avec la prédiction de la récidive ainsi que dans le domaine des relations éventuelles entre désordres mentaux et criminalité.
4. Le colloque invite le Comité européen pour les problèmes criminels à encourager les Etats membres à promouvoir l'institution et le développement, dans les universités, auprès des facultés de médecine et de droit, de programmes ou d'écoles d'enseignement postdoctoral ou postgradué en psychiatrie légale et en criminologie.
5. Il est souhaitable que dans les universités soient institués et développés, pour les magistrats et les opérateurs sociaux, des cours de formation et de perfectionnement dans le domaine de la psychiatrie légale et de la criminologie.
6. Le colloque, après avoir constaté le vif intérêt des participants, invite le Comité européen pour les problèmes criminels à donner une suite à l'étude du sujet traité en favorisant des rencontres scientifiques et pratiques ultérieures sur le même sujet.