



Article original / Original Article

L'expertise psychiatrique pénale : à propos de 169 cas

L. ZOUARI, I. FEKI, J. BEN THABET, N. CHARFI, N. ZOUARI, M. MAÂLEJ

RÉSUMÉ

Objectif : Dresser le bilan de cinq ans d'une activité d'expertises psychiatriques pénales.

Sujets et Méthodes : L'étude a porté sur les dossiers des inculpés examinés, dans le cadre d'expertises psychiatriques pénales, dans un service de psychiatrie, à Sfax en Tunisie, entre début 2002 et fin 2006. Il est à signaler que c'étaient surtout les inculpés présumés présenter des troubles mentaux qui étaient soumis à l'expertise.

Résultats : L'étude a porté sur 169 inculpés, dont 94 % de sexe masculin. Leur âge moyen était de 31 ans 3 mois. Ils étaient d'origine urbaine ou semi-urbaine dans 80 % des cas. Sur le plan professionnel, le taux des inactifs ou irréguliers était de 84,6 %. Un passé psychiatrique a été relevé chez 75,2 % et des antécédents judiciaires chez 26,6 %. Les principales infractions étaient : homicide ou tentative d'homicide (17,2 %), coups et blessures (18,9 %), vol (27,2 %), délits sexuels (8,9 %). Sur le plan nosographique, 49,7 % avaient une personnalité antisociale, 13 % souffraient de schizophrénie et 11,2 % de retard mental. La démence au sens légal a été retenue pour 35,5 %.

Conclusion : Notre étude a permis de vérifier l'importance de facteurs criminologiques, utiles pour orienter la prévention, comme le sexe masculin, l'âge jeune, la précarité de la situation socioprofessionnelle et les antécédents judiciaires. Les troubles mentaux étaient fréquents, mais il s'agissait surtout de troubles de la personnalité.

Mots-clés : Crime, Droit pénal, Expertise, Psychiatrie légale, Troubles mentaux.

Service de psychiatrie « C », CHU Hédi CHAKER – 3029 SFAX – TUNISIE

Adresse de correspondance :

Docteur Lobna Zouari : Service de psychiatrie « C », CHU Hédi Chaker, route El Aïn km 1 ; 3029 Sfax - Tunisie.

Tél. : 216 74 65 34 76

Fax : 216 74 24 13 84

E-mail : lobna_zouari@yahoo.fr



**SUMMARY****FORENSIC PSYCHIATRIC EXPERTISE: ABOUT 169 CASES**

Purpose: Evaluation of five-year activities of forensic psychiatry expertise.

Subjects and Methods: We reviewed files of defendants who were examined by forensic psychiatric experts, in a psychiatric department, in Sfax, Tunisia, from 2002 through 2006. We wish to highlight that in most of the cases the defendants submitted to expertise were suspected of mental disorders.

Results: This study focused on 169 defendants, 94% of which were male. Their mean age was 31 years and 3 months. Their residence area was urban or semi-urban in 80% of the cases. The rate of the unemployed or those having irregular jobs was 84,6 %. Seventy-five per cent had psychiatric records and 26,6% had legal antecedents. The main offenses were: homicides or homicide attempts (17,2%), assaults and injuries (18,9%), theft (27,2%) and sexual offenses (8,3%).

Concerning the diagnosis, 49,7% had an antisocial personality disorder, 13% suffered from schizophrenia and 11,2 % had mental retardation. Lunacy was observed in 35,5% of the cases.

Conclusion: Our study confirmed the importance of criminological factors, such as male sex, young age, precarious social status and legal antecedents, in guiding prevention. The mental disorders were frequent, especially personality disorders.

Keywords: Crime, Criminal law, Expertise, Forensic psychiatry, Mental disorders.

I. INTRODUCTION

La transgression de la loi peut être un acte délibéré chez un sujet majeur et lucide. Mais elle peut être aussi le résultat d'une défaillance des capacités de jugement et de discernement, par manque d'âge ou par aliénation mentale. L'article 38 du Code Pénal Tunisien postule : « l'infraction n'est pas punissable lorsque le prévenu n'avait pas encore atteint l'âge de 13 ans ou était en état de démence au temps de l'action ».

L'expertise psychiatrique, acte à visée non thérapeutique demandé à un psychiatre par une autorité ou un organisme, permet d'apprécier l'état mental d'une personne et d'en évaluer les conséquences, qui ont des incidences pénales, civiles, administratives ou contracuelles [5].

L'expert a le statut d'auxiliaire de la justice dont les conclusions ne lient pas le juge. Il revient à celui-ci de déterminer, en fin de compte, la responsabilité de l'inculpé et de prendre la décision appropriée en confrontant plusieurs sources de données ; la conclusion de l'expert est une de ces sources [14].

L'objectif de notre étude était de dresser le bilan d'une activité de cinq ans d'expertises psychiatriques en droit pénal, réalisées dans un service de psychiatrie.

II. SUJETS ET MÉTHODES

Notre étude était de type rétrospectif. Elle a porté sur les dossiers des sujets qui ont été examinés, dans le cadre d'expertises psychiatriques en droit pénal, au



service de psychiatrie « C », au CHU Hédi Chaker à Sfax en Tunisie, entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2006.

Pour chaque cas, nous avons transcrit sur une fiche les renseignements recueillis à partir des dossiers, concernant des données sociodémographiques (âge, sexe, état civil, situation professionnelle, zone de résidence, niveau d'études, contexte familial), cliniques (antécédents psychiatriques personnels, diagnostic nosographique), procédurales (situation de l'inculpé au moment de l'expertise, questions posées à l'expert, délai infraction-expertise), criminologiques (antécédents judiciaires personnels, nature des infractions, motifs des infractions) et médico-légales (conclusion de l'expertise).

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisées par le logiciel SPSS (version 13). Pour l'étude descriptive, les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage, alors que les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes avec leurs écarts types. Pour l'étude analytique, les comparaisons ont été effectuées par le test de Chi-deux (χ^2) pour les données qualitatives, et par le test t de Student pour les données quantitatives. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

III. RÉSULTATS

Sur 227 dossiers d'expertises pénales effectuées pendant la période du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2006, 58 dossiers étaient inexploitables (par manque de certaines données). Nous avons retenu pour l'étude 169 dossiers.

III.1. Étude générale de la série

Dans la série étudiée, 94 % étaient de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 31 ans 3 mois avec des extrêmes de 16 et 71 ans.

Le taux des célibataires était de 65,1 %. Les inculpés vivaient dans des zones urbaines ou semi-urbaines dans 80 % des cas.

Le taux des illettrés était de 7,7 %. Ceux qui avaient des niveaux d'études primaires, secondaires et universitaires représentaient, respectivement, 45 %, 43,2 % et 4,1 % des cas.

Sur le plan professionnel, 15,4 % avaient une activité régulière, 45,6 % étaient irréguliers et 39 % inactifs.

Une carence affective durant le jeune âge a été signalée par 24,3 %. Des antécédents de suivi psychiatrique ont été relevés chez 75,2 %, et 40,2 % avaient été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois.

Des antécédents judiciaires ont été retrouvés chez 26,6 %. La moitié des infractions antérieures étaient accompagnées de violence. Les inculpés avaient été incarcérés au moins une fois auparavant dans 24 % des cas.

III.2. L'expertise et ses circonstances

Au moment de l'expertise, 31,9 % étaient en liberté, 66,9 % en détention et 1,2 % hospitalisés. Le délai infraction-expertise était supérieur à un mois pour 67,5 %, et supérieur à 12 mois pour 20,7 %. Les infractions étaient contre les personnes dans 50,9 % des cas et contre les biens dans 42,6 % des cas (tableau I). L'infraction avait été réalisée de façon impulsive, non pré-

Tableau I : Répartition des inculpés selon la nature de l'infraction.

NATURE DE L'INFRACTION	N	%
Homicide	18	10,6
Tentative d'homicide	11	6,6
Attentat à la pudeur compliquée d'homicide	1	0,6
Vol compliqué d'homicide	1	0,6
Viol	5	3,0
Tentative de viol	5	3,0
Attentat à la pudeur	4	2,4
Coups et blessures	32	18,9
Accusation mensongère de viol	1	0,6
Atteinte aux bonnes mœurs	9	5,3
Vol	45	26,6
Atteinte aux biens d'autrui	9	5,3
Émission de chèque(s) sans provision	2	1,2
Provocation volontaire d'incendie	6	3,6
Trafic illicite	5	3,0
Faux et usage de faux	4	2,4
Escroquerie	5	3,0
Désertion de l'armée	6	3,6
Total	169	100

méditée pour 35,4 % ; son but était l'obtention d'un bénéfice particulier pour 30,2 % et la vengeance pour 20,7 % (il s'agissait d'inculpés atteints de personnalité antisociale dans 51,4 % des cas).

Les questions posées à l'expert s'interrogeaient sur :

- la présence ou non d'une maladie mentale chez l'inculpé (83,3 %),
- la relation des faits avec une pathologie psychiatrique (7,7 %),
- les capacités de discernement de l'intéressé (sous entendu : au moment des faits) (35,5 %),
- le degré de responsabilité pénale du sujet (52,7 %),
- le degré de dangerosité de l'inculpé (1,2 %).

Sur le plan nosographique (tableau II), 49,7 % avaient une personnalité antisociale (psychopathie), 11,2 % avaient un retard mental et 13 % étaient atteints de schizophrénies. Il y avait en tout 14 épileptiques dont 7 présentaient un retard mental et 3 un trouble de la personnalité.

Le taux de ceux qui ont été considérés en état de démence au sens légal au moment des faits était de 35,5 %.

Tableau II : Répartition des inculpés selon le diagnostic nosographique.

DIAGNOSTIC NOSOGRAPHIQUE (DSM-IV)	N	%
Retard mental avec ou sans épilepsie	19	11,2
Schizophrénie	22	13
Trouble schizoaffectif	4	2,4
Trouble bipolaire I	10	6
Trouble dépressif majeur	3	1,7
Trouble délirant	7	4,1
Personnalité antisociale	84	49,7
Autres troubles de la personnalité	14	8,3
Pas de trouble psychiatrique	5	3
Kleptomanie	1	0,6
Total	169	100

Pour les inculpés qui présentaient un trouble bipolaire, l'épisode au moment de l'infraction était de type dépressif avec caractéristiques psychotiques dans un cas et de type maniaque dans neuf cas.

III.3. Étude de certains cadres nosographiques

III.3.1. Personnalité antisociale (psychopathie)

La personnalité antisociale représentait 49,7 % des sujets expertisés. Les hommes représentaient 96,4 %. Leur âge moyen était de 28 ans 3 mois. Parmi eux, 82,1 % vivaient sans conjoint. Le niveau d'études était primaire dans 47,7 % des cas. Un vécu de carence affective au jeune âge a été signalé par 34,5 %. Des antécédents judiciaires ont été relevés dans 61,9 % des cas.

Les infractions les plus souvent commises étaient le vol (31 %), les coups et blessures (16,7 %) et l'homicide ou sa tentative (16,7 %). L'infraction était impulsive, non prémeditée dans 41,7 % des cas ; elle avait pour but l'obtention d'un bénéfice particulier dans 34,5 % et la vengeance dans 21,4 %. Le taux de ceux qui étaient en détention au moment de l'expertise était de 84,5 %. Le taux de ceux considérés en état de démence au sens légal, au moment des faits, était de 7,1 % ; l'infraction pour ces inculpés était une désertion de l'armée.

Les inculpés se distinguaient des autres, de façon statistiquement significative, par un âge plus jeune ($p=0,002$), des antécédents judiciaires plus chargés ($p<0,001$), un taux plus élevé de situation de détention au moment de l'expertise ($p=0,000$), et un taux plus élevé de conclusion de lucidité au moment des faits ($p<0,001$).

III.3.2. Retard mental

Le diagnostic de retard mental a été retenu dans 19 cas, dont 7 avec épilepsie. Il s'agissait de 9 cas (5,3 %) de retard mental léger (QI compris entre 50 et 70), 9 cas (5,3 %) de retard mental moyen (QI compris entre 35 et 50) et un cas (0,6 %) de retard mental grave (QI entre 20 et 35).

L'âge moyen des inculpés ayant un retard mental était de 25 ans 2 mois, avec des extrêmes de 19 et de 46 ans. Tous étaient de sexe masculin. Ils avaient tous une activité professionnelle irrégulière. Un passé psychiatrique a été noté chez 57,9 %, et des antécédents judiciaires chez 36,8 %.

Les infractions étaient contre les biens dans 63,2 % des cas (vol dans 66,7 % des cas), et contre les personnes dans 26,3 % des cas (tentative d'homicide pour 20 % ; coups et de blessures pour 60 %). L'infraction était impulsive, non prémeditée dans 36,8 % des cas.

Concernant la conclusion de l'expertise, 42,1 % ont été jugés en état de démence au sens légal au moment des faits (7 cas de retard mental moyen : 36,8 % ; un cas de retard mental grave : 5,3 %).

Les cas de retard mental se distinguaient des autres inculpés, de façon statistiquement significative, par un taux plus bas de situation de détention au moment de l'expertise ($p=0,003$).

III.3.3. Schizophrénie

Le taux des inculpés atteints de schizophrénie était de 13 % : 19 cas de schizophrénie paranoïde (11,2 % de la totalité des inculpés) et 3 cas de schizophrénie désorganisée (1,8 %).

Les paranoïdes avaient commis 50 % des homicides ou de sa tentative et 81,8 % des actes de coups et blessures. Tous les schizophrènes avaient été considérés en état de démence au sens légal au moment de l'infraction

Ce groupe se distinguait des autres inculpés, de façon statistiquement significative, par un passé psychiatrique plus chargé ($p=0,007$), moins d'antécédents judiciaires ($p=0,044$), des taux plus élevés d'infractions contre les personnes ($p=0,001$), d'actes de motivation délirante ($p<0,001$), d'existence d'un lien avec la victime ($p=0,006$) et de conclusion de démence au sens légal ($p < 0,001$).

IV. DISCUSSION

Les inculpés de notre étude étaient, dans la majorité des cas, jeunes, de sexe masculin et professionnellement inactifs ou irréguliers. Ils n'avaient pas dépassé le niveau d'études primaire dans presque la moitié des cas. Ils avaient un suivi psychiatrique dans presque les trois quarts des cas et des antécédents judiciaires dans presque le quart des cas. La moitié des infractions était contre les personnes. Plus de la moitié des inculpés avaient un trouble de la personnalité. Près du tiers ont été jugés en état de démence au sens légal au moment des faits. Il faut faire remarquer que le législateur tunisien a défini de façon sommaire ce terme et a laissé au psychiatre la latitude de déterminer les troubles mentaux pouvant être inclus dans ce cadre. Traditionnellement, sont inclus dans ce cadre les états délirants, les troubles sévères de l'humeur, le retard mental à condition qu'il soit suffisamment pro-

fond, les troubles graves du comportement ayant un rapport direct avec une pathologie organique et parfois les troubles graves de la personnalité pour certaines infractions. Il convient aussi de faire remarquer que certains magistrats pensent, à juste titre d'ailleurs, que c'est à eux que revient la détermination de la responsabilité pénale et que la mission du psychiatre devrait se limiter à préciser les capacités de jugement et de discernement au moment des faits. C'est pour cela que la question de la responsabilité pénale n'a été posée par le juge que dans près de la moitié des cas.

Des taux de démence au sens légal de 50 % et 44,8 % avaient été rapportés dans deux études similaires faites dans la même région en 1988 et entre 1994 et 2001 [13, 14]. En France, il y a eu 285 non-lieux psychiatriques en 2002, contre 444 en 1987 et 518 en 1988. Le taux d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux était passé de 2,3 % en 1998 à 6% en 2003 [20]. La différence entre les taux rapportés dans les études tunisiennes et ceux des études françaises serait liée au fait que les juges, dans notre pays, ne soumettent à l'expertise psychiatrique que les inculpés chez lesquels ils suspectent l'existence d'une maladie mentale, en se basant sur des documents présentés ou le comportement de l'inculpé lors de l'instruction. Selon l'article 101 du Code Pénal Tunisien : « le juge d'instruction peut, lorsque les circonstances paraissent l'exiger (en cas de suspicion de troubles mentaux chez l'inculpé), commettre un ou plusieurs experts, pour procéder à des vérifications d'ordre technique, qu'il précise ».

Nous avons constaté dans notre étude aussi davantage de responsabilisation des inculpés ; ce qui est en conformité avec une tendance générale du même ordre chez les experts durant les dernières années [20]. Le développement de médicaments actifs et la désinstitutionnalisation psychiatrique qui a suivi, ont incité les experts à se centrer sur l'état mental au moment des faits, en prenant en compte la possible stabilisation des troubles et en rendant ainsi beaucoup plus rare la proposition d'irresponsabilité [4, 5, 20, 22].

IV.1. Étude générale de la série

L'âge jeune, trouvé chez la majorité dans notre étude, correspond à la période de la vie où les pulsions agressives sont à leur apogée [3]. La destructivité et la violence sociale chez les jeunes adultes sont souvent l'indicateur d'un malaise et d'un mal à vivre ; elles



marquent l'impossibilité de communiquer sur le désir et le destin des pulsions [15, 16].

Pour le niveau scolaire, Toutin et al. [21] font remarquer que les transgressions sont facilitées par des carences intellectuelles et éducatives (échec scolaire, illettrisme, absentéisme, désengagement scolaire).

Une différence a été constatée entre les taux d'antécédents psychiatriques rapportés dans les études tunisiennes [13, 14] et ceux des études françaises [10, 17].

IV.2. L'expertise et ses circonstances

Le délai infraction-expertise est important à considérer ; un délai long ne facilite pas la mission de l'expert (deux tiers des inculpés de notre étude ont été examinés un mois ou plus après les faits). La démarche clinique du psychiatre expert comprend le recueil sémiologique actuel, au moment de l'expertise, et la construction d'une sémiologie clinique rétrospective ; celle-ci porte sur le moment où s'est effectué l'acte, mais est réalisée à distance de la période concernée par les faits, période durant laquelle des remaniements psychopathologiques ont pu se produire [18].

IV.3. Étude de certains cadres nosographiques

IV.3.1. Personnalité antisociale (psychopathie)

Les antécédents judiciaires chez les inculpés qui avaient une personnalité antisociale étaient statistiquement beaucoup plus chargés que chez les autres inculpés. Bénézech M. et al. [2] ont constaté que les psychopathes fournissaient le plus gros contingent des récidivistes, et que la psychopathie était la cause, non seulement de troubles variés de la conduite, mais aussi de comportements de délinquance plus ou moins identiques, dont l'aspect récidivant, malgré les incarcérations ou les placements en milieu psychiatrique, est un élément majeur du diagnostic.

Les infractions les plus souvent commises étaient le vol, la violence et l'homicide ou sa tentative. Ce résultat est proche de celui rapporté par Fouillet M et Etienne B [8]. La violence est, chez le psychopathe, une véritable modalité d'être au monde et un recours privilégié, voire exclusif, lors de difficultés existentielles [19].

Quant à la responsabilité du psychopathe, ce thème classique demeure sans réponse unanime. L'argumen-

tation des différents tenants repose essentiellement sur les bénéfices concrets de l'une et de l'autre des attitudes. L'une des conséquences de cette divergence est le jalonnement de la trajectoire de l'existence des psychopathes par des passages multiples tantôt en prison, tantôt en hôpitaux psychiatriques. Mais, ils ne sont supportés ni par le milieu carcéral, ni par le milieu psychiatrique. De plus, leur incarcération peut aggraver leur désinsertion sociale et fait rentrer le sujet dans un cercle vicieux fait de cascades de rejets [1].

Ce cercle vicieux est susceptible d'être rompu, du moins théoriquement, par une prise en charge psychothérapeutique entamée en milieu carcéral. Le soignant est dans ce cas bien loin de l'attitude classique de bienveillante neutralité et d'attente de la demande du patient. Il s'agit au contraire d'éveiller cette demande et d'aider le sujet à mettre en mots la souffrance réactivée par le caractère intolérable de la répétition des passages à l'acte [20].

Dans notre étude, l'irresponsabilisation de certains inculpés atteints d'une personnalité antisociale (7,1 %), était en rapport avec leur infraction ; il s'agissait de désertion de l'armée qui reflétait en fait leur inaptitude pour le milieu militaire.

IV.3.2. Retard mental

Selon Senninger JL [19], la dangerosité chez les débiles (11,2 % des inculpés dans notre étude), est corrélée au degré de déficit intellectuel. Le débile profond n'a pas un bagage intellectuel suffisant pour commettre des agressions élaborées ; il se contente de décharges de fureur aveugle. Le débile moyen manque de contrôle, de jugement et de nuance dans ses relations affectives ; il peut toutefois construire et prémediter un acte violent un tant soit peu structuré. Quant au débile léger, il se sent aisément dévalorisé ; il est fragile sur le plan émotionnel et a du mal à différer ses réactions ; il est souvent incapable de médiatiser correctement ses affects par la parole. Ainsi, la déficience intellectuelle agit en fait indirectement par une altération de l'affectivité : par insuffisance de structuration affective ou par conséquence du déficit intellectuel sur le vécu affectif.

IV.3.3. Schizophrénie

Ce trouble a été relevé chez 13 % des inculpés de notre étude. Selon Dubreucq et al. [6], il est difficile de conclure si la schizophrénie représente un risque

plus élevé de violence parmi les troubles mentaux graves.

Le lien entre la schizophrénie et la violence serait directement lié à l'expression clinique de la maladie, et une grande proportion d'actes violents serait sous tendue par des hallucinations et/ou un délire [9, 12]. La schizophrénie paranoïde est le diagnostic le plus fréquent dans la violence ou l'homicide [11].

Dubret G [7] fait remarquer que si l'irresponsabilité pénale est évidente pour des actes délinquants commis durant les accès aigus, elle devra être discutée pour ceux commis durant les phases de troubles résiduels.

Dans notre étude, tous les schizophrènes ont été considérés en état de démence au sens légal, même quand le délire manquait. Ce résultat est en rapport avec l'orientation des psychiatres du service où les expertises étudiées avaient été réalisées ; ceux-ci considèrent que cette maladie est trop sévère pour être compatible avec la lucidité.

V. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les principales limitations de l'étude sont d'ordre méthodologique :

- Le type rétrospectif de l'étude : ce type d'étude permet de formuler des hypothèses sur les liens entre les différents variables, dont l'investigation nécessite d'autres types d'étude plus élaborés.
- Le caractère non représentatif, de l'ensemble des inculpés, des sujets de notre étude ; ceux-ci étaient, dans la majorité des cas, d'emblée présumés présenter un trouble mental.

VI. CONCLUSION

Notre étude, sur les inculpés examinés dans le cadre d'expertises psychiatriques pénales, a permis de vérifier l'importance de facteurs criminologiques, utiles pour orienter la prévention, comme le sexe masculin, l'âge jeune, la précarité de la situation socioprofessionnelle et les antécédents judiciaires.

Les troubles mentaux étaient fréquents, mais il s'agissait surtout de troubles de la personnalité. Près du tiers ont été jugés en état de démence au sens légal au moment des faits. Certes, l'expertise psychiatrique

en droit pénal constitue un outil précieux mis à la disposition du magistrat pour l'aider à prononcer le jugement approprié. Il n'en demeure pas moins qu'elle suscite des critiques légitimes.

Afin d'éviter le développement de conclusions subjectives, il faudrait créer un consensus clinique émanant de la communauté scientifique et juridique compétente. Ce consensus porterait sur les aspects cliniques concernant les différents types de personnes expertisées, sur la mise en adéquation de ces contenus cliniques avec ce que prescrit la loi, notamment sur la question centrale de la responsabilité pénale et sur les façons reconnues comme étant optimales pour réaliser des expertises psychiatriques. ■

RÉFÉRENCES

- [1] BARTE HN, STAPTEFF GO. *Criminologie clinique*, Masson ; 1992.
- [2] BÉNÉZECH M, BIHAN P, BOURGEOIS ML. Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir; psychiatrie*, 37-906-A-10, 1981, 10 p.
- [3] BORN M. Continuité de la délinquance entre l'adolescence et l'âge adulte. *Criminologie*. 2002 ; 35 (1) : 53-67.
- [4] BOULEY D., MASSOUBRE C., SERRE C., LANG F., CHAZOT L., PELLET J. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Ann Med Psychol*. 2002 ; 160 : 396-405.
- [5] CORDIER B., LEYRIE J. Expertises psychiatriques. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, 37-902-A-10, 1992, 6 p.
- [6] DUBREUCQ J.-L., JOYAL C., MILLAUD F. Risque de violence et troubles mentaux grave. *Ann Med Psychol*. 2005 ; 163 : 852-865.
- [7] DUBRET G. L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin. *Ann Med psychol*. 2006 ; 10 : 851-856.
- [8] FOUILLET M., ETIENNE B. La psychopathie à l'adolescence. In : Alberne T., *Criminologie et psychiatrie*. Tours : Ellipses ; 1997. P 325-328.
- [9] GRASSI L., PERON L., MARANGONI C., ZANCHI P., VENNI A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric inpatients : a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 ; 104 : 273-279.
- [10] HASSENFRATZ C. Criminalité en France. *Rev Prat*. 2002 ; 52 : 716-718.
- [11] JOYAL C.-C., PUTKONEN P., PAAVOLA P., TIIHONEN J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med*. 2004 ; 34 : 433-442.



- [12] JUNGINGER J. Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull.* 1996 ; 22 : 91-103.
- [13] MAÂLEJ M., AYEDI N., JARRAYA A. Expertise psychiatrique en droit pénal. *Actualités Psychiatriques*, 1991 ; 7 : 31-37.
- [14] MAÂLEJ M., ZOUARI L., BEN MAHMOUD S., ZOUARI N. L'expertise psychiatrique en droit pénal : à propos de 125 cas. *J Med Leg Droit Med.* 2005 ; 48 : 47-56.
- [15] MERDACI M. Psychopathologie des violences sociales. Champs. *Psychopathologies et clinique sociale*. 2005 ; 1 : 53-57.
- [16] MERDACI M. Clinique sociale du champ algérien. Psychopathologie des conduites à l'adolescence. *Pratiques psychologiques*. 2009 ; 15 : 311-325.
- [17] RICHARD-DEVANTOY S., GOHIER B., CHOCARD A.-S., DUFLOT J.-P., LHUILLIER J.-P., GARRÉ J.-B. Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. *Ann Méd Psychol* 2010 ; 167(8) : 568-575.
- [18] SCHWEITZER M.-G., PUIG-VERGES N. Expertise psychiatrique, expertise médicopsychologique. Enjeux de procédure, enjeux cliniques. *Ann Med Psychol*. 2006 ; 164 : 813-817.
- [19] SENNINGER J.-L. Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale. *Encycl Med Chir, Psychiatrie*, 37-510-A-10, 2007.
- [20] SENONA J.-L., MANZANERA C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol*. 2006 ; 164 : 818-827.
- [21] TOUTIN T., BÉNÉZECH M. Problématiques de la violence urbaine et personnalité de ses auteurs. *Ann Med Psychol*. 2006 ; 164 : 537-546.
- [22] VALLA J. Le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux à l'épreuve de la pratique. *Droit, déontologie et soin*. 2002 ; 2 : 159-177.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2013 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0417 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-2025-5