

Ministère de l'Enseignement secondaire,
Supérieur et de la Recherche scientifique

République du Mali



Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire 2008/2009

Thèse N°...../2009

TITRE :

**ETUDE DES HOMICIDES AYANT FAIT L'OBJET
D'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE AU CHU DU POINT G**

Thèse présentée et soutenue publiquement le ----/-----/2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Par Mr Pierre Rodrigue TRAORE

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

Jury :

Président de Jury: Pr Mamadou Souncalo TRAORE

Membre : Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Membre: Honorable Maître Hamidou DIABATE

Membre : Dr Modibo SISSOKO

Directeur de thèse: Pr Bakoroba COULIBALY

**Gloire à Dieu au Plus haut des Cieux et
Paix sur la terre aux hommes qu'il aime.
Merci Seigneur de nous avoir montré ce
jour merveilleux.
Paix et joie à vous tous présentes en ce
jour béni !**

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mes parents :

Mon père : Feu Antoine Gorko TRAORE

La mort t'a arraché très tôt à ma tendre enfance.

Pour ton courage, ton amour sans partage, ton dévouement, ton esprit de sacrifice. Le Tout-Puissant vient d'exaucer tes prières ; les mots sont faibles pour témoigner mon amour pour toi.

Puisses-tu obtenir miséricorde et repos auprès de l'Eternel. Amen !

Ma mère : Florence TRAORE

Dont l'affection, la bravoure et la détermination m'ont fondé à être assidu, persévérant et combatif avec plus d'émulation dans toutes les situations de la vie.

A la mémoire de mes parents : Feu Abel TRAORE, Feu Josépha DIARRA, Feu George TRAORE, Feu Virginie SANGARE, Feu Monseigneur Luc Auguste SANGARE, Feu Monseigneur Jean Marie CISSE, Feu Pierre

Dibi COULIBALY, Feu Abraham SANGARE, Feu Aubin TRAORE, Feu Marie Hélène TRAORE.

Sur lesquels je m'incline avec respect. Malgré le regret de votre perte, je garderai de chacun de vous l'agréable souvenir d'une cordialité constante.

A mes frères et sœurs : Vincent COULIBALY, Michel SANGARE, Père Maur TRAORE, Abbé Sira Kokè Gaston COULIBALY, Jean KEITA, Lazare TRAORE, Rita TRAORE, Saran Elisabeth KEITA, Antoine Patrick Seydou KEITA, Florence TRAORE, Josépha TRAORE, Virginie Fatoumata KEITA, Jeanne TRAORE, Geneviève TRAORE .

Ce travail est le fruit de vos efforts et vos multiples sacrifices envers moi ; vous avez donné le meilleur de vous-mêmes pour ma réussite, partagez-en toutes les satisfactions.

Continuez sur cette voie selon les consignes des parents qui nous ont éduqué afin de mieux unir nos forces pour un lendemain meilleur.

Mes oncles et tantes : Elie CISSE, Hildebert TRAORE, Grégoire TRAORE, Henri TRAORE, Vincent DEMBELE, Cécile TRAORE, Geneviève TRAORE, Perpétue CISSE, Marie Angèle KONATE, Marie Anne TRAORE, Monseigneur Jean ZERBO, Alphonsine TRAORE, René TRAORE, Médard TRAORE, Laurent TRAORE, Luc Annibal TRAORE, Paul TRAORE, Louise TRAORE, Anne Marie TRAORE, Thérèse TRAORE, Moïse TOURE, Zacharie ZERBO, Cécile DEMBELE, Christine SANGARE, Hélène DIARRA, Odile CAMARA, Jeanne CAMARA, Amadoun

DIALLO, Abdoulaye SIDIBE , Lamine KEITA, Moussa SANOGO, Salim CAMARA.

Trouvez à travers ce travail l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A ma famille :

Mon épouse : Hawa ZALLA

Fruit de tant de patience et de sacrifice, ce travail n'est qu'un reflet de toute mon affection.

Je te dédie ce travail en guise de témoignage aux multiples sacrifices consentis durant mes études.

Puisse le Bon Dieu nous unir d'avantage pour le meilleur et pour le pire.

A mes enfants : Moussa CAMARA, Eric Seyba SANGARE, Cécile TRAORE, Djènèbou COULIBALY, Marie Hélène TRAORE, Ina COULIBALY, Josué KEITA, Thérèse Aïda TRAORE.

Puisse le Bon Dieu vous prêter longue vie et vous encourage à faire des études.

Trouvez ici l'expression de mon amour profond ; que ce travail soit pour vous une inspiration.

A ma belle famille :

Mon beau père : Ousmane ZALLA

Puisse le Bon Dieu te remercier pour tout ce que tu as fait pour la réalisation de cette thèse.

Je te dédie ce travail en témoignage de toute ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

Mes belles mères : Doussou DIARRA et Aïda SY

Puisse le Bon Dieu vous remercier pour vos bienfaits. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance, de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Ma belle sœur : Founè ZALLA (la sœur jumelle de mon épouse)

Sincère remerciements pour toi et la famille KONE, pour tout ce que vous avez consenti pour moi.

A tous mes amis et frères : Lucien KEITA, Adolph KEITA, Papa Kassim DIARRA, Joseph TRAORE, Jean KEITA, Dr Théophile Sounlé TRAORE, Fulgence COULIBALY, Théophile SANGARE, Elie MAIGA, Dramane DIABATE, Adama dit Gaucher DIALLO, Cheick Sidatt dit Botio, Mamoutou DIALLO, Gagny TRAORE, Soumi KEITA, Francis TRAORE, Dr Koniba DIABATE, Dr Amadou BOGOLA, tous les membres de l'indépendant « MCC/YΣΡΣΚΟ/ ARC », les paroissiens du diocèse de SEGOU et des Saints Martyrs de l'Ouganda à Djélibougou.

Plus que des amis, vous êtes pour moi des frères, trouvez à travers cette thèse l'expression de ma profonde reconnaissance.

Tous mes vœux de courage et de réussite dans la vie.

HOMMAGE
AUX
MEMBRES
DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Mamadou Souncalo TRAORE

- Ph. D en Epidémiologie de l'université de Londres ;

- **Maître de Conférences en Santé Publique de l'Université de Bamako ;**
- **Chef du DER de Santé publique et Spécialités à la FMPOS ;**
- **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé du Mali.**

Cher Maître,

Permettez nous de vous remercier pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un Maître admiré.

Puisse le Seigneur vous accorder encore longévité, santé et bonheur.

Veillez agréer, Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE :

Professeur Mamadou Lamine TRAORE

- Agrégé de Chirurgie générale ;

- **Diplômé du CES de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de Toulouse ;**
- **Ancien Chef de service de chirurgie générale à l'Hôpital National Universitaire de Point G ;**
- **Professeur Honoraire de Chirurgie générale à la FMPOS ;**
- **Chargé de cours de Médecine légale à la FMPOS ;**
- **Ancien député à l'Assemblée Nationale du MALI ;**
- **Officier de l'Ordre National du MALI.**

Cher Maître et Père,

Permettez nous de vous remercier pour la contribution que vous avez bien voulu apporter à ce travail.

Durant notre formation à la faculté de médecine, nous avons apprécié la densité et la clarté de votre enseignement.

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un Maître admiré, le « Père » de tous les étudiants.

Puisse le Seigneur vous accorder encore longévité, santé et bonheur.

Veillez agréer, cher Maître, le témoignage de notre profonde reconnaissance

A NOTRE MAITRE JUGE :

Honorable député Maître Hamidou DIABATE

- **Ancien ministre de la justice du Mali ;**

- **Ancien directeur des études de l'Institut National de Formation Judiciaire ;**
- **Ancien chargé de cours à l'Ecole Nationale d'Administration (ENA) ;**
- **Ancien Magistrat ;**
- **Avocat à la cour ;**
- **Député à l'Assemblée Nationale du Mali ;**
- **Officier de l'Ordre National du Mali.**

Cher Maître,

Nous avons été touché par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples fonctions et occupations.

Pour avoir dirigé deux fois le département de la justice, vous avez contribué au développement de cette justice malienne et vous continuez à œuvrer dans le même sens au sein de l'Assemblée Nationale du Mali.

C'est un honneur pour nous de vous avoir comme Membre du jury. Et nous ne saurions trouver des vrais mots pour vous remercier. Nous vous prions simplement d'accepter, cher Maître, notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Modibo SISSOKO

- **Psychiatre au CHU Point G,**

- Maître Assistant à la FMPOS.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Durant tout notre séjour dans le service pour la réalisation de ce travail, nous avons découvert et apprécié à sa juste valeur votre abord facile, votre sens élevé du sacrifice de soi, votre faculté de combiner humour et rigueur dans le travail.

Toujours à l'écoute de vos élèves, vous avez contribué à l'amélioration constante de notre formation.

Veillez recevoir cher Maître, l'expression sincère de notre profond respect et notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Bakoroba COULIBALY

- Psychiatre au CHU Point G,

- Maître de conférences à la FMPOS.

Cher maître,

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez placée en nous confiant ce travail et l'avoir dirigé jusqu'à bout.

Votre générosité, votre souci à aider les générations futures ne font plus l'objet d'aucun doute pour ce qui vous ont approché.

Votre capacité à transmettre votre savoir et votre rigueur scientifique tant à l'école qu'à l'hôpital et votre générosité sont reconnus par tous vos élèves.

Je ne saurais exprimer par de simples mots ce que je ressens pour vous.

Votre détermination et engagement pour l'avancée de la psychiatrie malienne ne sont plus à démontrer.

Puisse le Seigneur vous accorder longue vie pour continuer à aider la génération future.

Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

En souvenir des agréables moments passés en Psychiatrie.
A tous les médecins de la Psychiatrie :

Professeur Baba KOUMARE, Chef de Service
Professeur Bou DIAKITE,
Docteur Arouna TOGORA,
Docteur Souleymane COULIBALY, psychologue
Docteur Joseph TRAORE.

Plus que des encadreurs durant mon séjour en Psychiatrie, j'ai vu à certains d'entre vous un père et à d'autres un frère, jamais je ne saurais suffisamment vous remercier pour tout ce que vous avez consenti pour moi.

Puisse cette thèse vous témoigner ma profonde gratitude.

Au reste du personnel de la Psychiatrie :

Coumba DIAWARA (Major du service), Diamahiri SAMAKE, Mariam SACKO, Seydou FOMBA, Zantigui KEITA, Fanta TRAORE, Sidy SAMAKE, Jean Marie DOUGNON, Mariétou DABO, Oumou NAMOKO, Massama TRAORE, Mamby KEITA, Boubacar SOUSSOUBALY, Maïmouna KONE, Adam KONATE, Moussa BOIRE, Astan KONATE, Adama BAGAYOKO, N'golo KANE, Samou DOUMBIA, Alou TRAORE, Drissa SIDIBE, Adama TRAORE .

Toute ma sympathie et reconnaissance.

A mes amis et collègues internes du service : **Dr Moulaye BABY, Dr Mahamadou DIABATE, Dr Abdoulaye DIAKITE, Dr Mariam DIAKITE, Dr abdramane TRAORE, Dr Zoua KAMATE, Sega DIAKITE, Modibo Sékou CAMARA, Talibé SISSOKO, Moctar KONE, Ousmane DIN.**

Courage et bonne chance pour la carrière !

SOMMAIRE

« La colère est une courte folie. »

Maxime d'Horace (Epître 1, 2, 62)

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION:-----	19
II- OBJECTIFS : -----	23
III- GENERALITES :-----	25
1- DEFINITIONS :-----	25
2- Quelques rappels historiques :-----	26
3- Quelques approches psychiatriques :-----	28
4- Approche criminologique :-----	29
5- Approche sociologique :-----	31
6- Approche juridique : -----	32
7- Entités nosographiques criminogènes:-----	35
8- Généralité sur l'expertise pénale : -----	43
IV- METHODOLOGIE:-----	66
V- LES RESULTATS :-----	74
VI- ANALYSES ET DISCUSION :-----	92
A- DIFFICULTES :-----	92
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :-----	98
A- CONCLUSION :-----	98
B- RECOMMANDATIONS:-----	99
VIII- REFERENCES :-----	102
IX- ANNEXES :-----	107

- Fiche d'enquête
- Cas pratique d'expertise psychiatrique
- Exemples d'Ordonnance de commission d'expert
- Tarif des frais de justice en matière pénale au Mali

INTRODUCTION

« (...) Qui sait voir le fou qu'il est, est sur la voie de la sagesse »

Sebastian Brant, *La nef des fous* (1494).

Prologue, v.41 – 42

Éditions José Corti, p.40

I. INTRODUCTION:

En cette ère de bouleversement des structures sociales suite à l'évolution socio-économique d'une part et à la régression de certaines valeurs morales d'autre part, on assiste à une multiplication exponentielle de la criminalité dont l'homicide.

Juridiquement [30], Le terme « homicide », désigne l'acte provoquant la mort d'une personne, ainsi que la personne qui a tué un homme ou une femme.

Cependant dans l'étude qui suit, l'homicide est pris au sens de l'acte.

Il existe plusieurs types d'homicide dans la mythologie, la littérature, les faits divers et les rituels. Ces homicides ont connu différentes interprétations à travers les civilisations et s'accompagnent le plus souvent d'actes suicides.

Plusieurs psychiatres se sont penchés sur le phénomène homicide dans ses différentes variétés que sont entre autres : l'infanticide, le parricide, l'uxoricide, le maricide, l'avitolicide, ..., pour montrer son importance et essayer de donner une explication rationnelle.

Selon **OCHONISKY, A.** [29], en France en 1963, le parricide constituerait 29‰ des homicides.

En **France**, en 2002, **CHOCARD, A.S.** [6], dans son étude a trouvé que, les taux d'actes homicide-suicide sont relativement constants et compris entre 2 et 3 pour 1000000 habitants par an. Par ailleurs il trouve que les actes homicide-suicide peuvent survenir dans des cadres nosographiques variés.

Les homicides pathologiques, sont selon **BOSCREDON**, le fait de troubles psychiatriques avérés comme la schizophrénie, la toxicomanie, l'alcoolisme, etc. [4]

Au **Japon**, dans une étude très détaillée, **KONJIKI, K.** [18], en 1952, a découvert qu'un pourcentage important (65%) de femmes criminelles sont des arriérées mentales.

ADDAD et BENEZECH en 1977, ont trouvé que 33,3% des meurtres sont commis par des schizophrènes.

BENEZECH et coll. dans leur étude en 1977, font remarquer que dans l'évolution de la paranoïa, on peut s'attendre à un suicide altruiste ou au meurtre du persécuteur.

En psychiatrie, l'homicide est un acte médico-légal qui appelle systématiquement l'expertise dans le cadre de la législation.

Selon le Doyen **BOUZAT** « *l'expertise est la procédure qui a pour but d'utiliser les connaissances d'un technicien pour tirer au clair une question dont la solution demande une compétence technique dont le juge est dépourvu* » [22].

Les investigations expertales permettent de mettre en évidence les motivations pathologiques des auteurs d'homicide.

L'expertise psychiatrique permet de répondre à certaines questions : le crime est-il une folie ? Autrement dit, l'auteur d'un meurtre agirait-il toujours en état de démence, au sens de l'article 64 de l'ancien code pénal français? Quel sort lui doit être réservé après qu'une expertise psychiatrique l'a déclaré irresponsable ?

Au **Mali**, l'homicide est un phénomène non moins important parmi les actes criminels ; il est souvent relaté dans les médias. Selon les statistiques mondiales, en 2004, le Mali comptait 18 cas d'homicide pour 100 000 habitants avec une population de 12 666 987 Habitants [35]. Aussi, en 2007, la cour d'assises tenue à Bamako, a fait cas de 63 affaires criminelles dont quatre cas d'assassinat, trois cas de meurtre, deux cas d'infanticide. [31]

Malgré ce constat, aucune étude spécifique centrée sur l'homicide et l'expertise psychiatrique n'a encore été menée au Mali.

Au Mali, **SISSOKO, M.** [34] en 1983, a abordé dans son travail, *quelques aspects médico-légaux de la pratique psychiatrique*, mais il n'a pas traité spécifiquement les homicides et l'expertise psychiatrique.

C'est pour ces raisons que nous avons jugé nécessaire de faire une étude rétrospective sur les cas d'homicide ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique au CHU du Point G, pour initier une analyse de la problématique par les autorités sanitaire et judiciaire du Mali.

OBJECTIFS

« Le crime est la réponse d'une personnalité à une situation »

**Bouzat et Pinatel, III, p. 423 ; comp. SEELIG,
Traité de criminologie, p. 159 et s.**

II- OBJECTIFS :

1. OBJECTIF GENERAL :

- Etudier l'apport de l'expertise psychiatrique dans la prise en charge des auteurs d'homicide.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des auteurs d'homicide ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique.
- Identifier les entités nosographiques rencontrées chez les auteurs d'homicide expertisés.
- Déterminer la nature du rapport existant entre les auteurs d'homicide et leurs victimes.
- Répertorier les différentes conclusions des expertises effectuées chez les auteurs d'homicide.

GENERALITES

« Il vaut mieux, me semble-t-il, retarder la condamnation d'un coupable que d'envoyer à la prison un malheureux dont l'unique tort serait d'être atteint de démence précoce ».

Joffroy, (1907), contribution à l'étude de la période médico-légale de la démence précoce.

III- GENERALITES :

1- DEFINITIONS :

Selon le **Petit LAROUSSE illustré** [21], l'homicide (lat. *homicida*), est l'action de tuer, volontairement ou non, un être humain.

Sur le plan psychiatrique, qui nous intéresse, il n'en reste pas moins vrai que le véritable «homicide » pathologique est rare et qu'il ne diffère guère du meurtre dit normal que par le choix préférentiel des victimes dans l'entourage immédiat de l'agresseur et la présence de troubles psychiatriques patents chez ce dernier.

Il existe différentes terminologies, dans les textes psychiatriques pour, définir les types d'homicide :

- **Avitolicide** : il s'agit du meurtre des grands-parents. [26]
- **Filicide** : introduit par **RESNICK, P.J.** [32], en 1969, il désigne le meurtre d'un enfant par le père ou la mère.
- **Infanticide**, meurtre ou assassinat d'un enfant nouveau-né (selon l'article 199 du CPP Malien), c'est-à-dire qui n'a pas plus d'un mois.
- **Parricide** : meurtre du père.
- **Matricide** : (étymologie du Latin : *mater*, « mère » et *caedere*, « tuer ») désigne une personne qui tue sa mère.
- **Familicide** : meurtre du ou de la conjoint(e) et des enfants par un parent, presque toujours perpétré par un homme.
- **Uxoricide** : meurtre de la conjointe.
- **Maricide** : meurtre du conjoint.
- **Fratricide** : meurtre du frère.
- **Sororicide** : meurtre de la sœur.
- **Suicide** (du latin *sui caedere*, se tuer soi-même) est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie.

Dans le domaine médical, on parle aussi d'**autolyse** (du grec auto- : soi même, et -lyse : destruction).

2- Quelques rappels historiques :

Le premier cas de meurtre, signalé dans l'histoire de l'homme et interprété dans tous les récits sacrés entre autre **la Sainte Bible** [19], est celui d'**Abel** (fils d'Adam et d'Eve) par son grand frère **Caïn**, par jalousie. Cet acte pousse Dieu à inscrire un signe mystérieux sur le front du premier criminel pour le réserver à sa justice et le soustraire à la vindicte.

Dans la mythologie gréco-romaine, on retrouve relativement peu de récits mettant en scène des actes homicides seuls, le plus souvent ce sont des actes homicide-suicide.

Médée a tué son frère **Apsyrtus** afin d'aider à l'évasion **Colchis de Jason** après obtention de l'ouatine d'or ; ce dernier l'ayant abandonnée, elle se vengea en égorgeant leur quatre enfants [6].

Hercule [15], héros le plus populaire et le plus célèbre de la mythologie classique, frappé de folie par **Héra**, tue ses propres enfants. Dans la version d'**Euripide**, il croit que ses enfants sont ceux d'**Eurysthée** et les tue. De même, il prend son père pour celui d'**Eurysthée** et est sur le point de le tuer quand **Athéna** le frappe à la poitrine et l'endort. Au réveil, il reconnaît ses crimes et veut se suicider. Mais **Thésée** le détourne de son projet.

Anthée, un jeune de race royale vit en otage à la cour de **Phobios**. La femme de celui-ci, **Cléoboea** tombe amoureuse de lui. Mais comme **Anthée** ne veut pas lui céder, **Cléoboea** décide de se venger. Elle lance une coupe d'or dans un puits profond et demande à **Anthée** de descendre la chercher. Quand il est au fond, elle jette sur lui une grosse pierre qui l'écrase. Comprenant alors le meurtre

qu'elle vient de commettre, alors qu'elle est toujours éprise d'**Anthée**, elle se pend [6].

Après le suicide, on a constaté qu'en fonction des sociétés, un autre variant d'homicide, l'infanticide était une pratique assez courante.

Dans l'**Antiquité**, en **Grèce**, l'infanticide était considéré comme un homicide. Il était pratiqué à **Sparte** sur les jeunes garçons qui semblaient incapable de défendre la cité.

En **Inde** et en **Chine**, après avoir été fréquent durant des siècles, l'infanticide des filles reste pratiqué aujourd'hui, mais de manière marginale, dans ces deux pays. La naissance d'une fille est en effet considérée comme une honte, et en Inde, de plus, comme un désastre financier, puisque ses parents doivent, pour la marier, payer une forte dot.

Chez les **indiens d'Amazonie**, dans plusieurs tribus telles que les **Suruuarras** ou les **Yanomamis**, l'infanticide des individus très faibles ou mal formés évite à la communauté de porter le poids de membres qui seront très peu utiles à la vie du groupe.

En **Afrique**, des actes d'homicide à travers des assassinats ont également eu lieu dans l'histoire des sociétés, ou été suspectés le plus souvent suite à des rivalités de succession royale et politique :

Shaka Zulu [26], en 1816, à la mort de **Senzangakona**, **Dingiswayo**, profita de son prestige militaire pour s'emparer du pouvoir après avoir assassiné son demi-frère **Sigujana**.

Cléopâtre VII [16] de l'**Egypte**, a assassiné par empoisonnement son plus jeune frère et co-gouverneur **Ptolémée XIV** en 44 avant J. CHRIST afin de le remplacer avec **Ptolémée Ceasarion**, son fils eut avec **Jules César**.

3- Quelques approches psychiatriques :

Plusieurs psychiatres se sont penchés sur le phénomène homicide dans ses variétés, pour essayer d'en donner une explication rationnelle.

Certains auteurs rapportent d'ailleurs des observations assez nombreuses d'acte homicide suivi de suicide.

PINEL, P. rapporte en 1809 un cas d'homicide altruiste non suivi de suicide. Il expose «l'exemple d'une mélancolie avec bigoterie » : *« un vigneron crédule, qui se croit franchement dévolu aux braisiers éternels, et qui ne pense plus qu'à sauver sa famille,...Il essaie d'abord de commettre ce crime horrible sur sa femme, qui parvient à s'échapper de ses mains, et bientôt après son bras forcené se porte sur ses deux enfants à bas âge, et il a la barbarie de les immoler de sang-froid, pour leur procurer la vie éternelle »*. Pinel P. le considère comme un mélancolique. Il relie homicide et mélancolie sans parler néanmoins d'homicide mélancolique ou d'homicide altruiste. [6]

En 1936, COURBON, P. et CHAPOULAUD, J. exposent le cas d'un alcoolique chronique qui, au cours d'une ivresse tue sa femme puis tente de se poignarder. Pour les auteurs : *« l'uxoricide dont il s'agit, n'est que la réussite incomplète d'un suicide collectif conjugal qui, lui-même, fut la première manifestation psychique d'une intoxication alcoolique »*. [6]

EY, H. et BERNARD, P. exposent l'observation d'une femme de 38 ans qui, en 1940, tue un de ses enfants, en blesse un autre et tente de s'égorger au cours d'un état crépusculaire inconscient et amnésique, suivi quelques semaines d'une crise de mélancolie confuso-anxieux. [13]

On croyait encore au rôle de la dégénérescence, dont le médecin français **MOREL** [27] avait décrit l'action dans son « *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* » en 1857. Ce fut le premier ouvrage traitant directement de la criminalité.

4- Approche criminologique :

La « science criminologique » se prête relativement au schéma de **COMTE, A.** avec:

- ***l'ère théologique***, à laquelle correspondraient les conduites d'exorcisme ou de supplices religieux,
- ***l'ère métaphysique***, à laquelle correspondrait la discrimination de la responsabilité du criminel,
- ***l'ère positive***, à laquelle correspondrait la criminologie en tant que science humaine ayant pour objet le criminel et le « processus criminogène » qui le conduit à passer à l'acte criminel. [13]

Plusieurs auteurs criminologues ont évoqué l'acte homicide-suicide. Sur la question, il nous paraît intéressant de retracer les opinions de **LOMBROSO, C ; FERRI, E.** pour l'école **italienne**, **Von Krafft-Ebing, R.** en **Autriche** et **GARNIER, P.** pour la **France** [13].

LOMBROSO et l'école positive italienne mettent en place une anthropologie criminelle s'attachant à repérer, grâce à une méthode statistique naissante, les stigmates anatomiques et les particularités physiologiques et morales spécifiques au criminel. Pour **Lombroso**, il existe dans l'espèce humaine une race de criminels prédisposés au meurtre. Selon lui, cette espèce humaine se caractérise par : l'étroitesse du crâne, la longueur des maxillaires, les pommettes

saillantes. Il s'agit pour lui d'un caractère atavique définissant le « criminel né ». [23]

Avec, **FERRI** (fin du XIX^e siècle) l'étude de la criminologie s'est appliquée à l'individualité socio psychosomatique du criminel. Cette étude détermine 3 types de facteurs :

- les facteurs anthropologiques inhérents à la personne (mélange de facteurs bio-morphologiques, anomalies psychiques, conditions ethniques et écologiques) ;
- les facteurs physiques (environnement naturel) ;
- les facteurs sociaux (épidémiologie, éthique, profession, milieu familial).

Il a orienté la criminologie vers l'étude psychologique du criminel (en notant notamment que l'homicide est psychologiquement lié au suicide) et vers une transformation de la peine en recherchant plutôt des équivalents ou substituts pénaux.

Dès lors, la criminologie n'a plus pour objet que le crime faisant corps avec le criminel et celui-ci faisant corps avec l'ensemble des conditions physiologiques et sociales de sa personnalité. [13]

Von KRAFFT-EBING, R. s'intéresse aux causes des actes criminels chez les mélancoliques dans l'édition parue en 1892 de son traité de « Médecine Légale des aliénés ». Il écrit : « Une catégorie importante de crimes est constituée par l'infanticide par amour... Ainsi ils tuent leurs enfants, puis se suicident. Souvent le suicide ne réussit pas ou les malades y renoncent, dans l'espoir que la main du bourreau les réunira à leurs enfants déjà morts. [6]

GARNIER est l'auteur de travaux sur des questions ayant trait à l'homicide altruiste : le suicide à deux et la mélancolie dans ses rapports avec la médecine légale 1891; le suicide collectif 1896. [6]

BENEZECH, M. [3] en 1996, donne son propre classement des homicides pathologiques, dont il reconnaît 8 catégories :

1. l'homicide impulsif
2. l'homicide passionnel
3. l'homicide sexuel
4. l'homicide dépressif
5. l'homicide psychotique non délirant
6. l'homicide psychotique délirant
7. l'homicide de cause organique
8. l'homicide non classable.

Il est intéressant de noter que dans l'ouvrage de 1997, « **Criminologie et Psychiatrie** », réalisé sous la direction d'**ALBERNHE, T.** « *l'infanticide suivi du suicide de l'auteur* » est mentionné par **ALBERNHE, T. et K.** dans le chapitre concernant « les infanticides et les filicides ». [6]

5- Approche sociologique :

L'approche théorique sociologique de **DURKHEIM, E.** [12], concernant le suicide et l'homicide est en effet, très différente de tout ce qui a été évoqué par le biais de la pathologie individuelle. Cet auteur écarte la question de la pathologie mentale individuelle, faisant du crime un fait social normal ou appartenant à toutes les sociétés, donc utile et nécessaire.

Le suicide est perçu assez différemment selon les cultures ; si dans les sociétés occidentales, il a longtemps été considéré comme immoral et déshonorant, il est dans d'autres sociétés, justement le moyen de recouvrer un honneur perdu. Chez nous au Mali, cette thèse est un fait connu dans la société Bwa.

DURKHEIM [12], publie en 1897, son fameux livre « *Le Suicide* » où il analyse ce phénomène sous un angle social. Il distingue quatre sortes de suicide :

- **le suicide égoïste** : dans lequel il trouve une individualisation démesurée, s'affirmant au détriment du moi social et une désagrégation de la société. Il est le signe d'une société trop déstructurée pour fournir un motif valable d'existence à certains de ses individus,

- **le suicide altruiste** : développé dans les sociétés où l'intégration est suffisamment forte pour nier l'individualité de ses membres. L'individu est tellement absorbé dans son groupe que sa vie ne peut exister en dehors des limites de ce groupe,

- **le suicide anémique** : qui est dû à des changements sociaux trop rapides pour que les individus puissent adapter leurs repères moraux. Le mot "anomie" vient du grec *anomia* et signifie absence de règle, violation de la règle),

- **et le suicide fataliste** : qui se définit par la prise en compte par l'individu d'un destin muré, immuable.

Dans chaque cas, la désintégration sociale est la cause première véritable.

6- Approche juridique :

Les faits criminels, une fois leur réalité et leur imputabilité à un auteur présumé établie suite à une enquête criminelle, appellent une sanction.

En droit malien, l'intervention d'un enquêteur spécialisé est obligatoire chaque fois qu'il y a crime. Il s'agit d'un magistrat appelé Juge d'Instruction qui a l'obligation de rechercher tous les éléments de preuve susceptibles d'asseoir la culpabilité ou l'innocence de la personne objet des poursuites.

Mais la seule imputabilité matérielle des faits ne suffit pas à établir la responsabilité pénale de l'inculpé. En effet, l'article 64 du CP Français (article 28 du CP Malien) a prévu des causes de non responsabilité au nombre desquelles, on cite la démence de l'inculpé au temps de l'action. Le juge a donc l'obligation de rechercher si l'auteur présumé du crime n'était pas en état de démence au moment de la commission du crime.

Cette recherche relève d'une science distincte du droit à savoir la psychiatrie. C'est le psychiatre qui est en mesure d'établir que l'inculpé a commis l'action à un moment où il n'était pas en possession de ses facultés mentales. Dès lors l'établissement de la responsabilité pénale devient une question hautement médicale, l'expertise du juge seul ne suffisant plus à l'établir.

Le juge s'est vu ainsi doté de pouvoirs spécifiques pour faire recours à l'homme de l'art en vue de déterminer l'état mental de l'inculpé et par conséquent sa responsabilité.

Le Code de Procédure Pénale Malienne dans ses articles 165 et suivants que nous développons plus tard, définit les conditions dans lesquelles cette expertise doit être engagée et se dérouler.

Par ailleurs, selon **PRADEL, J.** [30], l'homicide, est le fait de tuer un homme.

C'est l'une des plus anciennes infractions connues. L'homicide était déjà incriminé sous l'antiquité, la vie étant la valeur fondamentale par excellence.

L'homicide n'est pas une notion unique. Selon l'état d'esprit de l'agent, le code pénal français de 1994 distingue trois qualifications :

- Le meurtre où l'agent a l'intention de tuer (**homicide intentionnel**) ;

- Les coups volontaires sans intention de donner la mort où l'agent frappe volontairement, mais sans rechercher la mort (**homicide non intentionnel**) ;
- L'homicide par imprudence où l'agent ne veut ni le coup ni le résultat (**homicide involontaire**).

Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié **d'assassinat** dans l'article 199 du Code Pénal Malien.

Seul l'acte homicide intéresse le domaine pénal, puisque le suicide n'est plus punissable.

Les actes homicides posent des problèmes sur le plan juridique ; il y a mort(s) non naturelle(s), ce qui déclenche la mise en marche du système judiciaire.

Les malades mentaux comme les sujets normaux commettent des actes criminels ou délictueux et, à ce titre, ont à faire à l'institution judiciaire pour répondre de leurs actes sur le plan pénal. Ils sont confrontés au problème de la sanction pénale et à celui de la responsabilité assumable de leurs actes.

Sur le plan historique, les malades mentaux, dès lors qu'ils furent identifiés et reconnus en leur singularité, ont fait de tous temps l'objet de mesures particulières en matière de responsabilité des actes, aussi graves soient-ils, mais accomplis en état de démence.

Les pénalistes cherchent désormais à comprendre les motivations du criminel. Ils s'interrogent sur le contexte du crime et s'efforcent de trouver la meilleure adéquation entre le condamné et la sanction. En effet, nous ne sommes plus à l'époque où la même peine était systématiquement infligée aux auteurs des mêmes actes criminels.

Dans le cadre de l'homicide, la législation actuelle appelle systématiquement l'expertise psychiatrique de l'auteur.

Les juriconsultes laissent aux médecins le soin de diagnostiquer l'aliénation mentale dont souffrait l'accusé. Le CP français de 1810 en disposant de manière formelle dans son article 64 et la loi française du 30 juin 1838 établissant les conditions dans lesquelles les malades mentaux réputés « compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes » pouvaient être internés d'office dans des établissements spécialisés, allaient officialiser la pratique psychiatrique médico-légale. Cependant dans un cas, comme dans l'autre, l'avis du psychiatre reste purement consultatif, la décision appartenant toujours à l'autorité judiciaire (non-lieu ou relaxe) ou à l'autorité administrative (**placement d'office**).

7- Entités nosographiques criminogènes:

Boscredon a prouvé qu' « *il n'est pas moins vrai que le véritable homicide pathologique est rare et qu'il ne diffère guère du meurtre dit normal que par le choix préférentiel des victimes dans l'entourage immédiat de l'agresseur et la mise en évidence de troubles psychiatriques patents chez ce dernier* ». Toutefois, l'homicide pathologique survient dans un contexte psychoaffectif morbide avec des motivations toujours affectives, ce qui n'est pas obligatoirement le cas dans le meurtre non pathologique.

Pour débattre de ce problème, il est essentiel de se centrer dans un premier temps sur les pathologies psychiatriques reconnues, appartenant à l'axe I des classifications internationales que ce soit le **DSM IV** ou la **CIM 10**.

Lorsqu'on évoque les maladies criminogènes, on pense d'abord aux maladies mentales, et notamment à **la démence** qui consiste à l'affaiblissement progressif et global des fonctions psychiques. C'est une maladie acquise, et non pas congénitale comme la débilité mentale. Mais à côté de la démence proprement dite, la psychiatrie

dénombrer un certain nombre d'autres psychoses et de multiples névroses...

Nous allons les examiner successivement, car il est bien certain en clinique que les divers éléments psychopathologiques se combinent inextricablement, aussi bien entre eux qu'avec les facteurs sociaux d'environnement.

a. Criminels psychotiques :

a. 1. La schizophrénie :

Les schizophrènes peuvent être des malades présentant la plus grande dangerosité psychiatrique. Classiquement, leur criminalité est centrée sur le rôle des impulsions et de l'hébéphrénocatatonie.

Le passage à l'acte, en particulier homicide, inaugurant la maladie est classique. Il peut être en fait un mode de révélation de troubles anciens passés inaperçus ou dissimulés par le malade et son entourage. Il est habituel de lire, dans les ouvrages de psychiatrie légale, que l'acte antisocial du schizophrène se caractérise par sa soudaineté imprévisible, son irrationalité, son incohérence, sa discordance, son inintelligence apparente et, lorsqu'il s'agit d'une agression physique, par sa violence et son acharnement sur la victime souvent au moyen d'une arme blanche. Ces données anciennes s'appliquent principalement à certains de leurs actes majeurs : homicide. Les thèmes délirants de persécution et d'influence avec idées d'emprise et de contrôle idéique sont les plus criminogènes, ainsi que les délires mystiques. L'agression peut être soudaine, immotivée, irrationnelle, sans signe annonciateur ou, à l'inverse, survenir dans un contexte clinique bruyant au cours d'une phase productive de la maladie. L'absence de culpabilité, la froideur et l'indifférence caractérisent parfois les crimes perpétrés par les hébéphrènes.

Contrairement aux constatations des auteurs anciens, la pratique actuelle montre que les actes majeurs de la criminalité sont commis principalement par les héboïdophrènes et les délirants paranoïdes. [4]

a. 2. La paranoïa :

Les paranoïaques sont, après les schizophrènes, les malades mentaux les plus dangereux.

Dans l'étude de **BENEZECH et coll.** en 1977, avec 40 cas, il a été prouvé que, le délire chez eux devient manifeste le plus souvent entre 30 et 40 ans, et le passage à l'acte intervient de 1 à 10 ans après son début. Par la suite, on peut observer deux types d'évolution :

* Au bout de plusieurs années, le délire s'étoffe, s'organise autour des thèmes de persécution, de revendication, parfois des idées mégalomaniaques et des hallucinations sensorielles. A noter que des menaces de mort sont souvent proférées contre les proches parents et plus spécialement contre les enfants. La dangerosité de ces malades est donc prévisible, puisque l'enchaînement des actes est identique dans tous les cas et ces actes sont pour la plupart effectués après des séjours antérieurs en centres hospitaliers. Le passage à l'acte agressif sous forme de violences physiques est un signe d'alarme annonçant l'accession à des actes majeurs de criminalité.

*Le délire qui évolue à bas bruit, n'est que peu extériorisé, le passage à l'acte, souvent favorisé par des excès éthyliques, se faisant d'emblée sur un mode grave.

Dans la dépression du paranoïaque, l'effondrement de son système paralogique mis en place pour donner une signification à son sentiment persécutif peut entraîner chez lui un syndrome souvent d'allure mélancolique. Le geste suicidaire est d'autant plus à

craindre et on peut s'attendre à un suicide altruiste ou au meurtre du persécuteur. [4]

a. 3. Le délire hallucinatoire chronique :

Ces psychoses comprennent les **psychoses hallucinatoires chroniques**, les très rares **paraphrénies**, et les autres délires chroniques non classables. Les thèmes délirants les plus rencontrés sont la persécution et/ou, à moindre degré, la jalousie. Les idées d'empoisonnement ne sont pas rares et souvent tendent le passage à l'acte antisocial. Ces malades sont souvent des dromomanes qui, par des déplacements incessants, essayent d'échapper à leurs persécuteurs ; dans ce but, le port d'une arme est classique. [4]

a. 4. La psychose maniaco-dépressive :

Contrairement à une opinion répandue, les dysthymies psychotiques ne sont maintenant que rarement la cause de passage à l'acte antisocial, grâce à l'efficacité des chimiothérapies modernes. En pratique, on voit quelque fois des infractions au Code de la route ou contre les biens, à type de vols, de chèques sans provision, escroqueries, commises au cours d'états maniaques ou hypomaniaques.

EY, H. disait d'eux que ce sont des malades faisant « *généralement plus de bruit que de mal* ». Bien que fait divers classique, l'homicide altruiste du mélancolique est relativement exceptionnel. Prémédité et réalisé avec sang-froid, il survient généralement chez un sujet dont c'est le premier épisode dépressif grave qui, sous l'effet de manifestations délirantes à thème d'indignité, de culpabilité et de pitié, entraîne ses proches dans la mort. Un peu plus fréquents semblent être les homicides commis pendant la phase dépressive accompagnée d'idées sacrificielles,

survenant au cours d'états psychonévrotiques aigus ou chroniques avec délire de systématisation variable, entrant parfois dans le cadre des schizophrénies dysthymiques. Ici encore, la ou les victimes sont des membres proches et aimés de la famille : enfant, conjoint, père ou mère, frère ou sœur. [4]

a. 5. Les psychoses aiguës :

Ce sont les psychoses délirantes et confusionnelles aiguës. Ces malades peuvent commettre une grande diversité d'infractions, à l'exception de celles nécessitant une élaboration complexe, dont les plus graves sont le meurtre et sa tentative. Il est à noter que le patient présentant un épisode psychotique aigu passe directement à l'acte homicide, sans menace de mort auparavant. La présence d'une thématique délirante mystique est un signe de dangerosité.

Au plan médico-légal, il faut insister sur l'existence d'états délirants, dissociatifs et confuso-oniriques très brefs, disparaissant spontanément en quelques heures ou quelques jours avant que le diagnostic soit porté et qu'une thérapeutique soit prescrite. C'est en particulier le cas de certaines psychoses puerpérales causes d'infanticide, où seul un examen mental précoce permet d'observer la déstructuration de la vie mentale. [4]

b. Criminels névrotiques :

Chez les névrotiques, on peut assister parfois à des parricides, incestes suite à des facteurs psychopathologiques et crimino-génétiques sous-tendus par des conflits névrotiques et plus spécialement œdipiens.

En pratique, on voit quelques fois des hystéries graves, parfois délirantes, pouvant conduire à des actes homicides et/ou suicidaires.

c. Criminels déséquilibrés psychiques ou psychopathes :

Les psychopathes appelés aussi sociopathes dans la littérature anglo-saxonne, forment la catégorie nosographique la plus importante du point de vue criminologique.

Guze et coll. ont mis en évidence une relation statistique significative entre carrière criminelle et diagnostic de sociopathie, alcoolisme, dépendance à la drogue. On commence à comprendre maintenant la genèse de leur pathologie du caractère. Les carences éducatives et affectives dont ils ont souffert dans la petite enfance expliquent leur méfiance envers le monde, la difficulté qu'ils ont à différer la satisfaction de leur désir, leur pauvreté fantasmatique provoquant la fréquence des « acting out » criminels, leur impossibilité à nouer des liens affectifs durables. Dans les passages à l'acte, ils expriment à la fois leur agressivité contre autrui par désir de revanche d'une frustration fondamentale, la culpabilité d'avoir été mal aimés et rejetés, le désir d'être puni en résultant par répétition du conflit primitif, un besoin de revalorisation ou tout simplement d'exister et enfin un utilitarisme immédiat. A l'exception d'épisodes dépressifs ou délirants, le mieux est de les laisser suivre le circuit judiciaire et pénal en évitant de les psychiatriser. C'est généralement à tort que ces sujets sont reconnus, irresponsables de leurs actes, comme déments au sens de l'article 64 du Code pénal français, et qu'ils sont internés en milieu psychiatrique. [4]

d. Criminels arriérés mentaux ou débiles mentaux :

L'étude criminologique des arriérations mentales se heurte en premier lieu à la difficulté de définir ces états. Si, classiquement, la débilité mentale se présente comme une insuffisance des facultés intellectuelles, il resterait à savoir ce qu'est l'intelligence dite

normale et quelles sont ses limites avec ce qu'on pourrait considérer comme une déficience intellectuelle pathologique.

Pour **ADDAD** et **BENEZECH**, le deuxième problème méthodologique est celui des éventuelles corrélations statistiques entre arriération mentale et conduites sociales déviantes. Il est classique de dire que si le débile mental est plus souvent criminel que l'homme d'intelligence normale, c'est à cause de sa difficulté à surmonter ses pulsions instinctives et à intégrer les règles sociales du groupe. [4]

e. Criminels alcooliques et toxicomanes :

e.1. L'alcoolisme :

L'abus de boissons alcoolisées, occasionnel ou permanent, est le principal facteur criminogène par sa facilitation du passage à l'acte antisocial ; selon l'adage, le « surmoi est soluble dans l'alcool ».

Selon **Rada**, près de la moitié des homicides sont commis sous l'emprise de la boisson.

La situation dangereuse la plus courante est l'ivresse, et plus spécialement l'ivresse pathologique excito-motrice : les formes cliniques, confusionnelles et délirantes, sont relativement exceptionnelles.

L'ivresse passe souvent inaperçue lors de l'expertise psychiatrique car, guérissant spontanément en quelques heures. Elle est pourtant extrêmement fréquente et grande pourvoyeuse de violence. Les sujets présentant des ivresses anormales peuvent développer au cours des complications aiguës de l'alcoolisme chronique, le classique delirium tremens devenu plus rare, que la bouffée confuso-onirique subaiguë (pré delirium). Ils doivent être informés du risque qu'ils courent et qu'ils font courir à autrui à l'occasion de menaces de mort par manipulation d'armes à feu,

d'agressions physiques, de claustration au domicile ; l'homicide est peu fréquent. La jalousie morbide, parfois délirante de ces sujets, associée à une impuissance sexuelle, peut entraîner des passages à l'acte meurtrier, principalement sur le conjoint, plus rarement sur les rivaux supposés à tort ou à raison, et ce d'autant que l'éthylisme est souvent lié à d'autres troubles comportementaux : arriération affective et intellectuelle, manifestations névrotiques, psychopathique, tendances perverses, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie. [4]

e.2. La toxicomanie :

L'augmentation considérable du nombre de sujets jeunes usant de stupéfiants redonne actuellement à la toxicomanie une place criminologique certaine. Bien que la simple prise de stupéfiants constitue une infraction, c'est la nécessité de se procurer l'argent nécessaire à l'achat des toxiques qui est source de délits (cambriolage, vol). Les passages à l'acte violents sont rares, sauf au cours des brefs épisodes psychotiques induits par les stupéfiants.

f. Autres criminels pathologiques : L'épilepsie

Les statistiques prouvent que la prévalence des épileptiques parmi les prisonniers est sensiblement la même que dans la population dite normale (**Gunn, 1969**) et que ces patients ne sont pas plus violents que les criminels non épileptiques.

Un épileptique ne peut commettre en effet un acte antisocial à l'occasion d'une crise, qu'en cas de crise partielle à symptomatologie complexe ou qu'au cours de la période de confusion post-critique. Il n'est possible d'attribuer une infraction à l'épilepsie que si les quatre critères suivants sont simultanément remplis (**Loiseau et Henry, 1972**) :

- Le délinquant doit présenter des crises comitiales indiscutables selon les formes cliniques maintenant bien connues ;
- La crise au cours de laquelle l'infraction est réalisée doit être identique aux crises habituelles du malade ;
- Les données électro-encéphalographiques doivent concorder avec le type des crises, la clinique restant prépondérante ;
- Les circonstances de l'infraction doivent être compatibles avec l'affirmation de perte de conscience du malade, ce qui implique l'absence de préméditation et de fuite organisée.

Lorsque le délit survient en période inter-critique, il est sans intérêt de constater que le délinquant est un comitial ; seule compte alors l'évaluation psychiatrique du désordre de la personnalité. [4]

8- Généralité sur l'expertise pénale :

➤ *Qu'est-ce qu'une expertise ?*

Pour mémoire, rappelons une formule tirée de la sagesse des anciens :

« L'inspection judiciaire ne suffit pas dans tous les cas pour constater le corps du délit ; cette constatation exige souvent des connaissances spéciales qui manquent au juge et qu'il supplée en appelant le concours des hommes qui les possèdent. Ces hommes lorsqu'ils sont consultés par la justice, prennent le nom d'experts ».

Selon le Doyen **Bouzat** *« l'expertise est la procédure qui a pour but d'utiliser les connaissances d'un technicien pour tirer au clair une question dont la solution demande une compétence technique dont le juge est dépourvu ».* [32]

8-1- Expertise psychiatrique:

Au cours de l'expertise psychiatrique, le magistrat a besoin le plus souvent d'être éclairé et informé sur l'état de démente d'un sujet par l'avis du psychiatre qu'il s'adjoindra et dont l'avis sera recueilli sous la forme d'une ordonnance d'expertise qui permettra au magistrat de poser toutes les questions nécessaires à son information.

C'est ainsi que, lors de la procédure d'instruction d'office, à la demande du juge d'instruction, du ministère public, des parties intéressées et notamment du prévenu lui-même, comme chaque fois que se pose une question d'ordre technique, ici psychiatrique, il sera demandé une expertise (article 156 du nouveau CPP français).

8-2-L'expert psychiatre :

Aux termes de l'article 157 du nouveau CPP français: « *Les experts sont choisis parmi les personnes physiques ou morales qui figurent sur la liste nationale dressée par la Cour de Cassation ou sur une des listes dressées par les cours d'appel. A titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant sur aucune de ces listes* ».

Conformément aux dispositions de l'article 159 du même code : « *Le juge d'instruction désigne l'expert chargé de procéder à l'expertise. Si les circonstances le justifient, il désigne plusieurs experts* ». [4]

Le psychiatre désigné devrait pouvoir avoir les mêmes qualités que celui inscrit sur la liste des experts : compétence, probité, loyauté, et autorité reconnue dans sa spécialité.

Il doit, comme l'expert, respecter les règles imposées et conformément à son serment apporter son concours à l'œuvre de justice en son honneur et conscience. [4]

8-3-Mission de l'expert :

Dans l'énoncé de la mission du psychiatre désigné, le procureur doit s'exprimer avec précision et énumérer les points sur lesquels il désire être éclairé. De la bonne qualité de cet énoncé dépend la qualité de la réalisation de la mission. Le magistrat doit être capable d'énoncer le problème dont il attend la solution du psychiatre désigné.

Sa mission ne peut avoir pour objet que l'examen de questions d'ordre psychiatrique et est précisée dans la décision qui l'ordonne.

Rogues de Fursac insiste sur le rôle de « *conseiller technique* » du psychiatre : « *le psychiatre est absolument qualifié pour prévoir les réactions futures d'un délinquant psychiquement anormal et les effets que l'on peut attendre sur sa conduite à venir soit de l'indulgence ou soit de la sévérité... L'expert doit non seulement établir l'existence de troubles psychiques chez le sujet soumis à son examen mais démontrer que ces troubles existaient au temps de l'infraction* ».

Il serait faux en effet de penser que l'expertise psychiatrique n'impacte jamais le fond du dossier. Ainsi, que la loi, les juges ou l'expert le veuillent ou non, aucune question de l'expertise n'est neutre par rapport à la finalité même du processus pénal, aucune réponse à ces questions n'est totalement étrangère, étanche, aux « conclusions à tirer quant à l'affaire en cours ».

Dans le temps, la **circulaire de « Chaumié »** [4] qui date du 12 Décembre 1905, établissait la mission d'expertise dans le cadre des questions suivantes :

- *Dire si l'inculpé au moment de l'acte était en état de démence au sens de l'article 64 du CPF.*

- *Dire si l'examen psychologique et l'examen biologique révèlent chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité.*
- *Dire s'il est dangereux pour l'ordre public et doit être interné.*
- *Est-ce que les troubles mentaux que l'inculpé paraît présenté ne sont pas simulés ?*

Présentement, la mission-type qui résulte, non du code de procédure pénale lui-même ou de l'actualisation de la circulaire de Chaumié, mais de l'actuel article C 345 de l'instruction générale d'application au pénal, est ainsi conçue :

- 1) L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.*
- 2) L'infraction qui est reprochée au sujet est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?*
- 3) Le sujet présente-t-il un état dangereux ?*
- 4) Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?*
- 5) Le sujet est-il curable ou réadaptable ?*
- 6) Le sujet était-il atteint, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant soit aboli son discernement ou le contrôle de ses actes, soit altéré son discernement ou le contrôle de ses actes, au sens de l'article 122-1 du Code Pénal français?*
- 7) Le sujet a-t-il agi sous l'emprise d'une force ou d'une contrainte à laquelle il n'a pu résister au sens de l'article 122-2 du Code Pénal français?*

Et, dans les cas où il convient d'envisager que la juridiction de jugement puisse prononcer une peine de suivi socio-judiciaire :

8) Le sujet est-il susceptible de faire l'objet d'un traitement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire au sens de l'article 222-48-1 du Code Pénal français?

Dans l'expertise psychiatrique, on ne peut parler de maladie sans aborder les notions de **l'article 64**, de **démence**, de **responsabilité** et de **dangerosité**.

a) Notion de l'article 64 : [1]

Dans le cas du droit français, c'est l'article 64 de l'ancien code pénal de 1810 qui régit la condition du malade mental dans ses rapports avec la justice à l'occasion d'un crime ou d'un délit. Il établit l'absence de délit et de crime lorsque le prévenu a agit en état de démence.

C'est la référence à cet article qui éloigne le malade mental de l'accession à l'exercice de sa responsabilité en matière criminelle et, de ce fait, oriente dans une différence radicale le destin d'un malade psychiatrique en l'établissant dans le statut des êtres irresponsables. La compréhension même des termes de cet article 64 et de son domaine d'application s'est trouvé remise en question par l'évolution des idées, tant en matière psychiatrique que judiciaire et pénologique.

Lorsque l'article 64 a été introduit dans le code pénal en 1810, la non application d'une sanction pénale à l'aliéné criminel ou délictueux proclamé dément, a abouti à son internement dans les établissements que la loi de 1838 créait.

b) Notion d'état de démence :

La notion d'« *état de démence* », inspirée à la fois du droit romain et du Code civil, ne dépend d'aucun savoir médical particulier ; elle veut seulement dire que le prévenu ne savait pas ce qu'il faisait.

La démence au sens de l'article 64 du code pénal : « *Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action* ». [1]

Dans son acceptation actuelle, il implique la conjonction de plusieurs éléments. La notion de démence est prise au sens le plus large possible et inclut des affections mentales de toutes les catégories nosologiques relevant ou non de la loi de 1838, sans aucune distinction étiologique ou clinique mais ayant toutes en commun comme effet de porter atteinte à la responsabilité du sujet. Cette atteinte doit être totale et doit avoir existé au temps précis de l'action. Ce qui exclut du champ d'application de l'article 64 les maladies mentales ayant existé avant l'acte incriminé et celles qui se sont révélées après son accomplissement. De même sont exclues les altérations partielles de responsabilité, résultant de l'inférence d'une maladie mentale ou d'une anomalie de la personnalité révélée à l'occasion d'un crime ou d'un délit.

L'établissement de cet état de démence ressortissant de la seule compétence du juge d'instruction en son intime conviction, utilise notamment des éléments fournis par l'examen du prévenu par un technicien, l'expert psychiatre, mais ce dernier avis n'est nullement indispensable au juge pour retenir ou rejeter l'influence d'un état de démence lors d'un acte criminel ou délictueux.

c) Notion de responsabilité:

La responsabilité dans le CP de 1810 est objective et calculée d'après la nature de l'infraction et non d'après la personnalité de son auteur.

D'où les questions :

- faut-il juger les malades mentaux ?

Sans aucun doute oui, parce qu'il faut d'abord dire s'ils sont responsables pénalement et qu'il s'agit là d'un jugement au sens juridique du terme.

- Faut-il punir les malades mentaux ?

Les principes fondamentaux sont ici évidents : on ne peut le faire pour la raison simple que la punition est directement liée à la responsabilité.

Selon **G. BALLE**T, *toutes les psychoses confirmées entraînent l'irresponsabilité pénale* ». Bien que la loi évolue notre pratique reste encore enracinée dans les vieilles notions : celles de l'article 64 de l'ancien CP. Comme il n'y avait plus ni crime ni délit, on n'est jamais allé loin dans l'analyse et la réflexion est restée figée sur les principes dégagés au début du XIX^e siècle, à l'origine des premières interrogations sur la responsabilité pénale des malades mentaux issue des travaux de **Pinel** et **Esquirol**. Le fou est exclu de la sphère pénale et relève du droit des « aliénés » organisé par la loi du 30 juin 1838. Le juge d'instruction constate qu'il n'y a ni crime ni délit et on ne va pas plus loin. Il y a une disparition de l'acte criminel.

L'expertise pénale occupe une place de choix dans la pratique psychiatrique du XIX^e siècle. Tous les grands traités de clinique psychiatrique lui font une place honorable. [33]

Dide et **Guiraud** dans leur traité de psychiatrie développent la discussion médico-légale de l'expertise. Il s'agit bien chez l'aliéné irresponsable « *d'expliquer que les troubles du jugement mis en relief dans l'étude clinique expliquent bien l'acte antisocial, qu'il s'agit là d'un symptôme clinique de la maladie* ». [33]

Le Nouveau CP (Loi du 22 juillet 1992) [9] stipule par rapport à la responsabilité pénale dans les :

Article 122-1 : *N'est pas pénalement responsable, la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*

Article 122-2 : *N'est pas pénalement responsable, la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister.*

Depuis la promulgation d'un nouveau Code pénal le 1er mars 1994, l'irresponsabilité pénale psychiatrique relève de l'article 122-1, qui ne se réfère plus à l'état de démence mais à un trouble psychiatrique ou neuropsychique ayant aboli (ou altéré) le discernement, ou ayant aboli (ou entravé) le contrôle des actes.

d) Notion de dangerosité :

La question de l'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise pénale est sans aucun doute un des éléments de ce débat, qui intéresse les juristes comme les experts.

Le terme de **dangerosité** est récent. En médecine légale, la dangerosité se réfère à la notion de récidive rapportée à un délit.

Bénézech la définit ainsi : « *État, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui un risque important de violence, de dommage ou de destruction.* ».

La plupart des auteurs s'accordent à distinguer dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique, comme le font **Gravier et Lustenberg** dans un article à propos de l'évaluation de la dangerosité dans une visée expertale en parlant de : la capacité de récidive, autrement appelée *dangerosité criminologique* ; le risque violent, qui recouvre parfois ce qui est appelé la *dangerosité psychiatrique*, et lié à la psychopathologie.

DEBUYST, C. [10] a donné une définition de la **dangerosité criminologique**. Il s'agit d' « *un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* ». Elle se distingue de la **dangerosité psychiatrique** définie comme « *un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental* ».

Par contre, dans l'**aspect psychiatrique de la dangerosité** : il est cliniquement établi que certaines situations psychopathologiques recèlent un danger de passage à l'acte, mais en dehors d'une affection mentale avérée manifestement menaçante, le psychiatre peut-il diagnostiquer la dangerosité ?

Selon **Pouget**, « *l'évaluation de la dangerosité ne peut reposer sur aucune certitude, seulement sur des probabilités et sur une impression subjective* ».

Il faudra donc rechercher les indices révélateurs de cette probabilité de dépasser ce que l'on appelle « **le seuil délinquancier** ». Cette notion existe dans chacun d'entre nous, tous les sujets peuvent présenter des intentions délictueuses. Il existe des critères de dangerosité classiques tels que les antécédents judiciaires, les antécédents psychiatriques, la possession et le goût des armes, l'abus d'alcool et de substances psychotropes, ou encore la faiblesse des facultés intellectuelles. Une personne dite dangereuse présentera généralement un certain nombre de traits de personnalité : immaturité, pauvreté affective et éthique, absence de culpabilité, la présence d'hallucination, des idées d'auto-accusation, un sentiment de revendication et de vengeance chez ceux qui se sentent persécutés.

8-4- Le rapport d'expertise :

Le rapport d'expertise doit être clairement structuré. La source des informations qui y figurent doit être indiquée. Il doit être rédigé dans un langage clair et compréhensible par le juriste.

Le rapport ne doit pas être plus long que nécessaire (se présente comme un document de 6 à 8 pages dactylographiées). On évitera dans un souci de cohérence et de lisibilité les descriptions trop détaillées et les redondances.

Il doit comprendre les chapitres suivants, éventuellement subdivisés en sections:

a) Introduction :

En préambule du rapport d'expertise apparaissent la qualité du médecin, le nom du juge qui ordonne l'expertise et l'objet de cette dernière, formulé selon la réglementation instituée par l'article C 345.

Après, *suit le serment* préalablement prêté.

b) Documents consultés :

Dans le cadre d'une affaire pénale, l'expert a accès au dossier de l'instruction judiciaire. La connaissance de l'état de l'instruction constitue pour lui un point de repère.

c) Rappel des faits :

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

d) Déroulement de l'examen :

Ce chapitre, qui doit également être court, permet de situer la qualité de la relation expertale en fonction des conditions matérielles de l'examen, de l'investissement de l'expertisé, de sa compréhension de

ce qu'est l'expertise ou encore de sa capacité à participer à un entretien. Cet aspect est beaucoup plus important qu'on ne le croit car On ne peut pas avoir la même certitude dans les conclusions en fonction des conditions de réalisation de l'expertise.

e) Lecture psycho dynamique de la biographie :

Les principaux repères sont:

- identifications parentales, carences affectives et éducatives éventuelles, place dans la fratrie, développement psychomoteur, relations affectives intrafamiliales, image identificatoire de chacun des parents, scolarité et formation, vie professionnelle ;
- antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques, consommation ou non de toxiques, vie de relation et loisirs, type de rapports humains habituels, rapport à la violence ;
- particularités de la vie sexuelle : ces aspects doivent être évidemment privilégiés dans les infractions à caractère sexuel. Ils supposent de s'intéresser à de nombreux paramètres : développement de la sexualité depuis la petite enfance, existence ou non d'abus allégués, orientation de la sexualité en fonction des divers âges de la vie, âge des premières relations complètes, rapport sexualité et affectivité, type de relation avec les partenaires, intensité de la vie sexuelle (hyper- ou hypo-sexualité), déviances éventuelles, évolution de la sexualité au fil du temps, maltraitance et violences.

f) Examen psychiatrique :

Il doit être construit comme une observation psychiatrique classique à laquelle s'ajoutent certains aspects spécifiques de la clinique expertale.

La commission d'audition insiste sur les aspects les plus particuliers. Il est utile de retenir que dans une grande proportion de cas cet examen est négatif, c'est-à-dire qu'il ne met en évidence aucune

pathologie psychiatrique grave. Il est néanmoins nécessaire que la rédaction du rapport puisse permettre aux lecteurs de vérifier que tous les aspects importants ont été explorés. Ainsi est-il préférable d'affirmer qu'il n'y a pas de pathologie dépressive ou pas de déficience intellectuelle plutôt que de ne rien mentionner, ce qui ne permet pas aux lecteurs de savoir si cela a été oublié par l'expert ou absent chez le sujet.

Quelques points spécifiques doivent toujours être mentionnés :

- qualité du contact ;
- fonctionnement intellectuel et cognitif (attention, concentration, mémoire, compréhension, association idéique, jugement, raisonnement, etc.) ;
- pathologie thymique ou trouble de l'humeur ;
- troubles psychotiques ;
- structure de personnalité ;
- mécanismes de défense habituellement utilisés, en insistant sur leur caractère souple ou au contraire rigide et répétitif ;
- gestion de l'agressivité et impulsivité ;
- caractéristiques de la sexualité ;
- rôle des substances psycho-actives au moment de l'acte ;
- selon les circonstances il peut être utile de développer à ce niveau les arguments qui permettront ensuite de préciser le lien victimologique.

g) Discussion :

Elle doit permettre au lecteur de suivre clairement le cheminement intellectuel et clinique aboutissant aux réponses aux questions posées dans la mission.

Cette discussion peut développer trois niveaux d'analyse :

- analyse psychiatrique ;

- analyse du passage à l'acte et du lien victimologique, nourrissant la réflexion des acteurs pour comprendre l'acte et ainsi éviter au sens propre le préjugé ;

- analyse psycho criminologique, reliant l'acte à des éléments d'environnement, au type de lien victimologique et ouvrant sur la possibilité d'évaluer le risque de récidive. Cette approche pluridisciplinaire nécessite une formation, des connaissances et des pratiques spécifiques.

h) Conclusion :

L'expert, dans cette partie, doit répondre précisément, dans l'ordre donné et de façon exhaustive, à chacune des questions posées dans la mission. Les réponses doivent être courtes et précises.

Cette conclusion contient en résumé les points-clés de la discussion et dans laquelle le médecin expert se prononce au sujet de la démence ou non de l'inculpé, et le degré éventuel d'atténuation de responsabilité.

Toute réponse qui laisserait apparaître des éléments qui n'ont pas été discutés auparavant est à proscrire, car elle ferait perdre la crédibilité à l'expertise.

Quelle attitude l'expert doit-il avoir dans la réponse aux questions types ? Et dégager des recommandations pour chacune de ces questions.

Question 1: l'examen révèle-t-il des anomalies mentales ou psychiques ?

Lorsqu'une pathologie psychiatrique majeure a été décelée, la réponse à cette question ne pose pas de difficulté.

Lorsque l'examen ne retrouve que des traits de personnalité, l'expert doit garder à l'esprit que l'implication ou non du sujet dans les faits incriminés demeure comme une inconnue fondamentale dont la

levée pourrait venir modifier des conclusions hâtives ou imprudentes. En l'absence de pathologie psychiatrique majeure, la description des traits de personnalité doit se limiter à une observation clinique objective. Dans ce contexte de négation des faits, elle ne doit pas dégager de traits de personnalité qui seraient utilisés comme argument à charge.

Question 2 : l'infraction qui est reprochée au sujet est-elle en relation avec de telles anomalies ?

L'existence d'une pathologie psychiatrique majeure chez un sujet qui nie les faits est une situation rare mais toujours difficile. L'expert ne peut mettre en relation des faits qui ne sont ni établis ni reconnus par le sujet avec la pathologie psychiatrique qu'il constate. L'expert doit mentionner qu'il lui est impossible de répondre à cette question. Tout au plus, lorsque cela est possible, peut-il s'efforcer de décrire quel était l'état clinique du sujet à l'époque où les faits incriminés se sont déroulés.

En l'absence de troubles psychiatriques majeurs, l'expert ne peut affirmer que les traits de personnalité qu'il a décelés, sont à l'origine de faits que le sujet ne reconnaît pas.

Question 3 : le sujet présente-t-il un état dangereux ?

L'état dangereux ne pourra être apprécié qu'au regard de la dimension psychiatrique puisque les aspects criminologiques ne sont pas clairement établis. Lorsqu'une pathologie psychiatrique majeure est à l'origine d'un état dangereux, les dispositions de la loi du 27 juin 1990 du code de la santé publique, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, s'appliquent pleinement au Mali.

Question 4 : le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?

Là encore, c'est l'importance des troubles psychiatriques qui détermine la réponse à cette question. Que le sujet nie les faits ou qu'il les reconnaisse, la question majeure reste : quel est le sens d'une sanction pénale pour une personne atteinte d'une maladie mentale de dimension aliénante ?

Question 5 : le sujet est-il curable et réadaptable ?

La question de la curabilité n'a de sens que s'il existe une pathologie psychiatrique pour laquelle l'expert peut mentionner des orientations thérapeutiques.

La question de la réadaptation n'a de sens que si le sujet avait cessé de fonctionner de façon adaptée, sur le plan social, familial, professionnel, légal. La réponse à cette question est souvent impossible dans un contexte de négation des faits.

Question 6 : le sujet était-il atteint au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement, aboli ou entravé le contrôle des actes ?

En l'absence de pathologie psychiatrique majeure, la négation des faits ne rend pas cette question plus délicate que dans les cas où les faits sont reconnus.

Par contre, l'existence d'une maladie mentale de dimension aliénante, place l'expert en situation difficile : Il existe manifestement des troubles psychiatriques majeurs au moment de l'examen, mais ces troubles étaient-ils dans une phase active au moment des faits ?

On distinguera :

- Les troubles mentaux durables, évoluant sans rémission sur le mode de la chronicité, rendant le sujet inaccessible à une sanction pénale ; Ici la décision d'irresponsabilité pénale pourra être proposée même dans ce contexte de négation.

- Les troubles épisodiques ou périodiques, faits de décompensations successives entrecoupées de périodes durant lesquelles les troubles s'apaisent sur un mode plus résiduel ; Là, l'expert ne pourra pas proposer d'emblée l'irresponsabilité pénale. Il devra néanmoins indiquer au magistrat instructeur qu'une nouvelle expertise psychiatrique sera nécessaire si le sujet venait à reconnaître tout ou partie des faits qui lui sont reprochés ou si l'enquête permettait d'établir clairement sa culpabilité.

Dans tous les cas, lorsque la pathologie psychiatrique impose des soins urgents, l'expert devra initier une hospitalisation d'office en application de **l'article D 398 du CPPF**. Cette mesure a l'avantage de permettre à l'instruction de se poursuivre. Une ultime évaluation expertale sera nécessaire avant de renvoyer le sujet devant une juridiction de jugement afin de statuer sur l'irresponsabilité pénale.

8-5- La déontologie de l'expert :

Tout psychiatre désigné comme expert doit se soumettre, sous peine de sanctions, à deux ordres d'obligations : d'une part, celles générales, contenues dans **le code de déontologie médicale** ; d'autre part, celles particulières, découlant de la législation ou de la réglementation propres à la nature de sa mission et de sa désignation.

a) Le code de déontologie médicale :

Le Code de déontologie médicale du Mali définit le rôle général de l'expert médical qui peut s'appliquer au psychiatre désigné :

fournir, dans les limites de la mission qui lui est confiée, les éléments médicaux qui éclaireront la décision du juge comme il est stipulé dans l'article 44.

b) Les obligations particulières essentielles:

L'article 108 de l'actuel de code de déontologie médicale française réaffirme que « *Dans la rédaction de son rapport, le médecin-expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées dans la décision qui l'a nommé. Hors de ces limites, le médecin-expert doit taire ce qu'il a pu connaître à l'occasion de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé* ».

L'article 107 du même code rappelle de nouveau, ce qui est trop souvent omis par ignorance ou par routine, que « *le médecin-expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il doit examiner de sa mission, »*.

Ces obligations font l'objet des articles 156 à 169 du CPPF et des articles 232 à 284 du nouveau CPC.

En matière pénale, l'article 11 du CPP dispose que toute personne qui concourt à la procédure d'instruction est tenue au secret professionnel dans les conditions et les peines de l'article 226-13 et 226-14 du nouveau CPF (article 130 du CP Malien). Ce dernier article vise les médecins.

Conformément à leur serment, les experts « doivent apporter leur concours à la justice en leur honneur et en leur conscience » (art. 168 du CPP Malienne). Ils doivent également attester avoir accompli personnellement les opérations d'expertise.

RAPPEL DES PRINCIPALES DISPOSITIONS LEGALES EN VIGUEUR AU MALI :

Les textes qui représentent la maladie mentale au Mali ne diffèrent pas théoriquement de ceux de la France mais posent des problèmes pratiques.

Le malade mental, déclaré irresponsable au sens de **l'article 28 du CP malien (ancien art. 64 du CP français)**, est exempt de toute sanction pénale.

Article 28 du CODE PENAL :

« Il n'y a ni crime ni délit :

1- lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou de légitime défense de soi-même ou d'autrui ;

2- lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ;

3- Lorsqu'il a agi en vertu d'un commandement de la loi ou d'un ordre de l'autorité légitime ».

Cet état de fait aboutit à une double notion de protection :

- Protection de la société contre un sujet dangereux,
- Protection du malade contre les personnes.

CODE DE PROCEDURE PENALE DU MALI:

Loi N°01- 080 du 20 Août 2001 [22]

Section VII : De l'expertise

Article 165 : *Toute juridiction d'instruction ou de jugement, dans le cas où se pose une question d'ordre technique, peut, soit à la demande du ministère public, soit d'office, ou à la demande des parties, ordonner une expertise.*

Lorsque le juge d'instruction estime ne pas devoir faire droit à une demande d'expertise, il doit rendre une ordonnance motivée.

Les experts procèdent à leur mission sous le contrôle du juge d'instruction ou du magistrat que doit désigner la juridiction ordonnant l'expertise.

Article 166 : *Les experts sont choisis sur une liste établie par le bureau de la cour d'appel.*

Les modalités d'inscription sur cette liste et de radiation sont fixées par décret.

A titre exceptionnel, les juridictions peuvent, par décision motivée, choisir des experts ne figurant pas sur la liste.

La mission des experts, qui ne peut avoir pour objet que l'examen de questions d'ordre technique, est précisée dans la décision qui ordonne l'expertise.

Article 168 : *Lors de leur inscription, les experts prêtent devant la juridiction du ressort de leur domicile serment " d'accomplir leur mission, de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience". Ces experts n'ont pas à renouveler leur serment chaque fois qu'ils sont commis.*

Les experts ne figurant pas sur la liste prêtent, chaque fois qu'ils sont commis, le serment prévu à l'alinéa précédent, devant le juge d'instruction ou le magistrat désigné par la juridiction. Le procès-verbal de prestation de serment est signé par le magistrat compétent, l'expert et le greffier. En cas d'empêchement dont les motifs doivent être précisés, le serment peut être reçu par écrit et la lettre de serment est annexée au dossier de la procédure.

Article 169 : *Toute décision commettant des experts doit leur impartir un délai pour remplir leur mission.*

Si des raisons particulières l'exigent, ce délai peut être prorogé sur requête des experts et par décision motivée non

susceptible de recours, rendue par le magistrat ou la juridiction qui les a désignés.

Les experts qui ne déposent pas leur rapport dans le délai qui leur a été imparti peuvent être immédiatement remplacés et doivent rendre compte des investigations auxquelles ils ont déjà procédé.

Ils doivent aussi restituer dans les quarante-huit heures les objets, pièces et documents qui leur auraient été confiés en vue de l'accomplissement de leur mission. Ils peuvent être, en outre, l'objet de mesures disciplinaires allant jusqu'à la radiation de la liste prévue par l'article 168.

Les experts doivent remplir leur mission en liaison avec le juge d'instruction ou le magistrat délégué; ils doivent le tenir au courant du développement de leurs opérations et le mettre à même de prendre à tout moment toutes mesures utiles.

Le juge d'instruction, au cours de ses opérations, peut toujours, s'il l'estime utile, se faire assister des experts.

Si les experts demandent à être éclairés sur une question échappant à leur spécialité, le juge peut les autoriser à s'adjoindre des personnes nommément désignées, spécialement qualifiées par leur compétence.

Les personnes ainsi désignées prêtent serment dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 168.

Leur rapport sera annexé intégralement au rapport des experts.

Article 171: *Les experts peuvent recevoir, à titre de renseignements et pour l'accomplissement strict de leur mission, les déclarations de personnes autres que l'inculpé.*

S'ils estiment qu'il y a lieu d'interroger l'inculpé, et sauf délégation motivée délivrée à titre exceptionnel par le magistrat, il

est procédé à cet interrogatoire en leur présence par le juge d'instruction, le magistrat désigné par la juridiction, en observant dans tous les cas les formes et conditions prévues par les articles 110 et 113.

Toutefois, les médecins experts chargés d'examiner l'inculpé peuvent lui poser les questions nécessaires à l'accomplissement de leur mission, hors de la présence du juge et des conseils.

Au cours de l'expertise, les parties peuvent demander à la juridiction qui l'a ordonnée qu'il soit prescrit aux experts d'effectuer certaines recherches et d'entendre toute personne nommément désignée qui serait susceptible de leur fournir des renseignements d'ordre technique.

Article 172 : *Lorsque les opérations d'expertise sont terminées, les experts rédigent un rapport qui doit contenir la description des dites opérations ainsi que leurs conclusions. Les experts doivent attester avoir personnellement accompli les opérations qui leur ont été confiées et signent leur rapport.*

S'ils sont d'avis différents ou s'ils ont des réserves à former sur des conclusions communes, chacun d'eux indique son opinion ou ses réserves en les motivant. Le rapport et les scellés, ou leurs résidus, sont déposés entre les mains du greffier de la juridiction qui a ordonné l'expertise; ce dépôt est constaté par procès-verbal.

Article 174 : *Les experts exposent à l'audience, s'il y a lieu, le résultat des opérations techniques auxquelles ils ont procédé, après avoir prêté serment de rendre compte de leurs recherches et constatations en leur honneur et conscience. Au cours de leur audition, ils peuvent consulter leur rapport et ses annexes.*

Le président peut, soit d'office, soit à la demande du ministère public, des parties ou de leurs conseils, leur poser toutes questions rentrant dans le cadre de la mission qui leur a été confiée.

Après leur exposé, les experts assistent aux débats, à moins que le président ne les autorise à se retirer.

METHODOLOGIE

*« La liberté implique la responsabilité,
c'est pour cela que les gens en ont peur ».*

(George Bernard Shaw)

IV- METHODOLOGIE :

1°) CADRE D'ETUDE :

Cette étude a été menée dans le service de Psychiatrie du **Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G** qui, est en **Commune III** dans le district de Bamako.

1.1. Historique :

1.1.1. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire du Point G :

Le **Point G** est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique donnée à une colline située au Nord de Bamako dont l'hôpital porte le nom. La première pierre de l'hôpital a été posée en 1906, les travaux ont duré 6 ans et il a été fonctionnel en 1912.

Depuis cette date il y a eu plusieurs extensions dont :

- La construction du pavillon des indigènes en 1913,
- La construction de l'école des Infirmiers du 1^{er} cycle, du Laboratoire et du service matériel en 1950,
- La construction du nouveau bloc opératoire en 1953,
- La construction du service d'Urologie, de l'actuel service de Cardiologie B et de la Pneumo-phtisiologie entre 1956-1958,
- La construction de la clôture en barbelé en 1960.

Le style architectural à l'origine était un hôpital militaire et de type pavillonnaire. Il fut transformé en hôpital civil avec l'arrêté N° 174 de février 1958 portant réforme Hospitalière et civilisation des services de santé du Soudan ; avec l'adoption de la loi N° 02- 048 du 22 juillet 2002 modifiant la loi N° 94-009 du 22 mars 1994 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics, l'hôpital fut érigé en établissement public hospitalier par la loi N°03- 021. De nos jours il est un **Centre Hospitalier Universitaire (CHU)**.

1.1.2. Situation géographique :

Le CHU du Point G est situé sur la colline du point G sur la rive gauche du fleuve Niger en Commune III du district de Bamako, il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70% sont bâtis.

1.1.3. Statut juridique :

Compte tenu de la spécificité des hôpitaux, la loi N° 02-048 du 22 juillet 2002 prévoit les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH). La loi d'orientation sur la santé (loi N° 02-049 du 22 juillet 2002) confère aux hôpitaux le statut d'Etablissements Publics Hospitaliers dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière. La loi N° 03-021 du 4 juillet 2003 porte la création d'un établissement public hospitalier dénommé Hôpital du Point G.

1.1.4. Missions :

Le Centre Hospitalier Universitaire du Point G en tant que EPH a pour mission de :

- assurer les soins ;
- participer à des actions de formation ;
- mener des recherches dans le domaine de santé.

1.1.5. Organisation et Fonctionnement :

Le DECRET N° 03- 337/ P-RM du 7 AOUT 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire du Point G en son article premier conformément à la loi N° 02-048 du 22 juillet 2002.

Le CHU du point G est placé sous la tutelle du ministre de la santé.

Les organes d'administration et de gestions sont :

- **Le Conseil d'Administration : (CA)**

Qui se compose de 19 membres.

Le Président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative. Le CA se compose de membres avec voix délibérative et de membres avec voix consultative.

Les membres du Conseil d'Administration sont nommés pour une période de trois ans renouvelable par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la santé.

- **La Direction Générale : (DG)**

Le CHU du point G est dirigé par un Directeur Général nommé par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la santé.

Il est assisté d'un Directeur Général Adjoint (DGA) nommé par arrêté ministériel qui fixe ses attributions spécifiques, sur proposition du Directeur Général de l'hôpital.

Le Directeur Général exerce ses attributions dans les limites des lois et des règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69 et 70 de la loi N° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière.

- **Le Comité de Direction :**

Le Comité de Direction est chargé d'assister le Directeur Général dans ses tâches de gestion.

Le comité de direction comprend le DG (Président), le DGA, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E), le Président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux et un représentant du Comité Technique d'Etablissement.

- **Les organes consultatifs :**

- **La Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E)** dont l'organisation et les modalités de fonctionnement sont prévus dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, 17 du décret N° 03-337/ P-MR du

07 AOUT 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU du point G,

- **La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux** dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, 22 du même décret,

- **Le Comité Technique d'Etablissement** dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 23, 24, 25, 26, 27 du même décret,

- **Le Comité Technique d'Hygiène et de Sécurité** dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 du même décret.

Les services existants au CHU du point G sont :

➤ **L'administration générale composée de :**

- La direction générale
- Le secrétariat général
- Le secrétariat particulier
- Le bureau du personnel
- La surveillance générale
- La comptabilité
- Le contrôle financier
- Le bureau des entrées
- Le service social
- Le service informatique
- Le service des statistiques (le chargé d'information hospitalier)

➤ **Les services de consultations et de soins, composés de :**

- Le service d'anesthésie, de réanimation et des urgences,
- Le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B,

- Les services de chirurgie avec : la chirurgie A, la chirurgie B, la gynéco- obstétrique, l'urologie et la coelio-chirurgie,
 - Le service d'hématologie oncologie médicale,
 - Le service de médecine interne,
 - Le service des Maladies Infectieuses,
 - Le service de néphrologie et d'hémodialyse,
 - Le service de neurologie,
 - Le service de pneumo-phtisiologie,
 - Le service de psychiatrie,
 - Le service d'imagerie médicale avec radiologie/ scanner, échographie, médecine nucléaire,
 - Le laboratoire,
 - La pharmacie hospitalière,
 - La kinésithérapie,
- **Les services généraux :**
- La buanderie,
 - La cuisine,
 - Une cafétéria,
 - Le campus (restaurant pour le personnel),
 - La morgue.
- **Le service de maintenance.**

2°) PERIODE D'ETUDE :

L'étude a été menée en 2008.

3°) TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive des activités du service de Psychiatrie du CHU du Point G sur une période de 10 ans, allant du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2007.

4°) MATERIELS D'ETUDE :

L'étude a été faite à partir des registres d'hospitalisation, de consultations, des dossiers d'hospitalisation et des fiches de consultation externe des patients, ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique assortie d'un rapport de l'expert. Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquêtes établies pour le besoin de l'étude.

5°) CRITERES D'INCLUSION :

Tous les cas d'homicide ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique avec un rapport complet au service de Psychiatrie du CHU du Point G.

A ce niveau quelques difficultés ont été rencontrées.

En effet, nous avons recensé :

- des auteurs d'homicide dans le service pour lesquels aucune ordonnance de commission d'expertise n'avait été établie,
- des dossiers de patients auteurs d'homicide, expertisés mais dont le rapport n'était pas disponible,
- des rapports d'expertise d'inculpés dont le dossier médical n'a pas été disponible.
- Des dossiers judiciaires nous ont manqué à cause de leur inaccessibilité pour motif de secret d'instruction.

6°) CRITERE DE NON INCLUSION :

Les cas d'homicide n'ayant pas fait l'objectif d'expertise et les cas dont les rapports d'expertise n'ont pas été retrouvés.

7°) SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES :

Elles ont été faites à l'aide des logiciels Microsoft Office Word 2003, Microsoft Office PowerPoint 2003, SSPS12.0 pour Windows et Microsoft office Excel 2003.

RESULTATS

*« La folie ou l'atteinte par les maladies, l'excès de vieillesse sont des excuses à un acte sans
elles tenu pour criminel. »*

Platon, livre IX.864 des lois.

V- LES RESULTATS :

La revue des dossiers des malades reçus dans le service de Psychiatrie du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2007, nous a permis de colliger 17 dossiers de patients ayant commis un ou des homicides et fait l'objet d'expertise psychiatrique. La moyenne d'âge des auteurs d'homicide était de 36 ± 5 ans avec des extrêmes allant de 19 à 54 ans. Le sexe ratio est de l'ordre de 1/8 en faveur des hommes.

Les victimes de ces actes d'homicide étaient au nombre de 20 dont 12 hommes et 8 femmes.

1. Caractéristiques sociodémographiques des inculpés :

Tableau I: Répartition des inculpés selon le Sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	15	88,20
Féminin	2	11,80
TOTAL	17	100,00

Le sexe masculin était prédominant chez nos inculpés ayant commis un homicide et fait l'objet d'expertise mentale avec 88,20%.

Tableau II: Répartition des inculpés selon les tranches d'âge en année

Tranches d'âge en année	Effectif	Pourcentage
19 – 27	6	35,30
28 – 36	5	29,40
37 – 45	4	23,50
46 – 54	2	11,80
TOTAL	17	100,00

La tranche d'âge 19 - 27 ans a été la plus représentée avec 35, 30%.

Tableau III: Répartition des inculpés selon la situation matrimoniale

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	10	58,80
Marié(e)	6	35,30
Divorcé	1	5,90
Total	17	100,00

On note une prédominance des célibataires chez nos inculpés avec 58,80%.

Tableau IV: Répartition des inculpés selon le niveau de scolarisation

Niveau scolaire	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	10	58,80
Primaire	4	23,60
Secondaire	3	17,60
Superieur	0	0
Total	17	100,00

Les non scolarisés prédominaient avec 58,8% des cas.

Tableau V: Répartition des inculpés selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bamanan	6	35,30
Soninké	3	17,60
Malinké	2	11,80
Peulh	2	11,80
Bobo	2	11,80
Dogon	1	5,90
Non précisée	1	5,90
Total	17	100,00

Les Bamanans ont été les plus représentés avec 35,30%.

Tableau VI: Répartition des inculpés selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçant	3	17,60
Elève-Etudiant	1	5,90
Agriculteur- Pêcheur- Éleveur	3	17,60
Artisan-Ouvrier	5	29,40
Ménagère	2	11,80
Corps d'arme	1	5,90
Sans profession	2	11,80
Total	17	100,00

Les artisans et Ouvriers réunis représentaient 29,40% des cas.

Tableau VII: Répartition des inculpés selon l'origine de la famille

Origine familiale	Effectif	Pourcentage
Bamako	5	29,40
Kayes	3	17,60
Koulikoro	2	11,80
Ségou	5	29,40
Mopti	1	5,90
Non précisée	1	5,90
Total	17	100,00

Bamako et Ségou, ont été les origines familiales les plus représentées avec pour chacune d'elle 29,40%.

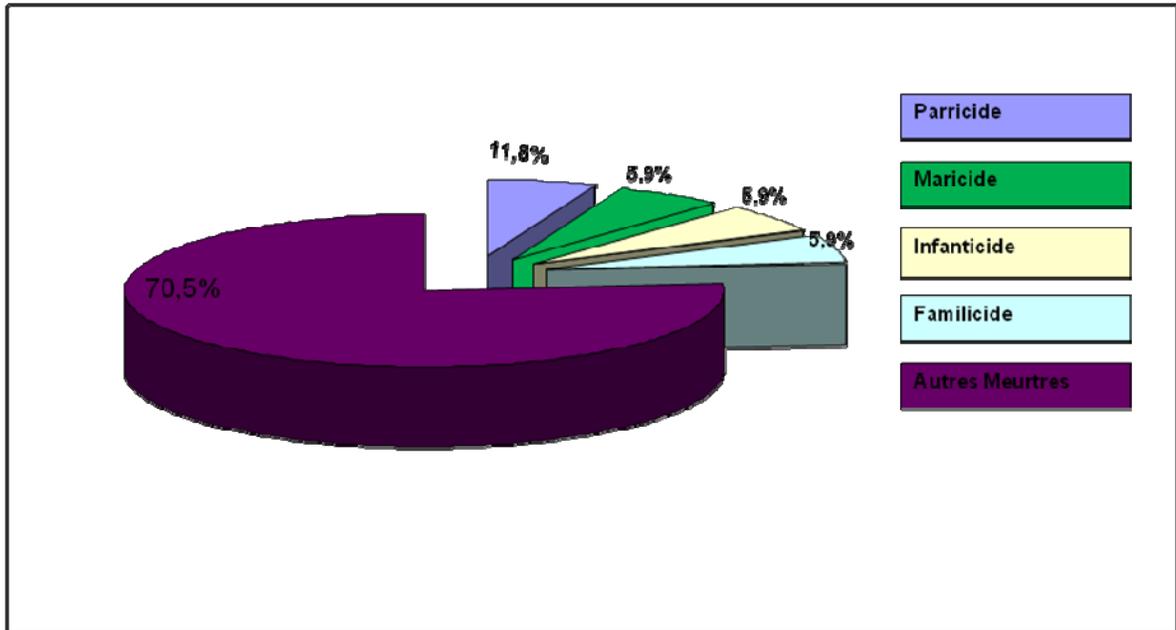


Figure n°1 : Répartition des inculpés selon le type d'homicide commis.

Les cas d'autres meurtres ont été le type d'homicide le plus commis avec 70,50 %.

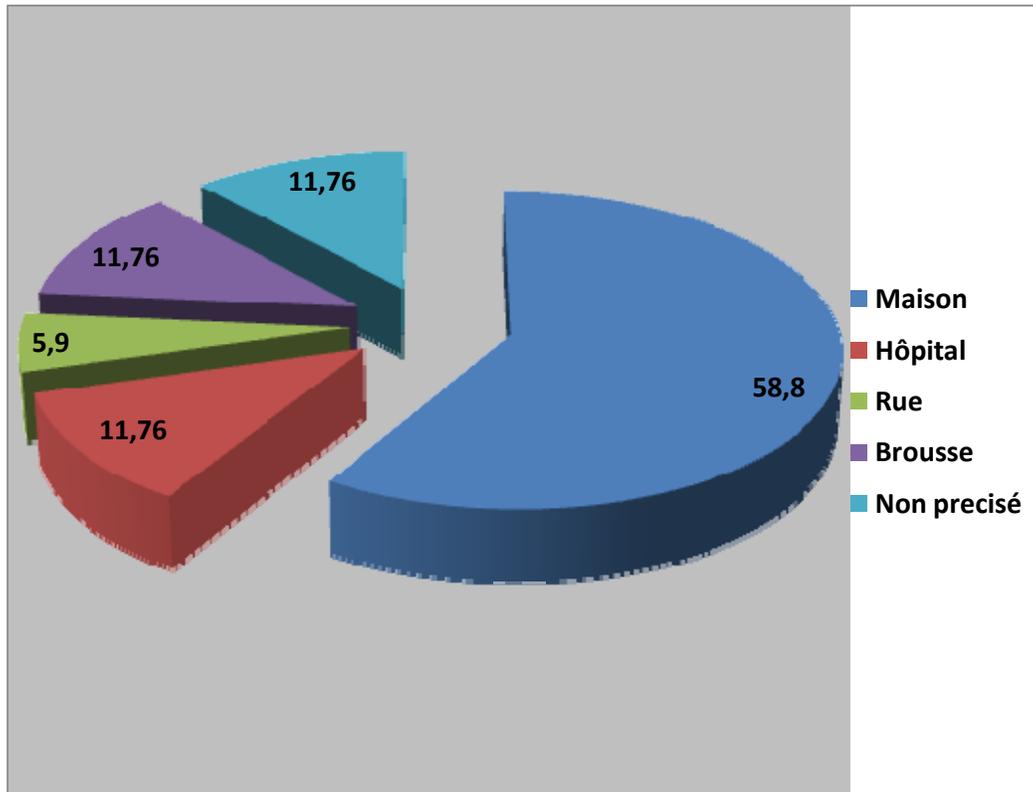


Figure 2: Répartition des inculpés selon l'endroit de l'homicide

La majorité des homicides a été commise à la maison avec 58,80%. Aussi, 11,76% des homicides ont été commis à l'intérieur même du service de psychiatrie.

Tableau VIII: Répartition des inculpés selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbaine	11	64,80
Rurale	3	17,60
Autres*	3	17,60
Total	17	100,00

Autres* : résidences à l'étranger ou résidences non précisées.

- résidence urbaine = capitale régionale
- résidence rurale = cercle, commune et villages

Près de 65% des inculpés venaient du milieu urbain.

Tableau IX: Répartition des inculpés selon les motifs allégués par les patients

Motifs allégués	Effectif	Pourcentage
Querelle domestique	1	5,90
Jalousie	2	11,80
Accident	2	11,80
Idées mégalomaniaques	2	11,80
Idées de persécution	8	47,10
Idées mystiques	2	11,80
Total	17	100,00

On note une prédominance des idées de persécution comme motifs allégués avec 47,10%.

Tableau X: Répartition des inculpés selon les moyens utilisés

Moyens utilisés	Effectif	Pourcentage
Couteau	3	17,60
Objets contondants	13	76,50
Strangulation	1	5,90
Total	17	100,00

Les objets contondants ont été les moyens les plus utilisés avec 76,50%.

Tableau XI: Répartition des inculpés selon le diagnostic retenu par l'expert

Diagnostic retenu	Effectif	Pourcentage
Schizophrénie	8	47,00
Etat dépressif	1	5,90
Psychose Hallucinatoire Chronique (PHC)	4	23,60
Accès maniaque	1	5,90
Bouffée délirante Aiguë	3	17,60
Total	17	100,00

Le diagnostic de schizophrénie a été évoqué dans 47%, suivi de la PHC avec 23,60%.

Tableau XII: Répartition des inculpés selon le diagnostic de personnalité

Personnalité	Effectif	Pourcentage
Paranoïaque	7	41,20
Schizoïde	8	47,10
Narcissique	1	5,90
Dépendante	1	5,90
Total	17	100,00

La personnalité schizoïde a été la plus représentée avec 47,10% des cas.

Tableau XIII: Répartition des inculpés selon la conclusion de l'expert à la question sur la responsabilité

Conclusion de l'expert	Fréquence	Pourcentage
Responsable	2	11,80
Irresponsable	13	76,40
Non précisé	2	11,80
Total	17	100,00

Près de 76 % des inculpés ont été déclarés irresponsables de leurs actes à la suite de l'expertise.

Tableau XIV: Répartition des inculpés selon la réponse à la question sur l'accessibilité à une sanction pénale

Accessibilité à une sanction pénale	Fréquence	Pourcentage
Accessible	1	5,90
Non accessible	10	58,80
Non précisé	6	35,30
Total	17	100,00

Près de 59% des inculpés ont été reconnus non accessibles à une sanction pénale.

Tableau XV : Répartition des inculpés selon la suite accordée par l'autorité judiciaire

Suite accordée	Effectif	Pourcentage
HDT*	14	82,35
Acquittement	1	5,89
Non connue	2	11,76
Total	17	100,00

HDT* : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, qui correspond à l'hospitalisation du malade contre son gré.

L'HDT a été la règle avec 82,35% des cas.

Tableau XVI: Répartition des inculpés selon le Sexe et le type d'homicide

Type d'homicide	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
	Effectif	Effectif	
Parricide	2	0	2
Maricide	0	1	1
Infanticide	0	1	1
Familicide	1	0	1
Autres meurtres	12	0	12
TOTAL	15	2	17

Dans les autres meurtres, l'homicide était beaucoup plus le fait du sexe masculin avec 12 cas sur 15.

Tableau XVII: Répartition des inculpés selon le statut matrimonial et le type d'homicide

Type D'homicide	Statut Matrimonial			TOTAL
	CELIBATAIRE	MARIE (E)	DIVORCE	
Parricide	1	1	0	2
Maricide	0	1	0	1
Infanticide	0	1	0	1
Familicide	0	1	0	1
Autres meurtres	9	2	1	12
TOTAL	10	6	1	17

La majorité des cas d'autres meurtres (9 sur 12) a été commis par des célibataires.

Tableau XVIII: Relation inculpé / victime

Relation inculpé/victime	Effectif	Pourcentage
Relation familiale*	14	82,40
Pas de Relation	3	17,60
TOTAL	17	100,00

Relation familiale* : père, mère, oncles, tantes, frère, sœur, fils, fille, concubine, petit(e) ami(e), ex-conjoint(e),...

On constate que dans 82,4% des cas, les inculpés connaissaient leurs victimes.

Tableau XIX : relation des inculpés selon le type d'homicide et le diagnostic retenu par l'expert

TYPE D'HOMICIDE	DIAGNOSTIC RETENU					TOTAL
	Schizo.	Etat dépressif	Psychose Halluc. Chronique	Accès maniaque	Bouffée délirante Aiguë	
Parricide	2	0	0	0	0	2
Maricide	1	0	0	0	0	1
Infanticide	0	0	0	0	1	1
Familicide	1	0	0	0	0	1
Autres meurtres	4	1	4	1	2	12
TOTAL	8	1	4	1	3	17

Tous les parricides, maricide et familicide sont commis par les schizophrènes.

Huit des cas d'autres meurtres sur les 12, de notre étude ont été commis par les patients souffrant de schizophrénie et de psychose hallucinatoire chronique.

Tableau XX : Répartition des inculpés selon le diagnostic retenu et les moyens utilisés

Diagnostic retenu	Moyens d'homicide			TOTAL
	Couteau	Objets Contondants	Strangulation	
Schizophrénie	2	5	1	8
Etat dépressif	0	1	0	1
Psychose Hall. Chronique	0	4	0	4
Accès maniaque	0	1	0	1
Bouffée Délirante aiguë	1	2	0	3
TOTAL	3	13	1	17

Tous les psychotiques ont utilisés des objets contondants pour leur homicide.

Les schizophrènes ont utilisé aussi bien des objets contondants (5 fois) que le Couteau et la strangulation.

2. Caractéristiques sociodémographiques des victimes:

Tableau XXI: Répartition des victimes selon le Sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	12	60,00
Féminin	8	40,00
Total	20	100,00

Nos victimes étaient à 60% de sexe masculin.

ANALYSES ET DISCUSSION

« Tout connaître est tout pardonner »

La maxime de Mme de Staël

VI- ANALYSES ET DISCUSSION :

A- DIFFICULTES :

Notre travail est une étude rétrospective portant sur l'homicide et les expertises mentales effectuées dans le service de psychiatrie du CHU du Point G.

Son but était d'initier une analyse de la problématique de l'homicide et l'expertise psychiatrique dans notre pays.

Nous avons recensé 17 dossiers d'inculpé pour homicide ayant entraîné 20 victimes.

Les informations recueillies sur les 17 inculpés et leurs victimes nous ont permis d'avoir des idées générales sur ce type de criminalité. Mais une analyse très poussée n'a pas été possible du fait de quelques difficultés rencontrées.

Entre autres :

- Le nombre réduit de l'échantillon d'étude ; ce qui suppose que les cas d'homicide ne conduisent pas à une demande d'expertise de la part des juges d'instruction ou du moins, à une demande adressée à une personne compétente comme le psychiatre ou le psychologue ;
- La perte de certains dossiers à cause du mauvais archivage et la pauvreté d'une grande partie des dossiers disponibles ;
- La mauvaise collaboration entre les juges d'instructions et psychiatres experts ;
- Le délai parfois long entre la remise du rapport de l'expert et la décision de justice ;
- la rareté de la bibliographie par rapport au sujet comme libellé ;

Malgré ces insuffisances, ce travail nous a permis de faire un premier aperçu sur les homicides et les expertises psychiatriques qui en ont résulté dans le service.

1. Caractéristiques sociodémographiques des auteurs:

a. Sexe :

Dans notre échantillon le sexe masculin a été prédominant avec 88,20%. Ce résultat est conforme à celui de Federowycz O. [14], qui a rapporté en 2000 que plus de 90% des personnes accusées d'homicide au Canada en 1999 étaient de sexe masculin. Asuni, en 1969, Emovon et Lambo, en 1975, Lindqvist, en 1986, Rizzo, en 1982, ont montré que la plupart des homicides sont commis par des hommes, entre 84% et 98% selon les populations étudiées. De même, en France, Ochonisky A. [29], en 1963, a trouvé que le meurtrier était de sexe masculin de façon générale.

b. Age :

Nos auteurs d'homicide étaient surtout des jeunes se situant entre 19 – 27 ans (35,30%). Ce constat est conforme à celui d'Ochonisky A. [29], qui trouve que le meurtrier est le plus souvent un sujet jeune (âge inférieur à 28 ans).

L'âge moyen de notre population d'étude était de 36 ± 5 ans avec des extrêmes de 19 et 54 ans. Ce qui est identique à celui de Federowycz, O. [14], qui en 1999, a retrouvé un âge médian de 38 ans.

c. Niveau scolaire et Profession :

Dans notre étude, 58,80% des auteurs n'ont suivi aucun enseignement. Ce qui nous rapproche de l'étude de Mucchielli, L. [28], chez qui la majorité des auteurs n'avait aucun diplôme (68%).

d. Situation matrimoniale :

Les célibataires représentaient près de 59% des inculpés dans notre étude.

Ce résultat se rapproche de celui de l'étude de Ochonisky, A. [33], qui a trouvé que les 2/3 des cas, soit 66,66% sont des célibataires.

e. Ethnie :

Dans notre étude, 35,30% des auteurs étaient Bamanans, cela s'expliquerait probablement par la prédominance de cette ethnie sur le territoire : 35% de la population générale. [25]

f. Motivations de l'agresseur :

Dans notre étude, parmi les mobiles pathologiques exprimés par les auteurs d'homicide (idées délirantes de persécutions, les délires à thème de jalousie et de grandeur et les accidents), plusieurs sont retrouvés dans les études de Le Bihan, P. et Bénézech, M. [20], en 2004. Pour certains mobiles, la comparaison avec eux est difficile dans la mesure où ils ont été retrouvés mais n'ont pas été quantifiés. Par contre, les idées de persécutions sont prédominantes dans les deux études : 47,10% contre 71,40% chez eux.

g. Types d'homicide:

Nous avons trouvé que sur l'ensemble des homicides commis, les cas d'autres meurtres occupaient la plus grande partie (70,50%). Nous avons enregistré 2 cas de parricide ; ce qui nous rapproche D'Orban et O'Connor [11] qui, en 1989, ont trouvé au Canada 3 cas de parricide.

h. Les armes du crime :

Dans notre étude, les meurtriers ont utilisé des objets contondants soit 76,50% et un couteau dans 3 cas, soit 17,60%.

Boisvert R. [5] quant à lui, en 1996, a trouvé que les meurtriers ont utilisé un couteau dans 19 cas, un objet contondant dans 8 cas.

Ces différences s'expliqueraient par la facilité dans notre société de se procurer plus des objets contondants que des armes blanches.

i. Pathologies psychiatriques diagnostiquées :

La schizophrénie a été trouvée 47% des cas dans notre étude.

Ce résultat se rapproche de celui trouvé par Bénézech et Coll.[4] dans une étude, en 1977 avec 53% de schizophrénie.

j. Personnalité Pathologique :

Dans notre étude, la personnalité schizoïde a été la plus représentée avec 47,1%, suivie de la personnalité paranoïaque avec 41,20%. Coid, J. [7], quant à lui a trouvé 55 % de personnalités antisociales et 47% de personnalités paranoïaques. Nos résultats se rapprochent quant à la personnalité paranoïaque ; par contre nous n'avons enregistré aucun cas de personnalités antisociales. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que nous ne connaissons pas encore chez nous, les grandes personnalités antisociales qui sont généralement des grands toxicomanes qui à la recherche de leurs drogues, peuvent casser et tuer.

k. Conclusion des expertises :

Dans notre étude, nous avons trouvé 76,4 % de cas d'irresponsabilité pénale.

Ce résultat se rapproche de celui de Le Bihan, P. et Bénézech, M. [20], qui en 2004, ont trouvé des patients pénalement irresponsables dans 88,10% des cas.

2. Caractéristiques sociodémographiques des victimes

a. Sexe des victimes :

Dans notre étude les victimes étaient à 60,00% de sexe masculin.

Ce résultat se rapproche de celui de l'étude de Federowycz, O. [14], qui a constaté que les hommes montrent un taux de victimisation plus élevé que les femmes pour ce type de crime, avec 66% en 1999 pour certaine région du Canada.

b. Relation Auteurs/ Victimes :

Dans notre étude les auteurs connaissaient leurs victimes dans 82,35 % des cas. Ce résultat confirme les recherches de Federowycz [14] qui a trouvé quant à lui que l'auteur d'un homicide est connu de la victime dans 84% des cas.

CONCLUSION

ET

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

« Médecin, guéris-toi toi-même. »

Maxime de l'Evangile : Saint Luc, IV, 23

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

A- CONCLUSION :

Notre étude rétrospective nous a permis de constater que comme partout dans le monde, l'homicide existe au Mali ; mais qu'il fait très peu l'objet d'expertise psychiatrique pour déterminer son caractère pathologique ou non.

En effet sur une période de 10 ans allant de 1997 à 2007, nous n'avons retrouvé que 17 cas d'homicide qui ont fait l'objet d'expertise psychiatrique.

Les auteurs de ces homicides étaient surtout de sexe masculin majoritairement jeune, se situant dans 35,30 % des cas entre 19 et 27 ans. La moyenne d'âge était de 36 ± 5 ans avec des extrêmes allant de 19 à 54 ans. Ces auteurs d'homicide étaient surtout des sujets non scolarisés dans 58,80% des cas et célibataires dans 58,80% des cas également. Contrairement aux données de la littérature, notre étude n'a pas retrouvé chez les auteurs d'homicide d'antécédents d'actes criminels ou d'abus de substances toxiques.

L'expertise mentale de ces auteurs d'homicide a abouti dans la majorité des cas à l'existence de pathologies psychotiques graves avec 47% des cas pour la schizophrénie. Les homicides ont été généralement commis sur des proches et le meurtre a été le type d'homicide le plus rencontré avec 70,50% des cas. Dans 64,80% des cas, les expertises faites ont conclu à une irresponsabilité pénale des inculpés et à leur inaccessibilité à une sanction pénale.

Suite à cela la majeure partie de ces auteurs d'homicide reconnus malades a été conduite dans le service de psychiatrie par leur famille pour une prise en charge (HDT), sans procédure de placement d'office comme cela devrait être classiquement.

B- RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce travail, pour une bonne approche du phénomène homicide et de sa prise en charge au Mali, il nous est paru nécessaire de faire quelques recommandations :

➤ Au département de la santé :

- La formation de psychiatres en nombre suffisant et la décentralisation de la psychiatrie, en vue de réduire au maximum la pratique de l'expertise psychiatrique par des non spécialistes.

➤ A la direction de l'hôpital :

- Au niveau de la Psychiatrie du CHU Point G, la création d'une Unité pour Malades Dangereux.

➤ Au service de psychiatrie :

- Le renforcement de l'implication des familles dans la prise en charge des malades hospitalisés.
- Renforcer la sécurité des malades et tous les intervenants dans la prise en charge des malades psychiatriques.
- Le respect des règles de la pratique de l'expertise psychiatrique (le délai).
- Un bon archivage des dossiers.

➤ Aux juges :

- Le respect des droits de tous les inculpés pour homicide en ordonnant toujours une ordonnance de commission d'expertise psychiatrique à une personne qualifiée.
- Le respect du statut de l'expert psychiatre en le considérant comme un auxiliaire de la justice et en lui facilitant l'exercice de sa tâche.

➤ **Au ministère de la justice :**

- L'élaboration de liste des experts par la Cour d'Appel, liste sur laquelle l'expert doit être désigné.
- Qu'une initiation législative vienne rapidement combler le vide juridique en matière d'expertise psychiatrique. A cet effet il peut être proposé une uniformisation des Ordonnances de commission d'expert pour mieux identifier la mission de l'expert psychiatre et les conditions de son exécution. En effet, il arrive que le même expert psychiatre, pour les mêmes types d'expertise, reçoive différentes formulations d'ordonnance (voire les exemples en annexe).
- Prévoir des textes pour définir les conditions d'internement psychiatrique.
- Les magistrats doivent recevoir un enseignement de médecine légale avec volet psychiatrique à L'Institut National de Formation Judiciaire.
- La revalorisation et les paiements effectifs des honoraires des experts psychiatres.
- L'ouverture d'une Unité de psychiatrie dans les grandes prisons du pays.

➤ **A la population :**

- Savoir qu'en cas d'homicide, il existe des procédures de police et de justice qu'il faut suivre avant d'orienter les auteurs en psychiatrie.

REFERENCES

« L'enfer, c'est les autres »

Jean Paul Sartre

VIII- REFERENCES :

1. **BARTE H N, OSTAPTZEFF G.** Législation psychiatrique française. *Encycl. Méd. Chir., Paris. Psychiatrie, 37-901-A-10, 10-1981 : 12 - 13.*
2. **BERLIERE J M.** L'affaire Scheffer : une victoire de la science contre le crime ? Dossier n°4 : Histoire de la police, Octobre 1902. Service des Archives de la Préfecture de police de Paris (APP).
http://www.Criminocorpus.cnrs.fr/article.php3?id_article=134
3. **BENEZECH M.** Classification des homicides volontaires et psychiatrie. *Annales Médico-Psychologique, 1996, 154, 3 : 161-173.*
4. **BENEZECH M, ADDAD M, GRASSET A.** Criminologie et psychiatrie. *Encycl. Méd. Chir., Paris. Psychiatrie. 37-906-A-10, 10-1981 : 5-14.*
5. **BOISVERT R.** Eléments d'explication sociale de l'uxoricide. *Criminologie, 1996 ; Vol. XXIX, N° 2: 73 - 87.*
6. **CHOCARD AS.** « L'Acte Homicide-suicide ». *Revue de la littérature. A propos de 14 observations cliniques. Thèse de Médecine, Qualification : Psychiatrie. Angers, 2002.*
7. **COID J.** The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychological Medicine, 1983, 13: 855-860.*
8. **Dalloz Eds.** Art. 64. In: Code Pénal. Nouveau Code Pénal, Ancien Code Pénal. Editions Dalloz, 2001 : 2282.
9. **Dalloz Eds.** Art. 122-1. In: Code Pénal. Nouveau Code Pénal, Ancien Code Pénal. Editions Dalloz, 2001 : 95-98.

10. **DEBUYST V.** Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs : la personnalité, in *Déviance et société*, 1977, 1, 4, 363.
11. **D'ORBAN P.T., O'CONNOR A.** Women who kill their parents. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154: 27- 33.
12. **DURKHEIM E.** Le suicide. Editions Quadrige. Presses Universitaires de France. Nouvelle édition 1930, 7^{ème} tirage (1981), 463.
13. **EY H, BERNARD P, BRISSET C.** Problèmes juridiques et administratifs ; chapitre II : Criminologie et expertises pénales. Manuel de psychiatrie. 9^{ème} partie ; 6^{ème} édition, éd. Masson, 1989 : 1123-1124.
14. **FEDEROWYCZ O.** L'homicide au Canada en 1999. *Bulletin Juristat*, 2000, Vol. 20, N° 9. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique.
15. **GRIMAL P.** « Héraclès ». In : *Dictionnaire de la mythologie grecque et romaine*. Editions Presses Universitaires de France, 1976 : 187 – 203.
16. ***Http:// www. Egyptologie. Com / cleopatre. Htm***
17. **JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE DU MALI.** Quarante troisième Année. 1^{er} Février 2002. **CODE DE PROCEDURE PENALE DU MALI. Loi n° 01- 080 du 20 Août 2001.** 30 – 32.
18. **KONJIKI K.** « Psychiatrische Untersuchungen an Strafgefangenen Frauen ». *Psychiatria et neurologia japonica*, 1952, N°54: 425-448.
19. **LA SAINTE BIBLE**, Genèse, 4, 14-15.

20. **LE BIHAN P, BENEZECH M.** Degré d'organisation du crime de parricide pathologique : mode opératoire, profil criminologique. A propos de 42 observations. *Annales Médico-Psychologique*, 2004, 162 : 615 – 625.
21. **Le Petit LAROUSSE illustré** 2006, 550.
22. **LEYRIE J.** L'expertise psychiatrique. *Encycl. Méd. Chir.* Paris, Psychiatrie, 37-902-A-10, 10-1981 : 1.
23. **LOMBROSO C.** L'homme criminel. Alcan éd., Paris, 1887, 682.
24. **LUGAN B.** Histoire de l'Afrique du Sud, Perrin, 1995.
http://www.clio.fr/BIBLIOTHEQUE/les_zoulous.asp
25. **Mali Médical** 2004, Tome XIX, n° 1. Articles originaux sur l'Epidémiologie du noma.
http://www.credaf.org/Ufichiers/Mali/Dialogue_colloque_Mali.pdf
26. **MILLAUD F, AUCLAIR N, MARLEAU JD.**
Avitolicide : À propos de quatre cas cliniques. *Forensic : Revue de psychiatrie et psychologies légales*, Décembre 2002, numéro spécial : 22 – 28.
27. **MOREL BA.,** « *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* », Paris, J-B. Baillière, 1857, 7.
28. **MUCCHIELLI L.** « Recherche sur les homicides : auteurs et victimes ». *Questions Pénales*, Janvier 2002 – XV. 1. CESDIP (Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales).
29. **OCHONISKY A.** Contribution à l'étude du parricide : à propos de douze observations cliniques. *La psychiatrie de l'enfant*, 1963, 6 : 411- 487.

30. **PRADEL J.** L'homicide en droit pénal français.
Colloque City University et Franco-British Lawyers Society,
9 Novembre 2006 à Londres.
31. Rapport de la session de la cour d'assises de Bamako, 18 –
20 Février 2007.
32. **RESNICK PJ.** Child murder by parents: a psychiatric
review of filicide. *Am. J. Psychiatry.* 126 (3), 1969 : 325 – 334.
33. **SENON JL.**, « Troubles psychiques et réponses
pénales », *Champ pénal*, Tome II, 15 septembre 2005.
URL. <http://champpenal.revues.org/document77.html>.
34. **SISSOKO M.** « Quelques aspects médico-légaux de la
pratique psychiatrique au Mali », Thèse de Médecine,
Bamako : 1983, N° 11, 105.
35. **WWW.** Statistiques-mondiales.com/Mali.htm

ANNEXES

« Tu ne tueras point. »

La Sainte Bible, Exode : Chapitre 20, Verset 13, 72 p.

IX- ANNEXES :

9-1- FICHE d'Enquête

I. Information sur l'inculpé :

1/ Question : Identité de l'inculpé

Nom : Prénom(s) :
Age : Sexe : Masculin /__ / Féminin /__ /
Fratrie :
Ethnie : Profession :

2/ Question : Etat matrimonial de l'inculpé

-Célibataire /__ / -Marié /__ / -Union libre ou cohabitation /__ /
-Divorcé (e) /__ / -Séparé (e) /__ / -Veuf (ve) /__ /
-Autre /__ / à préciser :

3/ Question : Origine familiale de l'inculpé

-Kayes /__ / -Sikasso /__ / -Koulikoro /__ / -Ségou /__ / -Mopti /__ /
-Gao /__ / -Tombouctou /__ / -Kidal /__ /
-Autre /__ / à préciser :

4/ Question : Lieu d'écllosion des troubles de l'inculpé

-Kayes /__ / -Sikasso /__ / -Koulikoro /__ / -Ségou /__ / -Mopti /__ /
-Gao /__ / -Tombouctou /__ / -Kidal /__ /
-Autre /__ / à préciser :

5/ Question : Situation professionnelle de l'inculpé

-Fonctionnaire /__ / -Commerce /__ / -Elève/Étudiant(e) /__ /
-Porteur d'uniforme /__ / -Retraité /__ / -Personne au foyer /__ /
-Activités manuelles /__ / -Marabout/Elève coranique /__ / -En chômage /__ /
-Autre /__ / à préciser :

6/ Question : Niveau de scolarisation de l'inculpé

-Universitaire /__ / -Secondaire /__ / -Primaire /__ /
-Coranique /__ / -Non scolarisé /__ / -Autre /__ / à préciser :

7/ Question : Lieu de l'expertise

-Prison /__ /
-Hôpital (si Oui) /__ / Accompagner par :
-Parent /__ / -Voisin /__ / -Collègue /__ / -Ami /__ /
-Forces de l'ordre /__ / -Autre /__ / à préciser :

8/ Question : Lieu de l'évènement

-Quartier /__ / -Cité /__ / -Village /__ / -Canton /__ /
-Municipalité rurale /__ / -Autre /__ / à préciser :

9/ Question : Endroit de l'Homicide

-Maison /__ / -Hôtel /__ / -Bar, restaurant, club /__ / -Rue, chemin /__ /
-Brousse /__ / -Aire ouverte /__ / -Autre /__ / à préciser :.....

10/ Question : Type d'homicide commis par l'inculpé

-Parricide /__ / -Maricide /__ / -Matricide /__ / -Uxoricide /__ /
-Fratricide /__ / -Sororicide /__ / -Filicide /__ / -Infanticide /__ /
-Néonaticide /__ / - Avitolicide /__ / - familicide /__ /
-Autre /__ / à préciser :.....

11/ Question : Degré de gravité de l'homicide

-Premier degré /__ / -Second degré /__ /
-Homicide involontaire coupable /__ / -Infanticide /__ /
-Autre /__ / à préciser :.....

12/ Question : Indiquer le type de drogue en cause si l'homicide était lié à une drogue

-Aucune drogue /__ / -Héroïne /__ / -Preuve de drogues- genre inconnu /__ /
-Cannabis /__ / -Cocaïne /__ / -Autres drogues (préciser) :.....

13/ Question : Type de mobiles qui a été à l'origine de l'homicide

- l'altercation « triviale » (insulte, bousculade, défi) /__ / - la querelle domestique /__ /
- la jalousie /__ / - la dispute à propos d'argent /__ / - le vol /__ /
- le règlement de comptes entre délinquants /__ / - l'accident /__ / - l'autodéfense /__ /
- la poursuite d'un criminel /__ / -Délire de persécution /__ / -Délire mystique /__ /
-Autre (préciser) /__ / :.....

II. Information sur la victime :

14/ Question :

-Age /__ /
-Sexe de la victime : -Masculin /__ / -Féminin /__ /

15/ Question : Etat matrimonial

Célibataire /__ / Marié(e) /__ / Union libre /__ / Divorcé (e) /__ /
Séparé (e) /__ / Veuf (ve) /__ / Autre (préciser) /__ / :.....

16/ Question : Situation professionnelle

-Fonctionnaire /__ / -Commerce /__ / -Elève/Etudiant(e) /__ /
-Porteur d'uniforme /__ / -Retraité /__ / -Personne au foyer /__ /
-Activités manuelles /__ / -Marabout/Elève coranique /__ / -En chômage /__ /
-Autre /__ / à préciser :.....

17/ Question : La victime a-t-elle été choisie au hasard ?

- Oui /__ / - Non /__ /
Autre (préciser) /__ / :.....

18/ Question : Méthode principale servant à causer le décès

- Coup de fusil /__/ -Coup de couteau /__/ -Coups de poing portés /__/
- Strangulation /__/ -Empoisonnement /__/ -Noyade /__/
- Brûlures (feu, liquide, acide) /__/ -Autre cause (préciser) /__/ :.....

19/ Question : Genre d'arme utilisée pour tuer la victime

- Arme à feu /__/ -Arme blanche /__/ -Massue ou instrument contondant /__/
- Feu, liquide bouillant, acide /__/ -Poison, drogues, gaz, vapeurs /__/
- Coup mortel /__/ -Autre arme (préciser) /__/ :.....

20/ Question : Relation entre inculpé et victime

-Victime tuée par relation de connaissance :

- Conjoint (e) marié(e) /__/ - Conjoint(e) divorcé (e) /__/ - Père /__/
- Mère /__/ - Fils /__/ - Fille /__/ - Frère /__/ -Sœur /__/
- Beau père /__/ - Belle mère /__/ - Beau fils /__/ - Belle fille /__/
- Autre membre de famille /__/ - Petit ami /__/ - Petite amie /__/
- Amant ou maîtresse /__/ - Ancien(ne) amoureux(se) /__/
- Autre partenaire intime /__/ -Proche ami /__/ - Voisin(e) /__/
- Relation d'affaire /__/

Autre(préciser) :

-Inconnue /__/

21/ Question : Condamnation antérieure de l'inculpé

- Aucune condamnation antérieure /__/ -Homicide /__/ - vol /__/
- Drogues /__/ -Incendie /__/ -Viol /__/ -Attentat à la pudeur /__/
- Autre /__/ préciser :

22/ Question : Antécédents de l'inculpé

-Familiaux:

Père :

Mère :

Collatéraux :

-Personnels :

Médicaux :

Psychiatrique :

23/ Question : Hypothèses diagnostiques envisagées par la famille

- Su Maya /__/ -Djine bana /__/ -Hakili bana /__/ -Dorogu bana /__/
- Dabali /__/ -Mara /__/ -Su baga /__/
- Autre /__/ à préciser :

III/ Question : EXAMEN PSYCHIATRIQUE de l'inculpé :

1. Présentation du suspect pouvant être inculpé:

Tenue : Correcte /__/ Débraillée /__/ Extravagante /__/

Incurie /__/ Autre /__/ à préciser :

Etude des homicides ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique au CHU du Point G

Mimique : Adaptée /_/ / Discordante /_/ / Amimie /_/ /
Autre /_/ / à préciser :

Contact : Coopérant /_/ / Familier /_/ / Opposant /_/ /
Indifférent /_/ / Méfiant /_/ / Instable /_/ /
Agressif /_/ / Autres /_/ / à préciser :

Conscience : Claire/Lucide /_/ / Altérée /_/ / Confuse /_/ /
D.T.S /_/ / Autre /_/ / à préciser :

Humeur : Normale /_/ / Triste /_/ / Exalté /_/ /
Labile /_/ / Autre /_/ / à préciser :

Psychomotricités : Normal /_/ / Inhibition /_/ / Catatonie /_/ /
Agitation /_/ / Catalepsie /_/ /
Autre /_/ / à préciser :

Pensée :

***Cours :** Normal /_/ / Tachypsychie /_/ / Bradypsychie /_/ /
Barrage /_/ / Autre /_/ / à préciser :

* **Productions pathologiques :**

Onirisme /_/ / Obsessions /_/ / Phobies /_/ /
Autre /_/ / à préciser :

3. Délire : /_/ /

* **Thèmes :** Persécution /_/ / Grandeur /_/ / Mystique /_/ /
Filiation /_/ / Autre /_/ / à préciser :

* **Mécanisme :** Hallucination /_/ / Interprétation /_/ /
Intuition /_/ / Imagination /_/ /
Illusion /_/ / Autre /_/ / à préciser :

Langage :

Normal /_/ / Logorrhée /_/ / Mutisme /_/ / Soliloque /_/ /
Verbigération /_/ / Bégaïement /_/ / Palilalie /_/ / Echolalie /_/ /
Nécrogisme /_/ / Aphasie /_/ / Paraphasie /_/ /
Autre /_/ / à préciser :

Contenu : Cohérent /_/ / Riche /_/ / Pauvre /_/ /
Incohérent /_/ / Autre /_/ / à préciser :

Intelligence :

* Jugement : Adéquat /_/ / Non adéquat /_/ /
* Raisonnement : Adéquat /_/ / Non adéquat /_/ /
* Capacité d'abstraction et conceptualisation : Conservée /_/ / Perturbée /_/ /
* Mémoire : Conservée /_/ / Amnésie Antérograde /_/ /
Amnésie rétrograde /_/ / Amnésie Antéro-rétrograde /_/ /
Autre /_/ / à préciser :

IV. Question sur L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

24/ Question : L'examen psychiatrique du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ?

- Oui / __ / préciser :
- Non / __ / - Inconnu / __ /

25 Question : L'infraction qui lui est reprochée est-elle en relation avec de telles anomalies ?

- Oui / __ / - Non / __ /

26/ Question : Le sujet présente-t-il un état dangereux ?

- Oui / __ / - Non / __ /

27/ Question : Est-il accessible à une sanction pénale ?

- Oui / __ / - Non / __ /

28/ Question : Est-il réadaptable ou curable ?

- Oui / __ / - Non / __ /

29/ Question : conclusions de l'expertise.

- Etat de démence au moment des faits au sens de l'article 64 du Code Pénal / __ /
- Responsabilité / __ /

9 -2- FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Pierre Rodrigue

Titre : Etude des homicides ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique au CHU du Point G

Année universitaire : 2008 - 2009

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteurs d'intérêt : Psychiatrie – Justice – Santé publique

Résumé :

Le but de notre étude était d'étudier l'apport de l'expertise psychiatrique dans la prise en charge des auteurs d'homicide.

De janvier 1997 à Décembre 2007, nous avons mené une étude rétrospective sur 17 dossiers de patients ayant commis un ou des homicides et fait l'objet d'expertise psychiatrique au CHU du Point G.

L'étude portait sur des patients inculpés âgés de 19 à 54ans.

Les jeunes de la tranche d'âge de 19 – 27 ans ont été les plus représentés avec 35,30% des cas. Le sexe ratio a été de l'ordre de 1/8 en faveur des hommes. Ces auteurs d'homicide étaient surtout des sujets non scolarisés dans 58,80% des cas et célibataires dans 58,80% des cas également.

L'expertise mentale de ces auteurs d'homicide a abouti dans la majorité des cas à l'existence de pathologies psychotiques graves avec 47% des cas pour la schizophrénie. Les homicides ont été généralement commis sur des proches et les cas d'autres meurtres ont été le type d'homicide le plus rencontré avec 70,50% des cas.

Dans 64,80% des cas, les expertises faites ont conclu à une irresponsabilité pénale des inculpés et à leur inaccessibilité à une sanction pénale.

Ces conclusions ont conduit les familles de la majorité de nos auteurs d'homicide reconnus malade dans le service de psychiatrie, pour une prise en charge (HDT) sans procédure de placement d'office comme de droit.

Mots clés : Homicide – Expertise psychiatrique – Expert – Irresponsabilité pénale – Inaccessibilité – Sanction pénale.

CAS PRATIQUES D'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE :

OBSERVATION N° 1 :

**COUR D'APPEL DE BAMAKO
TRIBUNAL DE 1^{ère} INSTANCE
DE LA COMMUNE...
DU DISTRICT DE BAMAKO
CABINE DE M. B, F.
JUGE D'INSTRUCTION**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**ORDONNANCE DE COMMISSION
D'EXPERT
(Examen Psychiatrique)**

N.../RI
N.../RP

Nous, B F., juge d'instruction au Tribunal de Première Instance de la commune... du District de Bamako ;
Vu l'information suivie contre M. Y.
Inculpé de MEURTRE
Vu la demande de contre expertise de Maître K S. en date du .../.../... ;
Vu l'article 165 et suivants du CPP ;
Commettons le Docteur X., Psychiatre, Expert commis par nous.
Qui après avoir pris connaissance du dossier et s'être entouré de tout renseignement utile procédera à l'examen psychiatrique de Y. et répondra notamment aux questions suivantes :

- 1- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant les décrire et préciser à quelle affection elles se rattachent.
- 2- L'infraction qui est reprochée est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- 3- Le sujet présente – t – il un état dangereux ?
- 4- Le sujet est- il accessible à une sanction pénale ?
- 5- Le sujet est- il curable ou réadaptable ?

L'Expert nous remettra dans un délai de 15 jours un rapport détaillé contenant son avis motivé et l'attestation qu'il a personnellement accompli la mission qui lui a été confiée.

Fait à notre cabinet le .../.../...

LE JUGE D'INSTRUCTION

RAPPORT D'EXPERTISE :

Je soussigné Docteur X., Psychiatre à l'Hôpital du Point G, commis par ordonnance de monsieur B, F., juge d'instruction au tribunal de 1^{ère} instance de la commune... du district de Bamako en date du .../.../..., afin de procéder à l'examen psychiatrique de monsieur Y. inculpé de meurtre, certifions avoir accompli en notre honneur et conscience, à l'infirmerie de la maison d'arrêt de Bamako les ... et .../.../..., la mission qui nous était confiée et avons rédigé le présent rapport et conclusion.

RAPPEL DES FAITS :

Il n'a pas été possible de faire un rappel des faits parce qu'aucun document n'a été transmis concernant l'instruction. Selon l'ordonnance nous commettant et les informations reçues à l'infirmerie de la Prison, monsieur Y. est inculpé de meurtre et est incarcéré à la maison d'arrêt de Bamako sous Mandat de Dépôt (MD) du .../.../...

BIOGRAPHIE :

Né le .../.../... à Bamako, monsieur Y. serait enfant unique de son père mais du côté de sa mère il aurait 2 demi-frères et 2 demi-sœurs.

Il n'aurait pas connu son père qui serait allé à l'aventure, l'abandonnant dans les bras de sa mère quand il n'avait que 3 mois. Il aurait donc grandi avec sa mère dans une situation de carence affective paternelle jusqu'à l'âge de 6 ans et fut par la suite récupéré par son oncle paternel sa mère devant se remarier.

Scolarisé à l'âge de 8 ans, il aurait évolué normalement à l'école, sans redoublement jusqu'au moment des faits où il se trouvait au lycée en série Science Exacte Terminale (SET).

EXAMEN DE L'INCULPE :

Il s'agit d'un adolescent de 21 ans, d'un assez bon état général physique et dont l'examen somatique ne décèle pas de particularité ce jour.

A l'examen psychiatrique, il a une présentation corporo-vestimentaire relativement correcte malgré son séjour en prison depuis plus de 2 ans.

Il est calme, la conscience est claire et lucide lui permettant de rester dans le champ de l'entretien, il est bien orienté dans le temps et dans l'espace, l'humeur est plutôt discordante.

Son contact est facile ; l'activité verbale ne permet pas de déceler de trouble de la morphologie du matériel linguistique parlé, ni de trouble syntaxique ou sémantique.

L'attention est soutenue, la mémoire conservée, mais son explication et son interprétation de certains faits mettent en évidence chez lui un jugement plutôt altéré. Le cours de la pensée est normal, le contenu délirant. En effet dans son discours, on note des idées de persécution à mécanisme hallucinatoire et intuitif (sa victime était une sorcière qui cherchait à le tuer). Cette activité délirante à thème persécutif persiste toujours même en prison (trouve que même en prison, il y aurait des sorciers bien connus du personnel de la prison et que, nous même médecin, nous le savons mais nous n'osons pas l'avouer). On note également chez lui des activités hallucinatoires (il verrait ses camarades de cellules se métamorphoser en sorcier, "se mettre sur la tête" et chercher à lui faire du mal). Il aurait plus d'une fois tenu de tels propos à l'administration pénitentiaire qu'il considère de mauvaise fois.

Au plan de la personnalité, l'inculpé est décrit par son oncle qui assurait sa garde jusqu'à son acte, comme un enfant introverti, solitaire, qui, bien que n'ayant reçu aucune instruction coranique, s'était déjà investi d'une manière surprenante et inquiétante dans la religion musulmane (secte de Ançardine). Il lui arrivait semble-t-il de faire 20km à pied chaque semaine pour aller à la prière du Vendredi à la mosquée de son maître spirituel.

Deux mois avant l'acte, on aurait constaté chez lui une inhibition psychomotrice, des troubles du sommeil, un refus de coopérer et de communiquer avec l'entourage familial et même, il affichait par moment des attitudes de refus devant certaines commissions ou ordres de son oncle ce qui n'était pas habituel chez lui.

Actuellement, l'inculpé n'a pas conscience de son état morbide.

Sur le plan instinctuel, il se plaint juste de ne pas pouvoir bien dormir et d'être anorexique.

On ne trouve chez lui ni notion de prise d'alcool ou de toxique, ni d'antécédents personnels ou familiaux connus de trouble mental.

RELATION ET CRITIQUE DES FAITS PAR L'INCULPE :

L'inculpé explique que sa victime qui était sa tante l'avait un jour envoyé pour une commission ; Pendant qu'il se rendait à cette commission, il aurait senti en lui des phénomènes bizarres et inhabituels qu'il décrit comme une transformation corporelle. Il en a déduit qu'il s'agissait d'une action de sorcellerie venant de sa tante qui cherchait à lui faire du mal. C'est ainsi qu'il se serait retourné sur ses pas, aurait frappé sa tante avec un bâton et se serait enfui pour se rendre chez son grand-père. Selon lui il n'y avait personne d'autre dans la famille.

Il aurait appris par la suite que la vieille femme en est morte, mais son objectif n'était pas de lui donner la mort.

Pour lui, la situation est regrettable, mais il reste convaincu à présent qu'il s'agissait belle et bien d'une sorcière contre qui il n'a fait que se défendre. Il ne se considère pas malade et ne comprend pas pourquoi on le garde aussi longtemps en prison. Il ressent plus péniblement le fait d'avoir raté deux (2) sessions de baccalauréat que le fait d'avoir donné la mort à sa tante.

COMMENTAIRE ET DISCUSSION :

Y., âgé de 21 ans, précédemment élève en SET, est inculpé de meurtre et se trouve actuellement à la maison d'arrêt de Bamako sous MD. du .../.../... Il reconnaît les faits mais n'a pas l'air de voir toute la gravité de son acte dans la mesure où pour lui, il se défendait contre une sorcière qui voulait plutôt le tuer.

L'examen psychiatrique du jeune Y. met en évidence chez lui un syndrome délirant à mécanisme intuitif et hallucinatoire. On note dans son discours des idées délirantes de persécution et de dépersonnalisation toujours en évolution et qui sous-tend chez lui des comportements hétéro-agressifs même en prison. L'acte pour lequel il est inculpé s'inscrit bien dans ce cadre.

Ce tableau clinique observé chez l'inculpé, son jeune âge et la personnalité pré-morbide décrite de lui, font évoquer chez lui une psychose schizophrénique sur un fond de personnalité schizoïde.

CONCLUSION :

- L'inculpé Y. souffre d'une psychose schizophrénique.
- L'infraction qui lui est reprochée est bien en relation avec cette pathologie. Au moment des faits, il était dans un état de démence au sens de l'article 28 du Code pénal Malien.
- Le sujet n'est pas à mesure de comprendre le sens d'une sanction pénale.

Etude des homicides ayant fait l'objet d'expertise psychiatrique au CHU du Point G

- S'il est correctement pris en charge par une structure de soins spécialisés, il est récupérable et réadaptable.
- Il ne présente pas de "dangerosité psychiatrique".

Le présent rapport est fait pour servir et valoir ce que de droit.

Bamako, le.....

Dr X.

OBSERVATION N° 2 :

**COUR D'APPEL DE BAMAKO
TRIBUNAL DE SEGOU**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**CABINE DE M. T T.
JUGE D'INSTRUCTION**

**ORDONNANCE DE COMMISSION
D'EXPERT
(Examen Psychiatrique)**

N.../RI

N.../RP

*Nous, T T., juge d'instruction au Tribunal de Première Instance de SEGOU ;
Vu l'information suivie contre Mme B.
Inculpé de FILICIDE*

Vu l'article 165 et suivants du CPP ;

*Commettons le Docteur X., Psychiatre, Expert commis par nous.
Qui après avoir pris connaissance du dossier et s'être entouré de tout renseignement utile procédera à l'examen psychiatrique de Mme B. et répondra notamment aux questions suivantes :*

1- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? le cas échéant les décrire et préciser à quelle affection elles se rattachent.

2- L'infraction qui est reprochée est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?

3- Le sujet présente – t – il un état dangereux ?

4- Le sujet est- il accessible à une sanction pénale ?

5- Le sujet est- il curable ou réadaptable ?

L'Expert nous remettra avant le ... /.../2004 (soit dans un délai de 15 jours) un rapport détaillé contenant son avis motivé et l'attestation qu'il a personnellement accompli la mission qui lui a été confiée.

Fait à notre cabinet le .../.../2004

LE JUGE D'INSTRUCTION

RAPPORT D'EXPERTISE

Je soussigné Docteur X., Psychiatre à l'Hôpital du Point G, commis par ordonnance de monsieur T T., juge d'instruction au tribunal de 1^{ère} instance de Ségou en date du .../.../..., afin de procéder à l'examen psychiatrique de madame B. inculpée de filicide, certifions avoir accompli en notre honneur et conscience, au service de psychiatrie du Point G les ... et .../.../..., la mission qui nous était confiée et avons rédigé le présent rapport et conclusion.

RAPPEL DES FAITS :

Vers 14h30, comme à son habitude, Madame B., 32 ans, va coucher son fils, âgée de 3 ans. Elle prévient sa mère, présente pour quelques jours à son domicile, qu'elle va également se reposer.

Madame B. revient une heure après et annonce à sa mère qu'elle vient de donner deux coups de pilon sur le crâne de son fils.

Son fils décède à 14h50 des suites du traumatisme crânio-encéphalique.

BIOGRAPHIE :

Agée de 32 ans, Mme B. est la deuxième d'une fratrie de quatre enfants. Dont une aînée de 34 ans, handicapée mentale ; un frère cadet de 25 ans et une sœur cadette de 23 ans.

Madame B. ne s'entend que moyennement avec sa mère qui a 60 ans et se confie peu à elle. Elle juge souvent sévèrement l'avis des autres et pense avoir toujours raison.

Son père qui était suivi pour syndrome dépressif, se serait suicidé par pendaison à l'âge de 54 ans.

Madame B. a grandi avec ses parents jusqu'à l'âge de 27 ans.

Elle a suivi une scolarité normale jusqu'à 14 ans. Par la suite, elle a travaillé un an dans une usine de Cependant, depuis ses 15 ans, elle ne travaille plus pour raison de santé. Malgré cela elle pense s'auto-suffire et n'a pas besoin de soutien familial.

Elle se marie à 27 ans. Son mari, du même âge qu'elle, est en activité. L'entente du couple a toujours été bonne, semble-t-il. Ils ont un fils de 3 ans.

Dans ses antécédents personnels, on signale plusieurs tentatives de suicide (par intoxication médicamenteuse volontaire) sous-tendues par un syndrome dépressif et depuis 12 ans, de nombreuses hospitalisations dans un centre hospitalier spécialisé.

Dans ses antécédents familiaux, le suicide au décours d'un syndrome dépressif.

EXAMEN CLINIQUE:

A l'examen somatique, l'état général de l'inculpé est altéré et on retrouve une plaie du grill costal gauche.

A l'examen psychiatrique, Madame B. est inhibée, son faciès figé. Elle est coopérante à l'entretien. Sa conscience est claire et lucide, la mémoire conservée.

A l'entretien, elle explique qu'elle sent mauvais et que cette odeur est perçue par son entourage. Cette situation serait devenue tellement intolérable qu'elle envisageait de se suicider. De façon monotone et stéréotypée, elle n'arrêtait pas de marmonner : « Je sens mauvais, mes intestins sont comme pourris, c'est une odeur de pus ». Selon elle cette situation entraînait un sentiment de honte, qui l'obligeait à rester enfermée chez elle avec son fils. Par ailleurs, elle se sentait entourer de rumeurs hostiles et évoquait des idées d'incurabilité. Elle explique qu'avant le meurtre, elle aurait laissé à son mari une lettre et dont le contenu était le suivant : « Malgré la lutte avec les médecins, je n'arrive pas à guérir. Ils disent tous que c'est des idées. Ils me lavent le cerveau avec leurs médicaments. Tout le monde est contre moi ». Depuis ce jour elle développe méfiance à l'égard des autres et est réticente à toute possibilité de guérison.

Ces troubles présentés par Madame B. s'inscrivent dans le cadre d'une auto dévalorisation, d'idées délirantes de persécution et de dépersonnalisation à mécanisme interprétatif et intuitif. Ce nous amène à évoquer chez elle un état dépressif mélancolique sur fond de personnalité paranoïaque.

RELATION ET CRITIQUE DES FAITS PAR L'INCULPE :

Madame B. explique que pendant sa grossesse, elle portait plutôt une tumeur inerte et non un enfant vivant. Elle trouvait qu'elle sentait mauvais, et que cette odeur était perçue par son entourage ce qui la poussait à rester enfermée chez elle avec son enfant. Pour elle, elle vivait ainsi une catastrophe et pensait ne plus guérir de cette situation. Craignant que son fils ne souffre de la même catastrophe, elle a pensé que la mort lui serait salutaire d'où son acte. Elle explique qu'avant son acte, elle-même aurait tenté de se donner la mort à plusieurs reprises. Elle croyait que si ces tentatives avaient réussi, elles auraient constitué, avec la mort de son fils, un acte de délivrance pour eux tous.

DISCUSSION et CONCLUSIONS:

Madame B., âgé de 32 ans, est inculpée de filicide et se trouve actuellement à la maison d'arrêt de Ségou. Elle reconnaît les faits mais pense avoir agi dans l'intérêt de son enfant en lui faisant éviter le malheur et la honte qu'elle même vive.

L'examen psychiatrique de madame B. met en évidence chez elle un état dépressif mélancolique avec autodépréciation, des idées délirantes de persécution et de dépersonnalisation sur un fond de personnalité paranoïaque.

CONCLUSIONS :

- Madame B. présente un syndrome dépressif rentrant dans le cadre d'une mélancolie délirante sur fond de personnalité paranoïaque.
- Le suicide altruiste et le filicide sont caractéristiques d'une telle pathologie c'est dire que l'acte de madame B. est en rapport avec sa pathologie. Elle était en état de démence au sens de l'Article 28 du Code Pénal au moment des faits.
- Avec une bonne prise en charge, l'inculpée n'a aucune dangerosité psychiatrique.
- Elle n'est pas accessible à une sanction pénale.
- Avec une bonne prise en charge, l'inculpée est curable et réadaptable.

Bamako, le.....

Dr X.

**COUR D'APPEL DE BAMAKO
TRIBUNAL DE PREMIERE INSTANCE
DE LA COMMUNE...
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**CABINE DE M....
JUGE D'INSTRUCTION**

**ORDONNANCE DE COMMISSION
D'EXPERT
(Examen Psychiatrique)**

N.../RI
N.../RP

Nous,....., juge d'instruction au Tribunal de Première Instance de la commune... du District de Bamako ;

Vu l'information suivie contre

Inculpé de

Vu l'article 165 et suivants du CPP ;

Commettons le Docteur....., Psychiatre, Expert commis par nous.

Qui après avoir pris connaissance du dossier et s'être entouré de tout renseignement utile procédera à l'examen psychiatrique de et répondra notamment aux questions suivantes :

1- L'examen du sujet révèle-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Le cas échéant les décrire et préciser à quelle affection elles se rattachent.

2- L'infraction qui est reprochée est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?

3- Le sujet présente – t – il un état dangereux ?

4- Le sujet est- il accessible à une sanction pénale ?

5- Le sujet est- il curable ou réadaptable ?

L'Expert nous remettra avant le ... /.../... (soit dans un délai de 15 jours) un rapport détaillé contenant son avis motivé et l'attestation qu'il a personnellement accompli la mission qui lui a été confiée.

Fait à notre cabinet le .../.../...

LE JUGE D'INSTRUCTION

**COUR D'APPEL DE BAMAKO
TRIBUNAL DE 1^{ère} INSTANCE
DE LA COMMUNE...
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**CABINE DE M..... ORDONNANCE DE COMMISSION
JUGE D'INSTRUCTION D'EXPERT
(Examen mental)**

N°.../RI
N°.../RP

Nous,....., juge d'instruction du 2^e cabinet du Tribunal de Première Instance de la commune... du District de Bamako ;

Vu l'information suivie contre
.....

Inculpé de

Vu l'article 165 et suivants du CPP ;

Commettons Monsieur le Docteur....., du service de Psychiatrique du Point G.

Qui après avoir prêté serment devant nous le serment prescrit par la loi, pris connaissance du dossier et s'être entouré de tous les renseignements utiles, procéder à l'examen mental

de :.....

..... Et répondre notamment aux questions suivantes :

1- L'inculpé...est-il atteint...d'anomalies psychiques ou physiques de nature à influencer sur sa responsabilité ? Le cas échéant les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

2- D'après l'expert, ces anomalies sont-elles de nature à faire considérer l'inculpé comme étant en état de démence au sens de l'article 28 du Code Pénal ou seulement sa responsabilité et dans quelle mesure ?

3- L'aliéné... doit-être considéré...comme danger..... pour la sécurité publique ou peut-être soigné....efficacement dans sa famille ?

L'Expert nous remettra dans un délai deun rapport détaillé avec son avis motivé et on affirmera en nos mains le contenu sincère et véritable.

Fait à notre cabinet le .../.../...

LE JUGE D'INSTRUCTION

**COUR D'APPEL DE BAMAKO
TRIBUNAL DE PREMIERE INSTANCE
DE LA COMMUNE...
DU DISTRICT DE BAMAKO**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI**

**CABINE DE M.....
JUGE D'INSTRUCTION**

**ORDONNANCE DE COMMISSION
D'EXPERT
(Examen mental)**

N.../RI

N° / J.I 2^è Cab./200.....

N.../RP

Nous,....., juge d'instruction chargé deuxième cabinet au Tribunal de Première Instance de la commune... du District de Bamako ;

Vu les pièces de la procédure suivie contre.....

Mandat de dépôt du.....

Inculpé de.....

- Vu notre ordonnance de commission d'expert pour l'examen de l'état mental de l'inculpé sus-nommé en date du Adressée au médecin-chef de la Maison Centrale d'Arrêt de Bamako,

- Vu la lettre sans numéro en date du Du médecin chef de la maison centrale d'arrêt de Bamako, docteur....., nous invitant à nous adresser au docteur du service de psychiatrie du Point G et cela eu égard au comportement inhabituel de l'inculpé sus-nommé par lui constaté ;

Attendu qu'il y a donc lieu de faire examiner l'inculpé..... par un médecin spécialiste en psychiatrie ;

*- Vu les dispositions des articles **165 et suivants** du Code de Procédure Pénale ;*

Commettons monsieur le Docteur,du service de Psychiatrie du Point G., expert commis par nous, qui après avoir pris connaissance du dossier et s'être entouré de tous les renseignements utiles, procédera à l'examen mental de l'inculpé sus-nommé et répondra aux questions suivantes :

1- L'inculpéest-il atteint d'anomalies psychiques ou physiques de nature à influencer sur sa responsabilité? Si Oui, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.

2- L'infraction qui est reprochée est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?

3-Présente – t – il un état dangereux ?

4-Est- il accessible à une sanction pénale ?

*5-Est- il curable ou réadaptable ?
L'Expert remettra, deux semaines après la réception de
la présente ordonnance, un rapport détaillé contenant
son avis motivé et l'attestation qu'il a personnellement
accompli la mission qui lui a été confiée.*

Fait à notre cabinet le .../.../...

LE JUGE D'INSTRUCTION

Tarif des frais de justice en matière pénale

DECRET N°95n211/P-RM DU 30 MAI 1995

Titre II :

CHAPITRE II : Des indemnités et honoraires des experts – interprètes et traducteurs

B. DISPOSITIONS SPECIALES

a) Médecine légale

ART. 17 Chaque médecin régulièrement requis ou commis reçoit après dépôt d'un rapport, à titre d'honoraires :

1. Pour une visite comportant un examen de malade ou de blessé grave : 3 000 F
2. Pour autopsie avant inhumation 6 000 F
3. Pour autopsie après exhumation ou autopsie de cadavre en état de décomposition avancée :..... 12 000 F
4. Pour autopsie de cadavre de nouveau-né avant inhumation :
..... 2 500 F
5. Pour autopsie de cadavre de nouveau-né après exhumation ou autopsie de cadavre de nouveau-né en état de décomposition dans les cas simples..... 8 000 F
6. Pour examen au point de vue mental dans les cas simples..... 1 600 F

En cas l'expertise présentant des difficultés particulières, ou non prévues par le présent décret, le magistrat commettant fixe, d'après les circonstances et sur avis conforme du procureur général ou de son délégué, la taxe qui doit être allouée.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

