

**Faculté de droit et de criminologie
École de criminologie**

Irresponsabilité pénale et mesure d'internement :

Une analyse d'expertises médico-légales

Auteur : Mareva Origer

Promoteur : Jérôme Englebert

Année académique 2020-2021

Master en criminologie à finalité spécialisée : criminologie de
l'intervention

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Le psychiatre est l'autorité scientifique qui permet de maintenir la possibilité de jugement à une époque et dans une société où la justice ne sait plus quel sens donner à la condamnation de quelqu'un.

- *M. Foucault*

Remerciements :

Au terme de ce Master et par le biais de ce travail de fin d'études, je souhaiterais témoigner ma reconnaissance à tous ceux qui m'ont aidé et soutenu, de près ou de loin, dans l'élaboration de celui-ci.

Je tiens particulièrement à remercier le Professeur Jérôme Englebert, mon promoteur, pour son enseignement, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Merci également à Madame Cristelle Michaux, Juge au Tribunal d'Application des Peines pour le ressort de la Cour d'Appel de Liège, pour avoir accepté de m'accorder un peu de son temps précieux afin de réaliser ma récolte de données pour la réalisation de ce mémoire.

Merci à mes parents pour leur lecture attentive, ainsi que leurs encouragements durant la rédaction de ce travail et tout au long de mon parcours universitaire, et ce, malgré la distance.

Merci à Wesly, ainsi qu'à mes amis pour leur soutien et leur présence constante et stimulante.

Table des matières

<u>PRÉAMBULE</u>	
<u>I. PARTIE THÉORIQUE</u>	
INTRODUCTION :	1
CHAPITRE 1 : LÉGISLATION	2
SECTION 1 : HISTORIQUE DE LA LOI DE DÉFENSE SOCIALE	3
1.1 LE CODE PÉNAL FRANÇAIS	4
1.2 LE CODE PÉNAL BELGE	4
1.3 LOI DU 9 AVRIL 1930 DE LA DÉFENSE SOCIALE	4
1.4 LOI DU 1 ^{ER} JUILLET 1964 DE DÉFENSE SOCIALE.....	6
1.5 LOI DU 21 AVRIL 2007 RELATIVE À L'INTERNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE MENTAL	7
SECTION 2 : LOI DU 5 MAI 2014 RELATIVE À L'INTERNEMENT	7
2.1 LA PHASE DÉCISIONNELLE	7
2.2 LA PHASE EXÉCUTIVE.....	10
CHAPITRE 2 : LA DÉFENSE SOCIALE EN BELGIQUE	12
SECTION 1 : L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE.....	12
SECTION 2 : L'INTERNEMENT	13
SECTION 3 : LES ÉTABLISSEMENTS DE DÉFENSE SOCIALE EN BELGIQUE.....	15
CHAPITRE 3 : L'EXPERTISE JUDICIAIRE	17
SECTION 1 : L'EXPERTISE	17
1.1 L'EXPERTISE JUDICIAIRE	17
SECTION 2 : L'EXPERT JUDICIAIRE	18
CHAPITRE 4 : L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE LÉGALE	20
SECTION 1 : HISTORIQUE DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE LÉGALE.....	20
SECTION 2 : L'EXPERT PSYCHIATRE ET L'EXPERT PSYCHOLOGUE	21
SECTION 3 : L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ET LE COLLÈGE	22
SECTION 4 : L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE LÉGALE	22
4.1 MISSIONS	24
4.1.1 L'OBJET GÉNÉRAL DE L'EXPERTISE	26
4.1.2 L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE	26

4.1.3 LA RÉCIDIVE.....	27
4.2 L'EXIGENCE D'UNE CERTAINE MÉTHODOLOGIE ET D'UN CANEVAS DE L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE LÉGALE	28
CHAPITRE 5 : L'ÉVALUATION DU RISQUE	30
SECTION 1 : DE LA NOTION DE DANGÉROSITÉ AU RISQUE DE RÉCIDIVE.....	30
SECTION 2 : L'ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE	32
SECTION 3 : VIOLENCE RISK APPRAISAL GUIDE.....	33
SECTION 4 : CRITIQUES	37
CHAPITRE 6 : LES OUTILS D'ÉVALUATION STRUCTURÉS.....	39
SECTION 1 : GÉNÉRALITÉS	39
SECTION 2 : LE PSYCHODIAGNOSTIC DE RORSCHACH.....	40
SECTION 3 : INVENTAIRE MULTIPHASIQUE DE PERSONNALITÉ DU MINNESOTA	44
SECTION 4 : L'ÉCHELLE D'INTELLIGENCE POUR ADULTES DE WECHSLER.....	47
<u>II. PARTIE EMPIRIQUE.....</u>	51
INTRODUCTION :	53
CHAPITRE 1 : MÉTHODOLOGIE.....	54
SECTION 1 : MODÈLE D'ANALYSE	54
SECTION 2 : DÉLIMITATION DU CHAMP D'ANALYSE ET TERRAIN DE RECHERCHE	54
SECTION 3 : ÉCHANTILLONNAGE	55
SECTION 4 : RÉCOLTE DES DONNÉES	56
CHAPITRE 2 : STRUCTURE ET CONTENU DES EXPERTISES	58
SECTION 1 : LES PREMIÈRES PAGES DU RAPPORT : GÉNÉRALITÉS	58
SECTION 2 : DIFFÉRENTS POINTS STRUCTURELS DE L'EXPERTISE ET ANALYSE DE LEUR CONTENU	60
2.1 DOCUMENTS CONSULTÉS	60
2.2 PARCOURS ET DONNÉES ANAMNESTIQUES.....	60
2.2.1 BIOGRAPHIE	60
2.2.2 HISTORIQUE INFRACTIONNEL	61
2.2.3 HISTORIQUE MÉDICAL	62
2.4 EXAMEN SOMATIQUE	64
2.5 ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE	64
2.6 ÉVALUATION DU RISQUE	67

2.7 CONSEILS SUR LE TRAITEMENT.....	67
2.8 DISCUSSION ET CONCLUSION	67
CHAPITRE 3 : L'UTILISATION DES OUTILS D'ÉVALUATION STRUCTURÉS.....	69
SECTION 1 : LE PSYCHODIAGNOSTIC DE RORSCHACH.....	71
SECTION 2 : INVENTAIRE MULTIPHASIQUE DE PERSONNALITÉ DU MINNESOTA.....	72
SECTION 3 : ÉCHELLE D'INTELLIGENCE POUR ADULTES DE WECHSLER, VERSION 3	73
SECTION 4 : LE VIOLENCE RISK APPRAISAL GUIDE	73
CHAPITRE 4 : L'ÉVALUATION DU RISQUE DANS LES EXPERTISES LÉGALES	74
SECTION 1 : LA NOTION DE DANGÉROSITÉ REMPLACÉE PAR L'ÉVALUATION DU RISQUE DE RÉCIDIVE	74
SECTION 2 : L'ÉVALUATION NON STRUCTURÉE.....	74
SECTION 3 : L'ÉVALUATION AVEC LA VRAG, UN OUTIL STANDARDISÉ.....	75
CHAPITRE 5 : COMMENT LES EXPERTS PSYCHIATRES SE JUSTIFIENT-ILS ?	77
SECTION 1 : COMMENT SONT POSÉS ET JUSTIFIÉS LES DIAGNOSTICS DES TROUBLES MENTAUX ?	77
SECTION 2 : COMMENT L'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE EST-ELLE JUSTIFIÉE ?.....	78
CHAPITRE 6 : ÉLÉMENTS INTERPELLANTS	80
SECTION 1 : LE NON-RESPECT DE LA MÉTHODOLOGIE	80
1.1 LE JARGON.....	80
SECTION 2 : DESCRIPTIONS ETHNIQUES ET PHYSIQUES.....	81
SECTION 3 : STIGMATISATION ET PRÉJUGÉS	82
SECTION 4 : FACTEURS DE RISQUE INTERPELLANTS ET NON JUSTIFIÉS	83
<u>PARTIE III : DISCUSSION ET CONCLUSION.....</u>	85
INTRODUCTION.....	87
DISCUSSION	88
SECTION 1 : LIMITES MÉTHODOLOGIQUES.....	88
SECTION 2 : DISCUSSION DES RÉSULTATS ET PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉS DANS LES EXPERTISES DE L'ÉCHANTILLON	89
SECTION 3 : TENTATIVE D'UNE FORMULATION DE SOLUTIONS	102
CONCLUSION.....	104

**ANNEXE A : TABLEAU REPRENANT TOUS LES OUTILS D'ÉVALUATION
UTILISÉS DANS L'ÉCHANTILLON 107**

BIBLIOGRAPHIE : 109

Préambule

« La folie ne se définit pas et ne se définira jamais scientifiquement, parce qu'elle n'a pas d'existence scientifique ; la société nous a imposé une caractéristique bien supérieure aux banales paraphrases, du jour où elle a assigné à la folie un attribut qu'elle ne partage avec aucun autre attribut de l'intelligence humaine, celui de l'irresponsabilité¹ ».

L'irresponsabilité pénale et la mesure d'internement qui l'accompagne dans le cas d'un jugement d'un criminel "fou", découlent de la maladie mentale. La folie, comme cité ci-dessus, et comme le disait déjà Lasègue « ne se définit pas et ne se définira jamais scientifiquement, parce qu'elle n'a pas d'existence scientifique² ». Depuis de nombreuses années, il existe des débats entre le domaine de la psychiatrie et celui du droit. Le premier domaine, qui, étant une science humaine, soutient la complexité de l'être humain et l'impossibilité de donner des éléments certains et infaillibles quant à la maladie mentale ou la déficience mentale et par conséquent l'irresponsabilité pénale d'une personne. Le deuxième domaine aimerait s'appuyer sur des éléments infaillibles, certains et scientifiquement prouvés. C'est dans ce contexte de tension entre eux domaines ayant une philosophie radicalement différente qu'a eu lieu la naissance de l'expertise psychiatrique au pénal. On comprend alors rapidement pourquoi les expertises font, depuis leur naissance, l'objet de nombreuses controverses et critiques. En effet, suite à des affaires pénales qui ont été médiatisées il a été révélé des désaccords non négligeables entre les différents experts en charge du même dossier. Certes, l'être humain, les maladies mentales et la notion d'irresponsabilité sont des variables non stables, mais ces divergences sont-elles simplement liée à la complexité de l'être humain ou l'expertise manque-t-elle d'une méthodologie unique entre les différents experts ? Comment les experts psychiatres justifient-ils l'irresponsabilité pénale d'un auteur d'un fait infractionnel devant les juridictions ? Comment se présente une expertise psychiatrique légale, quels éléments y sont repris ? En tentant de répondre à ces questions, nous allons pouvoir répondre à la question qui guidera ce mémoire : Les expertises psychiatriques légales, méritent-elles encore de nos jours de faire l'objet de multiples controverses malgré les avancées dans le domaine de la psychiatrie ? Nous allons essayer d'éclaircir

¹ LASÈGUE C., Études médicales, tome 1, Paris, Asselin, 1884, p. 620.

² LASÈGUE L., « De la responsabilité légale », in C. LASÈGUE, Études médicales, tome 1, Paris, Asselin, 1884, p.620.

comment et pourquoi, tout en étant un instrument d'évaluation indispensable dans le champ judiciaire, l'expertise psychiatrique légale est régulièrement et fortement contestée par certains acteurs du terrain, par le public général et par la littérature scientifique.

Au cours de ce présent travail, nous analyserons un nombre d'expertises psychiatriques afin de voir, nous l'avons déjà mentionné, comment elles sont structurées, quel est leur contenu, comment les experts justifient leurs conclusions, quelle méthodologie, s'il y en a une, est employée et s'il y a une cohérence sur le contenu et la forme entre les expertises de différents experts. On se forgera alors, à la fin de ce travail, notre propre opinion sur les expertises psychiatriques légales et nous allons répondre à la question si elles méritent encore, de nos jours, de faire l'objet de multiples controverses, malgré les avancées dans le domaine de la psychiatrie.

Nous commencerons ce travail par une première partie théorique, qui nous offrira toutes les connaissances de base nécessaires pour la deuxième partie de ce travail, à savoir la partie empirique. Nous allons entamer cette première partie par étudier et contextualiser le cadre légal définissant et donnant les conditions de l'irresponsabilité pénale ainsi que la mesure d'internement en Belgique. Ensuite, nous allons approfondir nos connaissances sur la notion d'irresponsabilité pénale, la mesure d'internement, et les Établissements de Défense Sociale existant en Belgique. Nous allons également, dans un troisième chapitre définir l'expertise judiciaire avant de nous intéresser plus en profondeur aux expertises psychiatriques légales dans un quatrième chapitre. Le cinquième chapitre sera dédié à, nous allons le voir, une mission fondamentale de l'expertise psychiatrique légale : l'évaluation du risque de récidive. Finalement, dans un sixième et dernier chapitre nous allons définir plus en profondeur une série d'instruments d'évaluation afin de nous assurer d'avoir une bonne connaissance de ceux-ci lorsqu'on entamera la partie plus analytique de ce présent travail.

Une deuxième partie, empirique, consistera en l'analyse d'un échantillon d'expertises psychiatriques légales ayant mené à la prononciation de l'irresponsabilité pénale de l'expertisé, et donc, à la mesure d'internement. Un premier chapitre sera dédié à la méthodologie qui a été employée pour la réalisation de l'analyse et donnera de plus amples informations sur les données récoltées pour réaliser le présent mémoire. Ensuite, dans un second chapitre, nous nous pencherons sur les éléments dits structurels et le contenu des rapports d'expertise psychiatrique. Dans un troisième chapitre, nous allons nous intéresser aux outils d'évaluation qui ont été utilisés dans le cadre des expertises

psychiatriques légales. Dans la continuité de ce troisième chapitre, un quatrième chapitre s'intéressera à l'évaluation du risque de récidive, devenue une des missions clé de l'expert psychiatre. Finalement, nous allons nous intéresser aux éléments qui ont suscité un questionnement de notre part lors des lectures et analyses des dossiers d'expertise.

Nous allons conclure ce mémoire avec une troisième partie, qui consistera en une discussion et une conclusion. Le but de cette partie, est de résumer les résultats de l'analyse de notre échantillon, de partager d'éventuels questionnements et d'éventuellement formuler quelques idées qui pourraient contribuer à remédier aux problèmes soulevés dans l'échantillon analysé lors de ce présent travail.

I. Partie Théorique

Introduction :

Afin d'avoir toutes les connaissances nécessaires avant d'entamer la partie empirique de ce présent travail et de tenter de répondre à la question de recherche qui a guidé ce mémoire, et il nous semble essentiel de commencer par une partie théorique. Effectivement, cette partie théorique complétera la deuxième partie de ce travail.

Nous allons commencer cette partie théorique, par un chapitre sur la législation qui encadre les expertises pénales ainsi que la mesure d'internement et le statut d'irresponsabilité pénale. Nous allons y voir, comment le cadre législatif a évolué depuis ses débuts, et quels sont les points forts, mais également les points plus critiques de la législation actuelle. Dans un deuxième chapitre, au titre de *La Défense Sociale en Belgique*, nous allons nous intéresser à la notion d'irresponsabilité pénale. Effectivement, il nous semble essentiel de définir en quoi consiste et à quelles conditions est attribué le statut d'irresponsabilité pénale, car elle est la condition phare afin de pouvoir bénéficier d'une mesure d'internement, laquelle nous allons expliquer dans la deuxième section de ce chapitre. Nous allons terminer ce chapitre par exposer les différents Établissements de Défense Sociale existants en Belgique. Dans un quatrième chapitre, nous allons nous intéresser à l'expertise judiciaire et l'expert judiciaire, ce qui nous semble essentiel avant d'entamer le cinquième chapitre traitant l'expertise psychiatrique légale. Le cinquième chapitre de cette première partie est entièrement consacré à une des questions clés posés par les juridictions aux experts : le risque de récidive. Enfin, nous allons terminer cette première partie par un chapitre traitant les outils d'évaluations. Nous allons nous pencher sur certains outils spécifiques. La connaissance de ceux-ci sera primordiale pour la compréhension de la partie analytique de ce travail.

Chapitre 1 : Législation

Depuis la création de la clinique psychiatrique dans les années 1780, chaque société s'est vu devoir « concilier les fondements du droit pénal et le développement d'une clinique psychiatrique³ ». Il nous semble pertinent, dans le cadre de ce mémoire ayant comme objet l'expertise légale, de commencer par un chapitre sur la législation. Effectivement, cela nous permet de nous assurer de bien comprendre le cadre légal qui entoure la prononciation de la mesure d'internement et du statut d'irresponsabilité pénale. De plus, il est intéressant de constater que la loi encadrant l'internement ainsi que l'irresponsabilité pénale a connu beaucoup de modifications depuis sa création. Nous allons donc, dans ce premier chapitre, nous intéresser à l'histoire de la Loi de la Défense Sociale, son évolution jusqu'à la Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, loi en vigueur actuellement.

Section 1 : Historique de la Loi de Défense Sociale

L'acte de naissance de la psychiatrie légale consiste, en fait, en un acte de séparation entre ce qui relève de la maladie de l'individu aliéné et ce qui relève du crime commis par l'individu responsable. On pourrait également clamer « que le problème des délinquants anormaux est aussi vieux que le droit pénal lui-même⁴ ». En effet, depuis des décennies le législateur s'interroge face à la problématique des personnes atteintes de maladies mentales ayant transgressé la loi pénale.

« Les “aliénés ordinaires” comme les “aliénés criminels” ont fait l'objet d'une politique de mise à l'écart et d'enfermement au nom de leur vulnérabilité mentale et de leur dangerosité sociale⁵ » depuis le XIXe siècle. Cette prise en charge par un même dispositif sera abandonnée par la suite et les malades mentaux, ayant commis une infraction pénale, seront confrontés à la justice pénale et feront l'objet d'une mesure d'internement. À ce stade, une collaboration entre psychiatres et juges sera nécessaire afin de distinguer les simples criminels des criminels aliénés. C'est ici que naît « un des

³ SENON J-L., MANZANERA C., « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico-Psychologiques*, 164/2006, p.819.

⁴ B. ZLATARIC, « Le statut juridique des délinquants anormaux », in *Les délinquants anormaux mentaux*, Paris, Cujas, 1963, p. 84.

⁵ M. VAN DE KERCHOVE, « En guise d'introduction », in *Malades mentaux, Justice et Liberté. Renverser l'entonnoir ?* (sous la dir. de LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE), Mental'idées, n° 17, Bruxelles, 2012, p. 5.

plus graves problèmes que la médecine, dans ses rapports avec la justice, soit appelé à résoudre, [...], celui de la responsabilité des aliénés⁶ ».

1.1 Le Code Pénal français

En 1810 le Code Pénal français s'appliquait également à la Belgique, car elle était encore annexée à la France.

Dans le Code Pénal français du 7 septembre 1791, aucun des articles ne traite la question de l'irresponsabilité pénale. L'article 64 du Code Pénal de 1810 sur l'irresponsabilité pénale stipule : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister⁷ ».

Deux critiques peuvent être prononcées concernant l'article 64. Premièrement, la force dont l'article 64 fait allusion, n'est pas une force intérieure⁸, mais il s'agit d'un ordre ou d'une menace émanant d'un tiers. Donc, selon l'article 64 du Code Pénal de 1810 un vol commis sous menace de mort n'était pas punissable. La force dont l'article 64 fait référence ne se trouve pas dans le domaine de la psychiatrie. Ensuite, le terme de démence est à prendre au sens large car le terme de démence tel que visé dans l'article 64 recouvre toutes les pathologies mentales graves faisant perdre le libre arbitre, autrement dénommé aliénation mentale ou folie. C'est ici que devient clair le fait que les aliénistes de 1810, n'ont pas participé à l'élaboration du texte de loi qui fut uniquement affaire de juristes et non de médecins.

Cet article, que l'on peut fortement critiquer aujourd'hui, consacrait ainsi le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux. À ce stade, la législation ne prévoyait encore aucune mesure spéciale pour l'internement des l'aliénés délinquants. Ceux-ci étaient enfermés au même endroit que les aliénés n'ayant pas commis de fait infractionnel.

⁶ M. VAN DE KERCHOVE, « En guise d'introduction », in Malades mentaux, Justice et Liberté. Renvoyer l'entonnoir ? (sous la dir. de LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE), Mental'idées, n° 17, Bruxelles, 2012, p. 5.

⁷ Code pénal français, art. 64.

⁸ Une pulsion ou une hallucination par exemple

1.2 Le Code Pénal belge

Ensuite, l'article 64 du Code Pénal français devint l'article 71 du Code Pénal belge du 8 juin 1867 stipulant qu'« il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était en état de démence au moment du fait, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister⁹». Cet article, comme l'article 64 du Code Pénal français, édictait que l'accusé pouvait être, ou non, responsable de ses actes. S'il ne l'était pas, alors la sanction pénale ne s'appliquait pas. Dans ce cas, il était libéré sans que le texte de loi ne se soucie de ce qu'il allait devenir. Cette absence de souci de destin du criminel non responsable pénalement sera palliée par la Loi de Défense Sociale de 1930 édictée à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude.

1.3 Loi du 9 avril 1930 de la Défense Sociale

En Belgique, avant l'année 1930, « aucune loi spécifique ne régit les aliénés criminels, ni leur assigne de lieu particulier de séquestration¹⁰ ». On rappelle également « qu'avant 1850, [...], aucune loi ne régit spécifiquement la séquestration des aliénés en général¹¹ ».

La loi du 5 mai relative à l'internement, que nous employons aujourd'hui pour la prononciation de la mesure d'internement, « est le fruit d'un long processus de réforme entamé à la fin du XXe siècle¹² ». En effet, les racines de ce texte de loi se trouvent surtout dans le texte de loi relatif à la Défense Sociale de 1930.

« Fruit d'un travail législatif entamé dans les années 1920, la Loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, tenta de rencontrer ces préoccupations en instituant une nouvelle mesure de sûreté¹³ ». À partir de ce moment-là, il y aura, pour le juge, la possibilité de prononcer une mesure de protection pour la société. La Loi du 9 avril 1930 consiste ainsi, comme le dit Basecqz (2015) en une double finalité : soigner les malades mentaux délinquants et protéger la société contre

⁹ Code pénal belge, art. 71.

¹⁰ VAN DE KERCHOVE M., « Discours juridique et discours psychiatrique », *Droit et Société*, 3/1986, p.280.

¹¹ Ibid.

¹² CARTUYVELS Y., NEDERLANDT O., BASECQZ N. et VANSIELIETTE F., « De la loi de défense sociale de 1930 à la loi relative à l'internement de 2014 : remarques conclusives », in : NEDERLANDT O., BASECQZ N., VANSIELIETTE F., et CARTUYVELS Y. (eds), *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement : nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, Vol. 26, La Charte, Bruxelles, 2018, p.225.

¹³ P. MARY, D. KAMINSKI, E. MAES et F. VANHAMME, « Le traitement de la "dangerosité" en Belgique : internement et mise à la disposition du gouvernement », *Champ pénal/Penal field* (en ligne), Vol. VIII, 2011, §4.

ces sujets considérés comme étant dangereux. Le but est donc de procurer des soins adéquats au malade mental délinquant durant son internement. Ceci reste un élément primordial de la mesure d'internement de nos jours. .

C'est à ce moment, que le champ d'application de l'article 71 du Code Pénal se trouve élargi. Une procédure judiciaire d'internement remplace la procédure administrative de collocation. La procédure judiciaire est applicable non seulement à l'inculpé dément visé par l'article 71 du Code Pénal, mais elle s'applique également à l'inculpé se trouvant « dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actes¹⁴ ». De plus, « lorsque le juge éprouve des doutes quant à la santé mentale de l'intéressé¹⁵ », il peut le placer en observation dans l'annexe psychiatrique d'un établissement pénitentiaire dans les cas où la loi autorise la détention préventive.

Une différence majeure avec la loi encadrant la mesure d'internement de nos jours, est qu'à l'époque la durée de l'internement était calculée selon la gravité de l'infraction commise. En effet, « l'internement est ordonné pour cinq ans ; ce terme est porté à dix ans, si le fait était punissable des travaux forcés ou de la détention extraordinaire ou perpétuelle ; à quinze ans si le fait était punissable de la peine de mort¹⁶ ». Dans le cas où la libération de l'interné n'avait pas été ordonnée avant l'échéance du terme en question, le ministère public avait néanmoins la possibilité de demander au juge de prolonger la mesure d'internement pour la même durée. De plus, le juge avait la possibilité de prolonger de manière indéfinie la durée de l'internement avec l'accord du directeur de l'institution en question et du médecin du service de l'annexe psychiatrique¹⁷.

La Loi du 9 avril 1930 de Défense Sociale prévoyait également qu'une commission administrative, communément appelée commission psychiatrique, composée d'un magistrat président assisté d'un avocat et d'un médecin soit chargée de l'exécution de la mesure d'internement. Le ministère public y siégeait également, mais n'avait pas de pouvoir de voix délibérative. La commission psychiatrique prenait la décision de quel

¹⁴ Loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, art. 1^{er}, M.B., 11 mai 1930, p. 2447.

¹⁵ BASECQZ C.N., « La loi du 5 mai 2014 : un meilleur cadre légal pour l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », In : BEERNAERT M-A., *Actualités du droit pénal*, collection Recyclage en droit, Anthemis, Limal, 2015, p. 157.

¹⁶ Loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, Art.19 M.B., 11 mai 1930, p. 2447.

¹⁷ BOSLY H.D., BASECQZ C.N., « La nouvelle loi belge relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », in *Actes du colloque international organisé à La Roche sur Yon par l'I.C.E.S. les 15 et 16 février 2008, ayant pour thème : « Regards croisés sur l'irresponsabilité pénale: droit, santé, cultures »*, Cujas, Paris, 2009, p. 55.

établissement allait accueillir l'intéressé pour la durée de son internement. Elle décidait également de l'accord, ou non, d'une libération à l'essai ou définitive lorsqu'elle estimait que l'interné ne constitue plus un danger social.

1.4 Loi du 1^{er} juillet 1964 de Défense Sociale

Avec la Loi du 1^{er} juillet 1964 l'internement devient, comme cela est encore le cas aujourd'hui, une mesure à durée indéterminée car on estime qu'il est impossible d'évaluer quand surviendra la guérison de l'interné, et si elle surviendra un jour. Tous les six mois on donne aussi le droit à l'interné de demander à la commission de Défense Sociale un examen sur la possibilité d'être libéré.

La commission de Défense Sociale (anciennement dénommée commission de l'annexe psychiatrique) dispose, à présent, la possibilité d'accorder à l'intéressé un régime de semi-liberté, régime se trouvant à l'intersection d'internement et de liberté à l'essai.

En ce qui concerne les recours relatifs à la libération, on créa la commission supérieure de défense sociale présidée par un magistrat effectif ou honoraire de la Cour de Cassation ou d'une Cour d'Appel, d'un avocat et du médecin directeur du service d'anthropologie pénitentiaire, qui sera dès lors compétente pour en juger. Les droits de la défense se voient renforcés par l'obligation d'une assistance d'un avocat tout au long de la procédure. Tandis que la Loi de 1930 rendait obligatoire la libération de l'interné dès son état mental « ne constituait plus un danger social, la loi de 1964 en fait une faculté et en renforce les conditions¹⁸ ».

On peut conclure que, malgré le fait qu'elle présente plusieurs changements par rapport à la Loi de 1930, la Loi de 1964 ne la réforme pas en profondeur vu qu'« elle maintient l'assimilation des aliénés et des anormaux, critiquée par les juristes, et le même traitement pour les deux catégories, critiqué par les médecins¹⁹ ».

¹⁸ P. MARY, D. KAMINSKI, E. MAES et F. VANHAMME, « Le traitement de la "dangerosité" en Belgique : internement et mise à la disposition du gouvernement », *Champ pénal/Penal field* (en ligne), Vol. VIII, 2011, mis en ligne le 25 octobre 2011, § 15.

¹⁹Ibid.

1.5 Loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental

La Loi du 21 avril 2007 est beaucoup plus élaborée que celle qui la précédait (elle compte 156 articles au lieu de 32). En raison d'avoir été votée dans une certaine précipitation, cette loi a fait l'objet d'une annulation partielle par la Cour Constitutionnelle²⁰ et, en conséquence, n'est jamais entrée en vigueur.

Section 2 : Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement

Il est important de souligner d'entrée de jeu que si la Loi de 2014, relative à l'internement, introduit certes des innovations, elle ne traduit cependant pas une rupture nette avec l'ancienne Loi de Défense Sociale. Même si la Loi de 2014 « n'opère pas de véritable rupture avec le système légal qu'elle réforme, [elle] introduit incontestablement un certain nombre d'inflexions qui visent à modifier la prise en charge des auteurs de certaines infractions considérés comme irresponsables sur le plan pénal²¹ ».

Nous allons commencer par analyser cette loi, d'abord au niveau décisionnel, et dans un deuxième temps, au niveau de l'exécution.

2.1 La phase décisionnelle

Dans la Loi du 5 mai 2014, on peut constater une évolution de la terminologie, liée à l'évolution de la psychiatrie contemporaine. Les termes d' « états de démence ou de déséquilibre mental prévus par l'ancien article 71 du Code Pénal et de la Loi de 1930 font désormais place à la notion de trouble mental²² ». Cette nouvelle terminologie est, en effet, plus élastique que les anciennes notions qui induisaient « une certaine forme de permanence²³ ». De plus, le trouble mental peut être envisagé à deux niveaux : « au niveau des facultés volitives de l'agent (comme le prévoyait la Loi de Défense Sociale en visant l'incapacité du contrôle de ses actes) mais aussi sur le plan de ses facultés cognitives (portant sur le discernement de l'auteur)²⁴ ». Le trouble mental peut à présent

²⁰ C. const., 6 novembre 2008, n° 154/2008, J.T., 2009, p. 194-197.

²¹ CARTUYVELS Y., NEDERLANDT O., BASECQZ N. et VANSIELIETTE F., « De la loi de défense sociale de 1930 à la loi relative à l'internement de 2014 : remarques conclusives », in : NEDERLANDT O., BASECQZ N., VANSIELIETTE F., et CARTUYVELS Y. (eds), *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement : nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, Vol. 26, La Charte, Bruxelles, 2018, p.225.

²² Ibid.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

être partiel (« trouble ayant altéré gravement les capacités cognitives ou volitives de l'agent mais sans les abolir²⁵ ») ou complet. On fera donc, à présent, une distinction entre les sujets gravement altérés et les sujets abolis.

La nouvelle idéologie selon laquelle il faut apprécier le trouble mental au moment de l'expertise, « crée une situation curieuse sur le plan de la logique pénale²⁶ ». Par exemple, sera alors considéré comme pénalement responsable, l'auteur d'un crime ou d'un délit étant atteint d'un trouble mental au moment des faits, mais ne présentant plus de symptômes pouvant conclure à la présence d'un trouble mental lors de l'expertise. Cette même personne, pourrait bénéficier d'une mesure d'internement « si le trouble mental est toujours du même type (ou plus grave) au moment du jugement²⁷ » et sous la condition que les autres conditions du texte de loi soient remplies.

La Loi de 2014 a également comme objectif de réserver la mesure d'internement uniquement aux sujets pour lesquels « cette mesure de soin et de sécurité apparaît indispensable²⁸ » en rétrécissant son champ d'application. Pour ce faire, on a introduit la condition selon laquelle la mesure d'internement s'applique uniquement à une « personne qui a commis un crime ou un délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers²⁹ ». Via cette nouvelle condition, le législateur a voulu introduire un seuil de gravité à partir duquel on peut bénéficier de cette mesure. Cette nouvelle condition pose question. En effet, elle ne constitue pas un indicateur de la gravité du trouble mental nécessitant des soins. On peut alors relever la problématique d'« auteurs d'infractions relativement bénignes mais atteints d'un trouble mental sérieux se [retrouvant] en prison³⁰ ». La condition de dangerosité sociale, telle que mentionnée dans la Loi de 1930, pour bénéficier d'une mesure d'internement, a été redéfinie comme suit : une personne « pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouveaux faits tels que visés au 1° en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres

²⁵ CARTUYVELS Y., NEDERLANDT O., BASECQZ N. et VANSIELIETTE F., « De la loi de défense sociale de 1930 à la loi relative à l'internement de 2014 : remarques conclusives », in : NEDERLANDT O., BASECQZ N., VANSIELIETTE F., et CARTUYVELS Y. (eds), *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement : nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, Vol. 26, La Charte, Bruxelles, 2018, p.225

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid. p.226.

²⁹ Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 5, M.B., 9 juillet 2014, p. 52159.

³⁰ CARTUYVELS Y., NEDERLANDT O., BASECQZ N. et VANSIELIETTE F., « De la loi de défense sociale de 1930 à la loi relative à l'internement de 2014 : remarques conclusives », in : NEDERLANDT O., BASECQZ N., VANSIELIETTE F., et CARTUYVELS Y. (eds), *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement : nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, Vol. 26, La Charte, Bruxelles, 2018, p.226.

facteurs de risque³¹ ». On a donc remplacé la dangerosité sociale par un risque de récidive concernant des faits « portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers³² ». Néanmoins, se pose la question de ce qui est entendu par les « autres facteurs de risque » vu que ceux-ci ne sont pas définis par le texte de loi. De plus, le risque de récidive, contrairement à la question de la dangerosité, « ne peut être évalué que si l'infraction en cause a existé et est imputée au suspect, ce que le droit de la présomption d'innocence exclut³³ ». La question de la dangerosité est en effet un peu différente dans le sens où elle ne va pas aussi drastiquement à l'encontre du droit à la présomption d'innocence. Les facteurs de la dangerosité sont en effet « indépendants de la commission de l'acte³⁴ ».

Un réel mérite de la Loi de 2014 est qu'elle rend « obligatoire la réalisation d'une expertise psychiatrique médico-légale avant toute décision d'internement³⁵ », mais le juge n'est pas tenu de suivre l'avis de l'expert psychiatre vu qu'il dispose toujours d'un pouvoir d'appréciation souverain. De plus, afin d'être conforme avec la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, l'expertise a été rendue contradictoire.

La Loi de 2014 a également permis de redonner une certaine vitalité à la mise en observation, qui avait été abandonnée sous la Loi de 1930. En effet, la nouvelle loi permet la réalisation d'une expertise médico-légale efficace et opérationnelle pour un sujet détenu préventivement.

En assurant que l'interné ait « le droit de se faire assister lors de l'expertise psychiatrique, par un médecin et un avocat³⁶ » ainsi que le droit de demander des devoirs complémentaires au juge d'instruction, de consulter son dossier et d'en demander une copie, ainsi la nouvelle loi renforce les droits de la défense. Malgré ce renforcement des droits de la défense, Cartuyvels et al. (2010) soulignent une lacune par rapport à la Loi de Défense Sociale qui la précède. En effet, il y a une absence de possibilité, dans la Loi de

³¹ Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 5, M.B., 9 juillet 2014, p. 52159.

³² Ibid.

³³ MORMONT C., « L'expertise psychologique : quelques réflexions », in : *Théories et Pratiques de l'expertise*, Liège, Georges de Laval, 2017, p.226.

³⁴ Ibid.

³⁵ CARTUYVELS Y., NEDERLANDT O., BASECQZ N. et VANSIELIETTE F., « De la loi de défense sociale de 1930 à la loi relative à l'internement de 2014 : remarques conclusives », in : NEDERLANDT O., BASECQZ N., VANSIELIETTE F., et CARTUYVELS Y. (eds), *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement : nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, Vol. 26, La Charte, Bruxelles, 2018, p.227.

³⁶ Ibid.

2014, « de tenir des débats publics devant la juridiction d’instruction ainsi que dans la suppression du droit de demander l’audition de témoins ou d’experts³⁷ ».

2.2 La phase exécutive

La Loi du 5 mai 2014 offre également quelques changements innovateurs au stade de l’exécution.

Est désormais compétente pour le suivi de la trajectoire de l’interné, la Chambre de Protection Sociale du Tribunal de l’Application des Peines composée de deux magistrats présidents, d’un assesseur en réinsertion sociale et d’un assesseur en psychologie clinique. On constate la disparition du psychiatre dans la composition de cet organe judiciaire, ce qui pose question.

Une réévaluation annuelle de la mesure d’internement devrait garantir un intérêt et une prise en charge professionnelle des internés, évitant de les abandonner à leur sort comme on a pu l’observer dans le passé. Il y a néanmoins, à ce niveau, deux apories : premièrement, aucune sanction n’est prévue dans le cas de non-respect des délais prévus par la loi, et deuxièmement il n’y a plus de droit d’appel à l’égard des décisions prises par la Chambre de Protection Sociale.

Le législateur a décidé d’accorder aux internés les modalités d’exécution des peines prévues pour les condamnés : permission de sortie et congés pénitentiaires, détention limitée, surveillance électronique et libération à l’essai (art. 20-27³⁸). Le législateur a également confié le suivi et le contrôle de l’exécution des mesures d’internement au Tribunal de l’Application des Peines, qui gère déjà l’exécution des peines privatives de liberté. Les étapes du parcours de l’interné sont basés sur celles du condamné avec la différence que « chacune des mesures disponibles peut être proposée à tout moment en fonction de l’état de l’interné, à l’exception de la libération définitive qui doit être précédée d’une période de libération à l’essai, conçue comme une forme de test jugé nécessaire³⁹ ».

La Loi de 2014 met un accent particulier sur la notion de soin. L’article 2 de ladite loi souligne assez bien cet aspect :

³⁷ Ibid.

³⁸ Code pénal belge, art, 20-27.

³⁹ CARTUYVELS Y., NEDERLANDT O., BASECQZ N. et VANSIELIETTE F., « De la loi de défense sociale de 1930 à la loi relative à l’internement de 2014 : remarques conclusives », in : NEDERLANDT O., BASECQZ N., VANSIELIETTE F., et CARTUYVELS Y. (eds), *La loi du 5 mai 2014 relative à l’internement : nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, Vol. 26, La Charte, Bruxelles, 2018, p.229.

« L'internement [...] de personnes atteintes d'un trouble mental est une mesure de sûreté destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société. Compte tenu du risque pour la sécurité et de l'état de santé de la personne internée, celle-ci se verra proposer les soins dont elle a besoin pour mener une vie conforme à la dignité humaine⁴⁰ ».

Certains éléments posent cependant toujours question. « On peut regretter que, malgré l'arrêt pilote de la Cour Européenne des Droits de l'Homme *W.D. contre Belgique* du 6 septembre 2016, le législateur n'ait pas supprimé une fois pour toutes la possibilité de placer des internés dans les annexes psychiatriques des prisons⁴¹ ». Théoriquement, et idéalement, la nouvelle loi aurait dû avoir comme conséquence de diminuer de manière significative les placements en annexe psychiatrique et que les soins pour les internés s'améliorent. Vu les éléments paradoxaux liés à la possibilité de placer les internés en annexe psychiatrique, cela engendre donc un réel questionnement sur l'efficacité de la nouvelle disposition légale. On pourrait même dire qu'en Belgique, il n'y a toujours pas de séparation étanche entre asile et prison, entre soins et peines.

Un autre aspect regrettable de cette loi est qu'elle soulève encore « des questions dichotomiques concernant la capacité du contrôle des actes : c'est oui ou non⁴² ». Certes, le droit ne peut s'adapter totalement et prendre en compte toutes les nuances de la clinique psychologique, tels que « le retard mental, [qui] par exemple, n'est [...] pas une question de tout ou rien⁴³ ». Selon le Professeur Cosyns, on aurait pu adopter, avec la nouvelle loi, « le principe d'un continuum tel qu'il existe par exemple aux Pays-Bas (système TBS) où le quantum de la peine est proportionnel au degré d'irresponsabilité⁴⁴ ».

⁴⁰ Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 2, M.B., 9 juillet 2014, p. 52159.

⁴¹ CARTUYVELS Y., NEDERLANDT O., BASECQZ N. et VANSIELIETTE F., « De la loi de défense sociale de 1930 à la loi relative à l'internement de 2014 : remarques conclusives », in : NEDERLANDT O., BASECQZ N., VANSIELIETTE F., et CARTUYVELS Y. (eds), *La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement : nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, Vol. 26, La Chartre, Bruxelles, 2018, p.229.

⁴² PHAM T-H., SALOPPÉ X., BONGAERTS X., et HOEBANX J-L., « L'expertise dans le cadre de la loi de Défense Sociale en Belgique : repères diagnostiques et recommandations », *Annales Médico-Psychologiques*, 165/2007, p.53.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

Chapitre 2 : La Défense Sociale en Belgique

Section 1 : L'irresponsabilité pénale

Il nous semble important, à ce stade, de définir ce qu'est exactement l'irresponsabilité pénale. Premièrement, parce que sans avoir été déclaré irresponsable pénalement par les juridictions, une personne ne peut bénéficier d'une mesure d'internement et ne mettra donc jamais les pieds dans un Établissement de Défense Sociale. Deuxièmement, parce qu'il est indispensable d'avoir une bonne compréhension de cette notion qui est le noyau central des questions posés aux experts psychiatres dans le cadre des expertises légales.

Avant de nous intéresser à l'irresponsabilité pénale, il nous semble primordial de rappeler que le concept de la responsabilité, au plan pénal, « est la propriété qu'a une personne de devoir légitimement supporter une sanction, sa « capacité » à être puni⁴⁵ ». C'est donc « l'intervention libre et volontaire dans la perpétration du crime⁴⁶ » qui représente « la situation génératrice de responsabilité⁴⁷ ».

« L'abolition du discernement concerne toutes les situations cliniques et médico-légales dans lesquelles l'expert peut mettre en évidence un lien direct et exclusif entre une pathologie psychiatrique aliénante au moment des faits et l'infraction commise⁴⁸ ». Il est important de souligner, qu'être déclaré responsable par un expert psychiatre, ne veut en aucun cas dire que l'expertisé est l'auteur de faits. Cela signifie simplement que, dans le chef de l'expertisé, tout trouble mental est absent et de ce fait, il devra répondre de ses actes devant la société, il est pénalement responsable de ses actes. Dans la même lignée, il est important de préciser que ce n'est pas parce que l'expert déclare une personne irresponsable de ses actes, qu'elle est innocente ou que les faits n'ont pas eu lieu. La personne n'est donc pas vu comme innocente, mais comme la « tradition romano-chrétienne postule, [il] n'est d'acte responsable que celui soutenu par la volonté, la raison et le libre arbitre ⁴⁹ ». Une personne souffrant d'une pathologie mentale altérant la capacité de discernement ou de contrôle de ses actes (délire, hallucination, syndrome dépressif majeur avec une dangerosité psychiatrique, etc.), et ayant commis l'acte « en

⁴⁵ BÉNÉZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, p.53.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ SENON J-L., PASCAL J-C., ROSSINELLI G., *Expertise psychiatrique pénale*, p.3.

⁴⁹ HERMY Y., « Irresponsabilité Pénale, Évolutions du Concept », *L'Information Psychiatrique*, 85/2009, n°8, 2009, p.729.

phase de décompensation aigüe⁵⁰ », ne peut être déclarée responsable de cet acte. L'aliéné, le psychotique, « privé par la maladie de la possibilité de vouloir librement accomplir l'action punissable, ne peut pas commettre de faute subjective car il n'a pas véritablement le sentiment d'être responsable⁵¹ ». L'élément moral manquant, vu le manque d'imputabilité intellectuelle et de culpabilité dans le chef du malade mental, la responsabilité pénale ne peut lui être accordée.

Le cœur de l'expertise consiste donc à étudier l'incidence qu'a eu la psychopathologie diagnostiquée dans le chef de l'expertisé sur son passage à l'acte.

Il s'agit ici de la compréhension du fait que « la maladie mentale peut [...] provoquer un manque suffisant de capacité rationnelle pour que la décision d'adopter un comportement soit altérée⁵² » dans le chef du sujet concerné. En ce qui concerne les conduites addictives (alcool, drogues, médicaments) la responsabilité du sujet est admise. Dans ce cas, l'attitude de la psychiatrie « concorde avec la jurisprudence : la prise de toxiques favorise le passage à l'acte, mais n'en est pas l'origine⁵³ ». En ce sens, l'expert psychiatre, « à travers l'identification de l'abolition du discernement, a pour objet de donner des soins à la personne malade plutôt que de l'exposer à la sanction pénale prévue par la loi⁵⁴ ».

Section 2 : L'internement

« Quand l'auteur d'une infraction est considéré comme irresponsable en raison de son état mental (handicap mental, maladie mentale)⁵⁵ » alors, comme on vient de le voir dans le chapitre précédent, les juridictions peuvent décider, sur base d'une expertise psychiatrique légale fournie par un expert psychiatre, de prononcer une mesure d'internement au lieu d'une peine de prison. Depuis la naissance du concept de la responsabilité pénale, son appréciation « a oscillé entre deux positions opposées : ne

⁵⁰ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.30.

⁵¹ BÉNÉZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, p.54.

⁵² HIDAY V.A., BURNS P.J., « Mental Illness and the Criminal Justice System », In : SCHEID T.L., BROWN T.N., *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge, 2010, p. 485.

⁵³ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.30.

⁵⁴ SENON J-L., PASCAL J-C., ROSSINELLI G., *Expertise psychiatrique pénale*, John Libbey Eurtotext et Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 2007, p.3.

⁵⁵ MORMONT M., « Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique », *VST – Vie sociale et traitements*, 2014/4, n° 124, p.19.

retenir que le crime dont la sanction est la conséquence automatique fixée par la loi, ou, à l'opposé, prendre en compte l'individu en appréciant sa capacité et sa volonté dans l'acte criminel commis⁵⁶ ». Dans nos sociétés, une triple mission a été accordée « face au malade mental et au délinquant : soigner le malade irresponsable, punir le délinquant, mais aussi soigner et punir, pendant sa peine, le délinquant malade considéré comme responsable⁵⁷ ». C'est dans cette optique qu'ont été créés les Établissements de Défense Sociale constituant un régime intermédiaire entre prison et hôpital psychiatrique.

Dans un premier temps a lieu la « mise en observation, au sein de l'annexe psychiatrique d'une prison, de l'inculpé qui laisse entrevoir une déficience mentale⁵⁸ ». Ce n'est que, dans un deuxième temps et à la condition que l'irresponsabilité pénale est confirmée, que l'auteur sera transféré en Établissement de Défense Sociale ou dans un hôpital psychiatrique.

Que l'auteur se trouve interné en Établissement de Défense Sociale ou dans un hôpital psychiatrique, il doit dans tous les cas recevoir des soins adaptés à sa maladie ou son handicap mental et bénéficier d'un accompagnement ayant comme but d'améliorer sa condition afin qu'il puisse obtenir une libération à l'essai ou même définitive. Ce que l'on vise essentiellement c'est donc un traitement et un accompagnement en vue d'une réinsertion sociale.

Il est important de souligner que même si l'internement entraîne inévitablement une privation de liberté, il ne constitue en aucun cas une peine pénale. Cela a été précisé par l'arrêt du 25 mars 1946 de la Cour de Cassation : « l'internement n'est pas une peine, mais tout à la fois, une mesure de sécurité sociale et d'humanité, dont le but est de mettre le dément ou l'anormal hors d'état de nuire et, en même temps, de le soumettre, dans son propre intérêt, à un régime curatif scientifiquement organisé⁵⁹ ».

⁵⁶ SENON J-L., MANZANERA C., « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico-Psychologiques*, 164/2006, p.819.

⁵⁷ Ibid., p.818.

⁵⁸ CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., « L'expert psychiatre et le juge face à l'expertise en défense sociale. Entre collaboration et rapports de pouvoir, In : CARTUYVELS Y., GUILLAIN C., TULKENS F., *La peine dans tous ses états. Hommage à Michel van de Kerchove*, Larcier, Bruxelles, 2011, pp.280.

⁵⁹ Cass., 25 mars 1946, Pas., 1946, I, p. 116.

Section 3 : Les Établissements de Défense Sociale en Belgique

Les personnes souffrant de troubles mentaux graves et par ce fait étant considéré comme irresponsables pénalement, « ne doivent pas être condamnés à une double peine : celle de la souffrance psychique liée à la maladie, et celle du crime sanctionnée par l'emprisonnement⁶⁰ ». De ce fait, ces personnes n'ont pas leur place en milieu carcéral car il faut éviter de « passer des chaînes asilaires d'autrefois aux chaînes pénitentiaires de notre temps⁶¹ ». C'est dans cette idéologie qu'on créa donc les Établissement de Défense Sociale.

On compte trois Établissement de Défense Sociale dans la partie francophone de la Belgique. Deux de ces établissements « sont sous l'autorité de la santé publique (région wallonne) et sont régis par les mêmes normes d'encadrement que les hôpitaux psychiatriques⁶² ». Il s'agit de l'établissement de Tournai comptant 344 lits uniquement pour des patients de sexe masculin et l'établissement de Mons comptant 32 lits uniquement pour des patients féminins.

Le troisième établissement en Belgique francophone, celui « de Paifve (208 places) relève du SPF Justice⁶³ ». Les annexes psychiatriques de prison (12 au total) dépendent également du Ministère de la Justice. « Placés sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire, tant les annexes psychiatriques de prison que l'EDS de Paifve sont dirigés par un responsable de l'administration pénitentiaire⁶⁴ ». De plus, les annexes psychiatriques de prison et l'EDS⁶⁵ de Paifve sont « soumis à la Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus⁶⁶ ». Cette loi, aussi connue sous le nom de Loi Dupont, engendre des conséquences pratiques importantes. En effet, le soin et l'expertise de dangerosité ont été confiés à des équipes différentes et sont donc radicalement séparés. La mission de l'expertise de dangerosité a été confiée à l'équipe du service psychosocial tandis que la mission des soins a été confiée à l'équipe du service des soins de santé.

⁶⁰ BÉNÉZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, p.54.

⁶¹ Ibid.

⁶² MORMONT M., « Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique », *VST – Vie sociale et traitements*, 2014/4, n° 124, p.20.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., WYVEKENS A., « La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique », *Déviance et Société*, 4/2010, Vol. 34, p.621.

⁶⁵ Établissement de Défense Sociale

⁶⁶ Ibid.,p.622.

À la différence des annexes psychiatriques de prison et de l'EDS de Paifve, les établissements mentionnés plus haut dépendant du ministère de la Santé ne sont pas soumis à la Loi Dupont, et par conséquent, « ne pratiquent donc pas la scission entre soin et expertise⁶⁷ ». C'est donc le code de déontologie médicale qui régit les équipes de soin des établissements dépendant du Ministère de la Santé.

En ce qui concerne la partie néerlandophone de la Belgique, les internés devaient séjourner « en prison, lieu non spécifique sur le plan des soins⁶⁸ ». Ce n'est que récemment qu'on a pu voir apparaître des Établissements de Défense Sociale (appelés Forensiche Psychiatrische Centra, FPC). Le Forensiche Psychiatrische Centra de Gand a accueilli ses premiers patients en novembre 2014 et offre de la place à 264 patients de sexe masculin. En août 2018 le FPC d'Anvers a pu accueillir à son tour ses premiers patients. Cet établissement compte 182 lits dont 18 sont réservés aux patientes féminines⁶⁹.

Il est important de souligner qu'il n'est en aucun cas plus favorable d'aller en Établissement de Défense Sociale que de se voir condamner à une peine de prison. Comme le souligne Thérèse Kampeneers, secrétaire générale de l'Association Nationale d'Aide aux Handicapés Mentaux (ANAHM), « certaines personnes restent en établissement de défense sociale un nombre d'années plus important que si elles avaient purgé leur peine en prison⁷⁰ ». Ceci est lié au fait que l'internement est prononcé à durée indéterminée. L'internement prendra fin lorsque l'état de maladie de la personne concernée se sera amélioré.

⁶⁷ CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., WYVEKENS A., « La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique », *Déviance et Société*, 4/2010, Vol. 34, p.622.

⁶⁸ Ibid., p.623.

⁶⁹ <https://www.fpcnv.be/>

⁷⁰ MORMONT M., « Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique », *VST – Vie sociale et traitements*, 2014/4, n° 124, p.21.

Chapitre 3 : L'Expertise Judiciaire

Section 1 : L'expertise

Le terme générique de l'expertise est défini par le Larousse comme « l'examen de quelque chose en vue de son estimation, de son évaluation, etc.⁷¹ » ou comme « l'examen d'une œuvre d'art, d'une pièce de mobilier, etc., pour en attester l'authenticité⁷² ».

Lorsqu'on se penche sur les définitions données par le Petit Robert, on se rend vite compte qu'il existe une confusion entre le terme générique de l'expertise et d'expertise judiciaire. Le Petit Robert définit le terme d'expertise comme : un « examen technique par un expert (pendant l'instruction d'un procès) ; rapport issu de cet examen⁷³ », comme « estimation de la valeur d'un objet d'art, étude de son authenticité par un expert⁷⁴ » ou encore comme « compétence dans un domaine précis⁷⁵ ». On constate donc qu'il règne un certain flou entre la délimitation de ces termes.

1.1 L'expertise judiciaire

Si l'on consulte, à nouveau, le Larousse, celui-ci définit l'expertise judiciaire comme étant un « examen de questions techniques confié par le juge à un expert. (L'expertise ne lie pas le juge.)⁷⁶ ». On peut donc dire que, de manière générale, « l'expertise a pour objet de donner un avis aux magistrats et aux particuliers sur des questions de fait, techniques ou scientifiques, qui échappent à leur compétence, en vue de leur permettre de résoudre ou de prévenir un litige⁷⁷ »

L'expertise peut avoir lieu dans le cadre d'une procédure civile ainsi que dans le cadre d'une procédure pénale. L'objet de ce travail étant l'expertise psychiatrique au pénal, nous allons donc uniquement nous intéresser à cette procédure. L'expertise judiciaire, dans le cadre d'une procédure pénale, peut être ordonnée au stade de l'information, de l'instruction, ainsi que par la juridiction de fond. L'expert psychiatre, contrairement aux experts judiciaires d'autres domaines, intervient, au moment où un suspect a déjà été identifié dans le sens où une infraction, déjà établie, a pu lui être attribuée. L'expertise judiciaire dans le cadre d'une procédure pénale « a pour but d'éclairer les juridictions

⁷¹ LAROUSSE Dictionnaire en ligne

⁷² Ibid.

⁷³ LE PETIT ROBERT Dictionnaire en ligne

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ LAROUSSE Dictionnaire en ligne

⁷⁷ LURQUIN P., *Traité de l'expertise en toute matière*, tome I, Bruylant, Bruxelles, 1985, p.6.

répressives sur les éléments techniques qui n'apparaissent pas au dossier ou qui méritent un examen plus approfondi par une personne techniquement qualifiée⁷⁸ ».

Section 2 : L'expert judiciaire

Selon l'article 43 du Code d'Instruction Criminelle, les experts sont définis comme « des personnes présumées, par leur art ou leur profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances d'un crime ou d'un délit⁷⁹ ». Selon Trépos J.-Y. (1996), « l'expert "voit" [donc] là où le professionnel ne peut pas ou n'a pas le temps de voir⁸⁰ ». On peut considérer que l'expert judiciaire est effectivement « un acteur de justice qui est à mi-chemin entre le dedans et le dehors des contours de l'institution judiciaire : il n'est ni professionnel de justice, ni professionnel du droit⁸¹ ».

Jusqu'à la Loi du 10 avril 2014 modifiant diverses dispositions en vue d'établir un registre national des experts judiciaires et établissant un registre national des traducteurs, interprètes et traducteurs-interprètes jurés, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, il n'existait pas de statut de l'expert judiciaire à proprement parler. La Loi du 10 avril 2014 a établi un registre national des experts et la nouveauté principale réside dans le fait qu'à présent, seuls les professionnels inscrits dans ce registre national pourront porter le titre d'expert judiciaire et accomplir des missions en cette qualité.

L'article 11, pouvant être considéré l'article principal de cette loi, fixe les conditions auxquelles doivent répondre les personnes physiques afin de pouvoir être inscrites au registre national des experts judiciaires. Pour ce faire, elles doivent :

1. « justifier d'une expérience pertinente d'au moins cinq ans au cours des huit années précédant la demande d'enregistrement dans le domaine d'expertise et de spécialisation dans lequel elles se font enregistrer en qualité d'expert judiciaire ;
2. être ressortissantes d'un État membre de l'Union européenne ou y résider légalement ;
3. présenter un extrait du casier judiciaire visé à l'article 595 du Code d'instruction criminelle, délivré par l'administration communale de leur domicile ou de leur résidence et datant de moins de trois mois ; les personnes qui ne disposent pas d'un domicile ou d'une résidence en Belgique présentent un document similaire de l'État membre de l'Union européenne où elles ont leur domicile ou résidence;

⁷⁸ BOSLY H., VANDERMEERSCH D. et BEERNAERT M.-A., 2010, *Droit de la procédure pénale*, Brugge, La Charte, p. 633.

⁷⁹ Code d'instruction criminelle, art.43.

⁸⁰ TRÉPOS J.-Y., *La sociologie de l'expertise*, Presses Universitaires de France, Paris, 1996, p.13.

⁸¹ DUMOULIN L., « Les mises en forme des discours experts, entre technique et juridique : le cas des rapports d'expertise judiciaire », in *Discours d'experts et d'expertise*, Peter Lang, Berne, 2012, p.105.

4. ne pas avoir été condamnées, même avec sursis, à une quelconque peine correctionnelle ou criminelle consistant en une amende, une peine de travail ou une peine de prison, à l'exception des condamnations pour infraction à la réglementation relative à la police de la circulation routière et des condamnations dont le ministre de la Justice estime qu'elles ne font pas manifestement obstacle à la réalisation d'expertises dans le domaine d'expertise et de spécialisation dans lequel elles se font enregistrer en qualité d'expert judiciaire. Cette disposition s'applique par analogie aux personnes qui ont été condamnées à l'étranger à une peine de même nature par un jugement coulé en force de chose jugée ;
5. déclarer par écrit devant le ministre de la Justice qu'elles se tiennent à la disposition des autorités judiciaires, qui peuvent faire appel à leurs services ;
6. fournir la preuve qu'elles disposent de l'aptitude professionnelle et des connaissances juridiques requises ;
7. déclarer par écrit devant le ministre de la Justice qu'elles adhèrent au code de déontologie établi par le Roi, lequel code prévoit au moins les principes d'indépendance et d'impartialité ;
8. avoir prêté le serment prescrit à l'article 991novies, § 1^{er} ⁸²».

⁸² Loi du 10 avril 2014 modifiant diverses dispositions en vue d'établir un registre national des experts judiciaires et établissant un registre national des traducteurs, interprètes et traducteurs-interprètes jurés

Chapitre 4 : L'expertise psychiatrique légale

Section 1 : Historique de l'expertise psychiatrique légale

La clinique psychiatrique existe depuis 1793 (France), « date où Philippe Pinel fut nommé directeur de l'hôpital de Bicêtre⁸³ ». Ce dernier est le père fondateur de la notion d'aliénation mentale et c'est à lui que l'on doit le traitement moral dans lequel les aliénistes du 18^e siècle se sont pleinement engagés. Au milieu du 19^e siècle a eu lieu la naissance des catégories cliniques définissant les grandes maladies mentales. La description des mécanismes des délires ainsi que les « différentes variétés de troubles délirés aigus et chroniques, névroses, troubles du comportement⁸⁴ » furent décrits au début du 20^e siècle. Le 20^e siècle a marqué la psychiatrie par l'apparition de « courants divers, essentiellement par l'antipsychiatrie, la psychanalyse, la pharmacologie⁸⁵ ». C'est également au milieu du 20^e siècle qu'a eu lieu la parution de manuels de diagnostics tels que le DSM⁸⁶ et la CIM⁸⁷ mis en place par l'Association américaine de psychiatrie et l'Organisation mondiale de la santé.

Durant de nombreuses années les experts psychologues et psychiatres « agissaient souvent dans le flou, l'inconfort et la dépendance, voir même la clandestinité ou l'illégalité⁸⁸ », avant l'apparition officielle de l'expertise psychologique légale dans le code de procédure pénale. En 1945 on voit apparaître pour la première fois « le terme d'examen psychologique recommandé dans le cadre d'examens médicaux des jeunes délinquants⁸⁹ ». Ce n'est qu'en 1958 que l'on voit le code de la procédure pénale définir l'examen médico-psychologique ce qui sera connu sous le nom d'expertise psychiatrique au pénal. « Vers la fin des années 1960, les magistrats, soucieux d'utiliser les compétences des psychologues désignent de plus en plus fréquemment un collègue de médecins psychologues⁹⁰ ». À ce stade, les psychologues agissent encore dans l'illégalité car le code de procédure pénale ne leur « permet pas de rencontrer seul un inculpé et ne prévoit pas qu'il puisse témoigner devant la cour d'assises⁹¹ ». Ces derniers étaient donc

⁸³ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.21.

⁸⁴ Ibid., p.22.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

⁸⁷ Classification Internationale des Maladies

⁸⁸ COMBALBERT A., *L'expertise Psychocriminologique*, Paris, Armand Collin, 2010, p.15.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Ibid.

simplement tolérés. « L'expertise psychologique a donc une histoire relativement récente et doit nécessairement évoluer⁹² ».

Section 2 : L'Expert psychiatre et l'expert psychologue

Van Gijsegem (2005), expert psycho-juridique au Canada, définit l'expert psychologue et l'expert psychiatre comme « un professionnel des sciences psychologiques qui a développé une expertise dans un domaine spécifique qui touche au comportement humain : il a fait de la recherche scientifique ou, du moins, il connaît l'état de la littérature récente sur le sujet. Il est ainsi dans une position privilégiée pour alimenter les connaissances que les juridictions, normalement, ignorent⁹³ ».

Comme tout autre expert judiciaire, les experts psychiatres et psychologues doivent répondre aux conditions de l'article 11 de la loi du 10 avril 2015.

Il est important de le souligner que l'expert ne prend aucune décision à proprement parler dans la procédure pénale, il n'est « qu'un passeur de mots qui met ses connaissances au service de la justice, du justiciable⁹⁴ ». La grande différence entre l'expert psychiatre et l'avocat est que « l'expert constate, l'avocat défend⁹⁵ ». Effectivement, l'avocat défend son client pour atteindre un but précis qui est d'amoindrir la peine ou éventuellement orienter la décision du juge vers un acquittement. Contrairement à l'avocat, l'expert explique simplement et objectivement ce qu'il a constaté afin de permettre à la justice d'adapter une peine éventuelle. L'expert n'a pas comme but de faire son possible afin que le juge prononce une mesure d'internement, et par conséquent l'irresponsabilité pénale. L'expert a comme unique but, de donner aux magistrats, un avis sur les questions qui leur échappent.

⁹² COMBALBERT A., *L'expertise Psychocriminologique*, Paris, Armand Collin, 2010, p.26.

⁹³ VAN GIJSEGHEM H., « L'expert témoin... de l'état de la science », *Journal du droit des jeunes*, 246/2005, p. 29.

⁹⁴ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.17.

⁹⁵ *Ibid.*, p.28.

Section 3 : L'expertise psychiatrique et le Collège

« Aujourd'hui, l'expert-psychiatre n'est plus [toujours] seul maître à bord en matière d'expertise⁹⁶ ». Effectivement, il n'est pas rare que des collaborations entre experts psychologues et experts psychiatres, ce qu'on appelle des Collèges, soient demandées pour la réalisation d'une expertise psychiatrique légale. Cette récente importance donnée aux psychologues, ne faisant pas partie de la branche de la médecine comme les psychiatres est « liée au développement de nouvelles techniques d'expertise, telles que le recours au *testing* [dont ils] maîtrisent souvent mieux la technologie que les psychiatres cliniciens⁹⁷ ». Même si l'expert psychiatre pourrait procéder lui-même au *testing*, il préfère, selon Cartuyvels et al. (2010), « déléguer cette tâche technique à l'expert-psychologue pour se concentrer sur l'entretien clinique⁹⁸ ». En ce sens, malgré la forte dépendance aux psychiatres lors d'expertises, les experts psychologues ont cependant des compétences « qui sont recherchées par les magistrats : il s'agit pour l'essentiel, des compétences en matière de testing psychologique⁹⁹ ». L'expertise psychologique est « surtout tournée vers l'analyse de la personnalité des sujets expertisés¹⁰⁰ ». Selon David (2006), ce travail peut tout aussi bien être demandé à un expert psychiatre qu'à un psychologue, mais la différence essentielle réside dans le fait que les experts psychologues, à l'inverse des psychiatres, nous le verrons plus tard dans ce travail, ont souvent recours aux tests psychologiques ou psychométriques.

Section 4 : L'expertise psychiatrique légale

L'expertise psychiatrique légale peut être définie comme étant « un examen psychologique demandé par un juge pour répondre à des questions précises et éclairer la décision de la justice¹⁰¹ ». L'expertise psychiatrique est l'expertise qui tombe sous la Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes. Selon David (2006), on peut résumer l'expertise psychiatrique comme étant essentiellement centrée sur la « question de la maladie mentale et de la responsabilité¹⁰² ».

⁹⁶ CARTUYVELS Y., CHAMETIERS B., WYVEKENS A., « L'expertise psychiatrique et la décision judiciaire », In : *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, OpenEdition Books (en ligne), 2010, §20.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ibid., §28.

⁹⁹ Ibid., §20.

¹⁰⁰ DAVID M., *L'expertise psychiatrique pénale*, L'Harmattan, Paris, 2006, pp.94-95.

¹⁰¹ MORMONT C., « Déontologie et spécificités de l'expertise psychologique », *Lus et Actores : Revue des Acteurs de la Justice*, 3/2015, p.15.

¹⁰² DAVID M., *L'expertise psychiatrique pénale*, L'Harmattan, Paris, 2006, p.95

L'expertise psychiatrique pénale se différencie par un bon nombre de points de l'entretien psychologique classique :

- « 1) L'expertise est un acte judiciaire ;
- 2) celui qui est expertisé n'est pas le demandeur ;
- 3) elle détermine la responsabilité dans le cadre d'une transgression ;
- 4) elle propose, si nécessaire, une orientation thérapeutique (injonction de soins) ;
- 5) absence de secret médical (uniquement pour ce qui est en lien avec l'acte commis) ;
- 6) elle se déroule en un seul entretien, le plus souvent ;
- 7) l'entretien est dirigé,
- 8) il se déroule souvent dans un endroit peu adapté, la prison.¹⁰³ »

Nombreux sont les champs dans lesquels l'expertise psychiatrique pénale intervient : lors de crimes ou d'affaires correctionnelles (tels que les agressions sexuelles par exemple), lors d'affaires de responsabilité médicale ou même dans des demandes de libération conditionnelle pour les condamnés de lourdes peines.

Le contexte de l'expertise légale « présente trois spécificités notables:

- (1) l'expertisé n'est ni le demandeur ni le bénéficiaire de l'expertise psychologique,
- (2) l'examen n'est pas couvert par le secret professionnel
- (3) et le rapport est destiné à être rendu public¹⁰⁴ ».

L'article 9 de la Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, prévoit qu'une telle expertise peut être ordonnée face à une personne,

- « 1° qui a commis un crime ou un délit portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers et
- 2° qui, au moment de la décision, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et
- 3° pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouveaux faits tels que visés au 1° en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque¹⁰⁵ ».

De plus, la loi précise que, nous l'avons déjà vu, l'expertise psychiatrique médico-légale est réalisée sous la conduite et la responsabilité d'un expert, porteur d'un titre

¹⁰³ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.23.

¹⁰⁴ MORMONT C., « Déontologie et spécificités de l'expertise psychologique », *Lus et Actores : Revue des Acteurs de la Justice*, 3/2015, p.13.

¹⁰⁵ Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 9, *M.B.*, 9 juillet 2014.

professionnel de psychiatre médico-légal, qui satisfait aux conditions fixées en vertu de la Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins et de santé. L'expertise peut également être réalisée en collège ou avec l'assistance d'autres spécialistes en sciences comportementales, toujours sous la conduite de l'expert précité¹⁰⁶ ».

En ce qui concerne le secret professionnel, « les dispositions légales qui imposent le secret professionnel dans l'exercice de la profession de psychologue sont levées lors d'une expertise. L'expertisé doit en être averti, de même qu'il doit être informé de la destination et de l'utilisation de l'expertise¹⁰⁷ ». La levée du secret ne porte évidemment que sur les informations données dans le cadre de la mission ordonnée par le magistrat.

4.1 Missions

Lors d'expertises psychiatriques pénales on se trouve à l'intersection de « deux domaines hétérogènes : la justice et la science¹⁰⁸ ». Ainsi, c'est le magistrat donne à l'expert la compétence administrative de remplir sa mission sans que la compétence scientifique de ce dernier soit garantie. Il est important de souligner que le magistrat ne peut évaluer lui-même la compétence scientifique de l'expert, car celle-ci consiste en des techniques et savoir hors du champ de connaissance du magistrat. Il est donc logique de postuler que « la qualité de l'expertise ne découle pas automatiquement du statut d'expert défini par la loi¹⁰⁹ ».

L'expertise psychiatrique légale se centre essentiellement, nous allons le voir, sur la question de la maladie mentale et de la responsabilité pénale. Il s'agit d'un « acte médico-judiciaire [...et] le principe de la justice étant d'individualiser la peine, l'expertise psychiatrique y participe par l'éclairage sur la psyché de celui qui transgresse la loi¹¹⁰ ». Il va de soi que « l'expertisé doit être averti de cet acte d'instruction en tant que tel¹¹¹ ».

L'article 5 de la loi du 5 mai 2014 définit les questions auxquelles l'expert psychiatre doit répondre dans le cadre de sa mission :

¹⁰⁶ Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 5, M.B., 9 juillet 2014, p. 52159.

¹⁰⁷ MORMONT C., « L'expertise psychologique : quelques réflexions », in : *Théories et Pratiques de l'expertise*, Liège, Georges de Laval, 2017, p.229.

¹⁰⁸ Ibid., p.225.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.13.

¹¹¹ Ibid.

« Lorsqu'il y a des raisons de considérer qu'une personne se trouve dans une situation visée à l'article 9, le procureur du Roi, le juge d'instruction ainsi que les juridictions d'instruction ou de jugement ordonnent une expertise psychiatrique médico-légale afin d'établir, à tout le moins :

1° si, au moment des faits, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et si, au moment de l'expertise, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ;

2° s'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;

3° si, du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, la personne risque de commettre de nouvelles infractions [...] ;

4° si, le cas échéant, la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société¹¹²».

Seul l'expert psychiatre, a l'aptitude d'estimer s'il pourra exécuter sa mission. L'expert peut renoncer à cette mission, premièrement, s'il estime qu'elle est irréalisable, deuxièmement, si il estime être « scientifiquement incompetent (par exemple : il n'est pas formé à l'examen de crédibilité d'un jeune enfant, examen que lui demande le juge)¹¹³ » et enfin, si il estime que la mission demandée par le juge « sort du cadre (par exemple : se prononcer sur la réalité des faits incriminants)¹¹⁴ ».

Il semble évident que l'expertise psychiatrique, demandée lors d'une procédure pénale, porte sur un objet psychologique, mais, selon Mormont (2017), cette évidence n'est pas toujours respectée par le juge qui ordonne et définit les missions de l'expert. Comme déjà mentionné ci-dessus, le champ psychologique sort complètement des compétences du magistrat et celui-ci peut ordonner des missions sortant du champ d'application de l'expert comme par exemple une « investigation de domaines strictement médicaux¹¹⁵ » ou « prendre position sur la réalité des faits incriminants¹¹⁶ ». L'expertise n'a pas comme but d'obtenir des aveux de l'expertisé, ni de chercher la vérité des faits. Si l'expertise se concentrerait sur ces aspects, alors elle serait en opposition avec la neutralité et l'impartialité qu'on lui impose.

¹¹² Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 5, M.B., 9 juillet 2014.

¹¹³ MORMONT C., « L'expertise psychologique : quelques réflexions », in : *Théories et Pratiques de l'expertise*, Liège, Georges de Laval, 2017, p.225.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Ibid., p.226.

¹¹⁶ Ibid.

4.1.1 L'objet général de l'expertise

L'objet de l'expertise psychiatrique légale « est le bilan de personnalité, augmenté souvent de questions sur le risque de récidive, la dangerosité, l'accessibilité aux mesures éducatives et thérapeutiques, la crédibilité¹¹⁷ ». Lors de l'expertise psychiatrique, il est alors nécessaire, selon Mormont (2017), de demander à l'expertisé des repères biographiques et chronologiques (vie de famille, scolarité, vie professionnelle, etc.). Ensuite, l'expert va se concentrer sur les « antécédents somatiques, psychiatriques et judiciaires¹¹⁸ ». Finalement, vient la question des faits reprochés. Il est intéressant d'avoir la version des faits de l'expertisé, que celui-ci les reconnaisse sans difficulté, les conteste ou les reconnait que partiellement. Ce qui importe ici, c'est de laisser le sujet exprimer sa vérité. Lors de ce récit l'expert appréciera le comportement, la conviction et la cohérence de l'expertisé.

Mormont (2017), souligne néanmoins, que faute de faits scientifiques, de théories et d'informations, il n'est pas toujours possible de répondre à toutes les questions posées par le juge. Il vaut mieux ne pas y répondre, que de s'aventurer dans des spéculations probabilistes. Il est également important de souligner que l'expertise n'a pas de visée thérapeutique, c'est-à-dire que son but n'est pas d'offrir une aide psychologique à l'expertisé.

4.1.2 L'irresponsabilité pénale

« L'expertise psychiatrique a toujours eu comme fonction de diagnostiquer les troubles mentaux éventuels et de se prononcer sur leur incidence comme l'abolition éventuelle du discernement au moment du passage à l'acte criminel¹¹⁹ ». La question principale à laquelle l'expert doit trouver une réponse est : l'intéressé était-il responsable de ses actes au moment des faits ? Il s'agit donc, essentiellement pour l'expert, nous l'avons déjà vu dans le deuxième chapitre de ce travail, d'évaluer la responsabilité « d'un criminel, que ce dernier reconnaisse ou non les faits qui lui sont reprochés¹²⁰ ». L'expertise psychiatrique à travers l'identification d'une pathologie dans le chef de

¹¹⁷ MORMONT C., « L'expertise psychologique : quelques réflexions », in : *Théories et Pratiques de l'expertise*, Liège, Georges de Laval, 2017, p.226.

¹¹⁸ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.25.

¹¹⁹ SENON J-L., MANZANERA C., « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico-Psychologiques*, 164/2006, p.818.

¹²⁰ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.13.

l'expertisé, peut donc conclure l'abolition du discernement, et par conséquence l'irresponsabilité pénale de ce dernier.

Comment l'expert peut-il répondre à la question : *l'intéressé était-il responsable de ses actes au moment des faits ?* Selon la littérature scientifique « l'évaluation de la conscience morbide peut se faire à l'aide d'instruments de mesure¹²¹ ». Gillain et al. (2007) soulignent même « l'importance de disposer d'un instrument de mesure valide¹²² » en mesure de faciliter aux experts psychiatres l'évaluation de l'irresponsabilité pénale dans le chef des intéressés lors d'une expertise légale. Il existe, effectivement, « plusieurs instruments, reposant sur une conception particulière de conscience morbide ou sur des objectifs spécifiques, ont été construits pour la mesurer¹²³ », comme par exemple le Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD), l'instrument le plus connu et utilisé d'après les dires de Gillain et al. (2007). Les items principaux de ces instruments « portent sur le fait d'être conscient que l'on souffre d'un trouble mental, sur l'aptitude à pouvoir considérer certains phénomènes (délire, hallucination) comme pathologiques et l'acceptation ou le refus de la nécessité d'un traitement¹²⁴ ».

4.1.3 La récidive

De plus, l'expert psychiatre est amené à se prononcer sur la dangerosité de l'expertisé, de nos jours ceci est fait par l'évaluation du risque de récidive de ce dernier. On voit ici que s'opère un glissement de compétences dans le chef de l'expert psychiatre : on passe de « l'évaluation de la dangerosité psychiatrique (due à un délire ou des hallucinations) à la dangerosité criminologique (apprécier les facteurs de risque de récidive)¹²⁵ », se trouvant hors de son champ de compétences.

Selon nous, la problématique de l'évaluation du risque de récidive mérite qu'on lui consacre un chapitre à part entière. Nous allons donc nous intéresser plus profondément à ce sujet dans le chapitre suivant de ce mémoire.

¹²¹ GILLAIN B., MASSON A., DE NAYER A., DELATTE B., PIRSON O., DOMKEN M-A., et al., « Schizophrénie, conscience morbide et antipsychotiques », *Supplément à Neurone*, 12/2007, n°7, p.5.

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.18.

4.2 L'exigence d'une certaine méthodologie et d'un canevas de l'expertise psychiatrique légale

Ce point semble aller de soi, mais il semble important de s'y intéresser car de nombreux reproches ont été faits aux experts psychiatres dans la littérature concernant ce sujet.

Vu la portée, et les conséquences importantes, de l'expertise psychiatrique légale judiciaire, « certaines exigences méthodologiques de base doivent être respectées afin de faciliter la lisibilité du rapport¹²⁶ », vu qu'il est destiné à des lecteurs non psychologues. « Cette exigence exclut le jargon professionnel, les hypothèses hermétiques mais aussi le bavardage insignifiant¹²⁷ ». Il est impératif que l'expert s'en tienne à sa mission et qu'il réponde aux questions posées par la loi. Selon Cheval P. (2014) les magistrats devraient pouvoir comprendre les rapports d'expertises sans d'éventuels contacts informels explicatifs supplémentaires.

De plus, le rapport doit être structuré de manière « que le lecteur puisse suivre clairement le fil du raisonnement de l'expert¹²⁸ ». Pour cette raison, en Belgique, « un Arrêté Royal (2018) précise que les experts doivent rédiger leurs constatations selon un modèle type : un canevas d'expertise psychiatrique¹²⁹ » visant à structurer la démarche de l'expertise psychiatrique au pénal. L'article 1^{er} de cet arrêté veut que « L'expert qui, conformément à l'article 5, § 3, de la Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, doit rédiger, à partir de ses constatations, un rapport circonstancié, utilise à cette fin le modèle annexé au présent arrêté royal¹³⁰ ». On vise donc à obliger les experts d'utiliser un canevas spécifique pour leur expertise afin de structurer de manière cohérente et homogène, au niveau national, la démarche d'évaluation des intéressés. On va également insister sur « l'évaluation du risque de récidive et la nécessité de recourir à des instruments d'évaluation structurés¹³¹ ». En ce qui concerne ces instruments d'évaluation structurée, nous allons nous y intéresser en profondeur dans le *Chapitre 6 : Les outils d'évaluation structurés* de ce présent travail.

¹²⁶ THYS P., KORN M., « A propos de l'expertise pénale : analyse d'une cohorte d'expertises psychiatriques concluant à l'irresponsabilité », *Déviance & Société*, 16, 1992, n° 4, 1992, p.336.

¹²⁷ MORMONT C., « Déontologie et spécificités de l'expertise psychologique », *Lus et Actores : Revue des Acteurs de la Justice*, 3/2015, p.28.

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 892.

¹³⁰ A.R. portant exécution de l'article 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 25 septembre 2018.

¹³¹ VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 893.

« Élaboré en collaboration par le Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS) et le Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor)¹³² » le modèle type recommandé pour l'expertise psychiatrique légale « reprend différents éléments tels que les documents consultés, la biographie, l'historique infractionnel, l'historique médical, l'examen somatique, l'évaluation psychiatrique / psychologique, l'évaluation du risque, le conseil sur le traitement et une conclusion¹³³ ». Si l'expert respecte tous ces éléments, il devrait récolter suffisamment d'informations pour répondre aux questions posés par la loi et celles posées par le juge.

¹³²VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 893.

¹³³ Ibid.

Chapitre 5 : L'évaluation du risque

Section 1 : De la notion de dangerosité au risque de récidive

«Le concept de dangerosité est né au XIX^e siècle, dans un contexte de défense sociale¹³⁴ » ayant comme but de protéger la société contre le criminel. La psychiatrie se voit alors accorder « la maîtrise du danger, devant être assurée par l'exclusion de certaines catégories d'individus : les fous, les criminels¹³⁵ ».

Alors que « la psychiatrie du XX^e siècle, avec les apports de la psychanalyse et des traitements médicamenteux » a profondément changé la vision que l'on avait de la maladie mentale et des personnes qui en souffrent, la notion de dangerosité n'a pourtant pas disparu du champ de la psychiatrie et des expertises légales.

« Les experts s'accordent de considérer qu'il ne faut pas confondre dangerosité et maladie mentale¹³⁶ ». Il convient donc de distinguer :

- « La dangerosité psychiatrique : manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale ;
- La dangerosité criminologique : prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte ¹³⁷».

En général, il n'existe pas de définition univoque de la dangerosité. Bénézech (2001)¹³⁸ donne la définition suivante : « état, situation ou action dans lesquels une personne ou un groupe de personnes font courir à autrui ou aux biens un risque important de violence, de dommage ou de destruction¹³⁹ ». De nombreux auteurs ont tenté de donner une définition à ce concept. De manière générale, la dangerosité « pourrait se caractériser comme une propension à commettre des actes d'une certaine gravité, dommageables pour autrui ou pour soi, fondés sur l'usage de la violence¹⁴⁰ ».

¹³⁴ VOYER M., SENON J-L., PAILLARD C., JAAFARI N., « Dangerosité Psychiatrique et Prédicativité », *L'information Psychiatrique*, 85/2009, n°8, pp. 746.

¹³⁵ Ibid.

¹³⁶ SENON J-L., PASCAL J-C., ROSSINELLI G., *Expertise psychiatrique pénale*, John Libbey Eurtotext et Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 2007, p.3.

¹³⁷ Ibid., pp.3-4.

¹³⁸ In : BRATTA A., MORALI A., HALLEGUEN O., « La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle », *Annales Médico-Psychologiques*, 170/2012, p.96.

¹³⁹ BRATTA A., MORALI A., HALLEGUEN O., « La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle », *Annales Médico-Psychologiques*, 170/2012, p.96.

¹⁴⁰ VOYER M., SENON J-L., PAILLARD C., JAAFARI N., « Dangerosité Psychiatrique et Prédicativité », *L'information Psychiatrique*, 85/2009, n°8, pp. 746.

Vers la fin des années 1970, en raison de multiples recherches, telles que Monahan (1981), Steadman et al. (1976) ou encore celle de Montandon (1979), « la notion de dangerosité et son évaluation clinique intuitive ont été délaissées¹⁴¹ ». Effectivement, ces recherches ont démontré « que les évaluations cliniques ne sont pas plus précises que le simple hasard et qu'elles tendent à surévaluer les risques¹⁴² ».

Une des raisons mises en avant sur ces fausses prédictions est, comme nous venons de le voir, celle du problème de définition de la dangerosité. De multiples autres raisons peuvent être avancées :

« le caractère non opératoire [de la dangerosité], l'absence d'indicateurs fiables pour son évaluation, [...] la centration sur les troubles de la personnalité ou les troubles mentaux au détriment des facteurs situationnels et environnementaux, [les] tests utilisés qui ne sont pas adaptés, [les] effets du contexte institutionnel¹⁴³ » etc.

Toutes ces problématiques relevées par les chercheurs ont eu comme conséquence qu'on a tenté d'identifier « des facteurs précis corrélés au risque de récidive¹⁴⁴ ». La condition de dangerosité sociale, telle que mentionnée dans la Loi de 1930 a été redéfinie par la Loi du 5 mai 2015 relative à l'internement comme suit : une personne « pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouveaux faits tels que visés au 1^o en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque¹⁴⁵ ». On a donc remplacé la dangerosité sociale par un risque de récidive concernant des faits « portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers¹⁴⁶ ».

De plus, la notion de dangerosité « n'est pas un concept juridique. Ni l'origine de la notion, ni son histoire, ni ses définitions ne peuvent la rattacher au droit pénal¹⁴⁷ ». En ce sens, le concept de risque de récidive est plus adapté, la récidive étant un concept bien connu par le droit pénal.

¹⁴¹ MOULIN V., GASSER J., « Intérêt et limites de l'évaluation du risque de récidive d'actes illégaux dans les expertises psychiatriques », *Revue Médicale Suisse*, 8/2012, p.1776.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 5, *M.B.*, 9 juillet 2014.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ DANET J., « La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante », *Champ pénal/Pénal field (en ligne)*, Vol. V, 2008, §1.

Section 2 : L'évaluation du risque de récidive

Depuis les aliénistes, on constate donc une « évolution dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale, laquelle est de plus en plus sollicitée pour répondre à des interrogations quant au pronostic du risque de récidive plutôt que sur le diagnostic et son impact sur la responsabilité pénale¹⁴⁸ ». En effet, nous l'avons constaté, le risque de récidive est aujourd'hui un élément fondamental de la loi sur l'internement. Le risque de récidive est devenu un élément clé afin de pouvoir bénéficier de la mesure d'internement.

Comme déjà mentionné dans le *Chapitre 3 : L'Expertise Psychiatrique légale*, l'expert « interroge successivement la présence d'un trouble mental, sa gravité, sa présence au moment des faits, son influence sur le comportement général de l'expertisé puis sur la responsabilité pénale ; vient ensuite la question du risque de récidive¹⁴⁹ ». Cette question porte essentiellement sur l'importance du risque de récidive d'une infraction pénale. Dans ce contexte, l'expert va également se poser des questions sur la récidive en termes d'addictions (stupéfiants, alcool, etc.). Selon les réponses apportées à ce questionnement, l'expert prendra la décision d'ordonner « une mesure, qu'elle soit thérapeutique, ambulatoire, institutionnelle, spécifique pour le traitement des addictions ou éducative [...] ou encore d'exclusion sociale, c'est l'internement¹⁵⁰ ».

La mission de l'expertise psychiatrique ne se concentre plus uniquement sur la question du discernement, mais prête de plus en plus d'attention à la prédiction du risque de récidive. « Le psychiatre, spécialiste de la maladie mentale, présente toutes les compétences pour répondre à la première question¹⁵¹ ». Mais où se place-t-il, et comment gère-t-il la seconde mission, pour laquelle il n'a pas été formé initialement ?

La Loi de 2014 impose, pour que l'inculpé puisse bénéficier de la mesure d'internement, qu'un danger existe qu'il « commette de nouveaux faits [...] en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque¹⁵² ». Pour évaluer le risque de récidive, comme le demande la Loi sur l'internement de 2014, certains experts psychiatres et psychologues « vont privilégier une évaluation clinique du

¹⁴⁸ DELACRAUSAZ P., GASER J., « La place des instruments d'évaluation du risque de récidive dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale : l'exemple lausannois », *L'information psychiatrique*, 88/2012, n°6, p.440.

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ BARATTA A., MORALI A., HALLEGUEN O., « La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle », *Annales Médico-Psychologiques*, 170/2012, p.98.

¹⁵² Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 9, *M.B.*, 9 juillet 2014.

risque de récidive »¹⁵³, tandis que d'autres experts vont avoir recours à des instruments standardisés dans l'évaluation du risque. « Ces instruments s'appuient sur une combinaison de facteurs de risque historiques et cliniques¹⁵⁴ » se présentant sous la forme de questionnaires standardisés dans des échelles actuarielles telles que la VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) ou la HCR-20 (Historical-Clinical-Risk Management).

Dans la Partie II, consacrée à l'analyse empirique, nous allons analyser si les experts ont plutôt tendances à avoir recours à des outils d'évaluations ou s'ils procèdent à une évaluation clinique.

Nous allons, toujours dans l'optique de s'assurer les connaissances nécessaires avant d'entamer la deuxième partie de ce travail, nous pencher en détail sur le Violence Risk Appraisal Guide. Nous avons décidé qu'il serait plus pertinent de déjà s'y intéresser dans cette partie du travail, au lieu d'attendre d'entamer le Chapitre 6 qui est consacré aux outils d'évaluation, car la VRAG est un outil utilisé pour évaluer le risque récidive.

Section 3 : Violence Risk Appraisal Guide

La VRAG (Guide d'évaluation du risque de violence) « est un instrument actuariel développé au Canada pour la prédiction de la récidive violente¹⁵⁵ » des délinquants souffrant d'une pathologie mentale. L'évaluation actuarielle est « une méthode d'évaluation du risque basée sur une combinaison mécanique de facteurs de risque empiriquement validés¹⁵⁶ ». La VRAG est « l'un des instruments les plus anciens, les plus précis et les plus reproduits¹⁵⁷ ».

La VRAG compte 12 items :

« 1) A vécu avec ses deux parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (sauf en cas de décès d'un parent), 2) Inadaptation à l'école primaire, 3) Antécédents de problèmes d'alcool, 4) État civil, 5) Score d'antécédents criminels pour les infractions non violentes (du système Cormier-Lang) avant l'infraction indexée,

¹⁵³ SEIFERT et al. (2002) In : KRÖNER C., STADTLAND C., EIDT M., NEDOPIL N., « The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17/2007.

¹⁵⁴ KRÖNER C., STADTLAND C., EIDT M., NEDOPIL N., « The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17/2007, p.90.

¹⁵⁵ VAN HEESCH B., JEANDARME I., POULS C., VERVAEKE G., « Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders », *Psychology, Crime & Law*, 22/2016, n°6, p.530.

¹⁵⁶ BROULETTE-ALARIE S., PROULX J., BENBOURICHE M., « Mieux saisir les outils actuariels : une analyse factorielle de la Static-99 », *Criminologie*, 46/2013, n°1, p.200.

¹⁵⁷ HARRIS G.T., RICE M.E., CAMILLERI J.A., « Applying Forensic Actuarial Assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to Nonforensic Patients », *Journal of Interpersonal Violence*, 19/2004, n°9, p. 1064.

6) Manquement à une libération conditionnelle antérieure (comprend la violation ou la révocation de la libération conditionnelle ou de la probation, le défaut de se conformer, la violation de la liberté sous caution et toute nouvelle arrestation pendant la libération conditionnelle), 7) Âge au moment de l'infraction, 8) Blessure de la victime, 9) Toute victime de sexe féminin, 10) Répond aux critères du DSM-III pour tout trouble de la personnalité, 11) Répond aux critères DSM-III de la schizophrénie, 12) Score sur la liste de contrôle de la psychopathie »¹⁵⁸.

« Les items représentent principalement des informations qui restent inchangées dans le temps (par exemple : visibilité du délinquant à l'école, degré de blessure, sexe de la victime, infraction index [...] antécédents criminels, manquement à la probation)¹⁵⁹ » et les « catégories de réponses respectives des items sont fermées¹⁶⁰ » laissant ainsi peu de place à l'interprétation.

Le score total des items listés ci-dessus varie « entre -26 et +38, les scores les plus élevés indiquant une plus grande probabilité d'une issue violente¹⁶¹ ».

Une caractéristique essentielle des outils de prévision actuarielle du risque est donc « qu'ils fournissent à l'utilisateur des taux de récurrence déterminés empiriquement [...] pour une période donnée¹⁶² ».

Depuis sa création, plus de 70 études ont été menées au niveau mondial afin d'évaluer la pertinence de cet outil actuariel. La tendance et les conclusions générales de ces études (par exemple, Pham, Ducro, Marghem et Réveillère, 2005 ; Rice et al., 2013 ; Sjöstedt et Långström, 2002) est que « la précision prédictive [varie de] modérée à importante [pour] cet instrument pour diverses populations de délinquants et divers résultats¹⁶³ ».

Une étude menée par Kröner et al. (2007) conclut que « les personnes ayant un score VRAG plus élevé étaient plus susceptibles de récidiver, et après une période plus courte que celles ayant un score VRAG plus faible. Par exemple, seulement 20% des personnes ayant un score total VRAG inférieur à la moyenne ont récidivé après cinq ans, contre

¹⁵⁸ Violence Risk Appraisal Guide-Revised Official Website

¹⁵⁹ RETTENBERGER M., VON FRANQUÉ F., *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*, p.141.

¹⁶⁰ Ibid.

¹⁶¹ VAN HEESCH B., JEANDARME I., POULS C., VERVAEKE G., « Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders », *Psychology, Crime & Law*, 22/2016, n°6, p.531.

¹⁶² RETTENBERGER M., EHER R., DESMARAIS S.L., HURDUCAS C., et al. « Kriminalprognosen in der Praxis : Die Ergebnisse des International Risk Surveys (IRiS) aus Deutschland », *Diagnostica, Zeitschrift für Psychologische Diagnostik und Differentielle Psychologie*, 2016, p.10.

¹⁶³ VAN HEESCH B., JEANDARME I., POULS C., VERVAEKE G., « Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders », *Psychology, Crime & Law*, 22/2016, n°6, p.530.

environ la moitié des personnes ayant un score VRAG supérieur à la moyenne¹⁶⁴ ». Selon Kröner et al. (2007) les scores de la VRAG ont donc pu prédire de manière pertinente des récidives violentes et non-violentes. De plus, il estiment que la prédiction avec le score de la VRAG était plus fiable et précise qu'avec d'autres échelles d'évaluation, telles que la HCR-20. Ceci est dû au fait que,

« quatre des cinq éléments ayant la plus grande précision prédictive ne sont pas inclus dans d'autres instruments d'évaluation du risque :

- l'âge au moment de l'infraction ;
- vie avec les deux parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans ;
- blessure de la victime,
- score du casier judiciaire pour les infractions non violentes (selon le système Cormier Lang) avant l'infraction principale¹⁶⁵ ».

La VRAG diffère considérablement des autres instruments car « c'est le seul instrument basé sur des facteurs de risque déterminés empiriquement. D'autres instruments d'évaluation de risque [...], la HCR-20 par exemple [...] est destinée à l'évaluation du risque clinique ou à la recherche et a été développé à partir d'une revue et d'une analyse de la littérature¹⁶⁶ ». « Le score total de la VRAG est [par conséquent] basé sur un système d'évaluation plus élaboré et déterminé empiriquement que les autres¹⁶⁷ ». De plus, « la VRAG est le seul instrument actuariel qui ne contient que des variables de risque statiques¹⁶⁸ ».

Van Heesch et al. (2016) ont, dans cette même optique d'évaluer la pertinence de la VRAG, mené une étude avec 244 patients masculins résidant en psychiatrie légale et qui ont été admis dans l'une des trois unités médico-légales de moyenne sécurité en Flandre entre 2001 et 2010. Ils concluent, contrairement à la majorité des autres études menées sur le plan international, qu'« en général, la VRAG n'a pas réussi à prédire de manière significative tout type de résultat¹⁶⁹ ». En effet, « jusqu'à un tiers des récidivistes ont été jugés à haut risque de récurrence (sensibilité = 21,05-33,33%). Environ deux tiers des non-

¹⁶⁴ KRÖNER C., STADTLAND C., EIDT M., NEDOPIL N., « The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17/2007, p.95.

¹⁶⁵ Ibid., p.97.

¹⁶⁶ Ibid.

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ VAN HEESCH B., JEANDARME I., POULS C., VERVAEKE G., « Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders », *Psychology, Crime & Law*, 22/2016, n°6, p.533.

récidivistes ont été classés à faible risque (spécificité = 69,93-71,98%)¹⁷⁰ ». Selon Van Heesch et al. (2016) « la VRAG n'était pas utile pour prédire de manière prospective qui allait récidiver [...], mais elle a permis d'identifier les patients à faible risque avec une grande précision¹⁷¹ ». En forte opposition à d'autres études menées dans ce domaine, Van Heesch et al. (2016) retiennent donc que la VRAG n'a pas pu prédire lequel des patients aurait tendance à récidiver. La VRAG n'a selon eux uniquement pu prédire quels patients n'allaient pas, ou avaient un très faible risque, de récidiver.

Cette dernière étude allant à l'encontre d'autres recherches menées, nous semble être la preuve idéale pour affirmer que des recherches supplémentaires, et ce, surtout dans des échantillons de patients psychiatriques en Belgique, devraient être menées afin de permettre de mieux déterminer la validité de la VRAG.

Une grande critique que l'on peut faire concernant la VRAG, c'est qu'elle a été développée et standardisée « sur un échantillon de 618 délinquants masculins atteints de troubles mentaux et condamnés par la suite, évalués dans un hôpital psychiatrique à sécurité maximale de l'Ontario, au Canada¹⁷² ». La VRAG a donc été développée exclusivement sur un échantillon de délinquants masculins. Par conséquent, « la VRAG ne doit être utilisée qu'avec des réserves pour les femmes¹⁷³ ». À ce jour, qu'une seule étude (Harris et al., 2002) a été menée sur l'application de la VRAG aux femmes. Cette étude « a constaté que l'instrument ne permettait pas de prédire la violence criminelle chez les femmes¹⁷⁴ ».

¹⁷⁰ Ibid.

¹⁷¹ Ibid.

¹⁷² HARRIS G.T., RICE M.E., CAMILLERI J.A., « Applying Forensic Actuarial Assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to Nonforensic Patients », *Journal of Interpersonal Violence*, 19/2004, n°9, p. 1064.

¹⁷³ RETTENBERGER M., VON FRANQUÉ F., *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*, p.142.

¹⁷⁴ HARRIS G.T., RICE M.E., CAMILLERI J.A., « Applying Forensic Actuarial Assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to Nonforensic Patients », *Journal of Interpersonal Violence*, 19/2004, n°9, p. 1064.

Section 4 : Critiques

Nous avons vu, que « l'évaluation du risque de violence est une démarche [...] de plus en plus incontournable dans la psychiatrie médico-légale¹⁷⁵ ». Il est néanmoins important de souligner, que cette évaluation est « à la fois fortement critiquée sur les plans éthique, sociétal et scientifique¹⁷⁶ ».

L'utilisation des échelles d'évaluation du risque, telle que la VRAG, répond en partie, nous l'avons vu, aux manquements et biais qui ont été soulevés dans les jugements cliniques non structurés. Mais « elle comporte d'autres défauts (dangers d'utilisations erronées, utilité clinique incertaine, etc.)¹⁷⁷ ».

À côté de ces défauts que comportent les outils d'évaluation du risque de récurrence, d'autres critiques peuvent être formulées sur un niveau plus général de l'évaluation du risque de récurrence en elle-même. « La science est la première à reconnaître la complexité du phénomène violent ; elle pointe par conséquent le manque de fiabilité de ces modèles de prédiction en termes de dialogue avec la complexité¹⁷⁸ ». En effet, la violence et le risque de récurrence d'un patient dépendent d'un nombre de choses. Selon Nijman (2002), la violence ne naît pas de nulle part, mais elle est déclenchée par des variables environnementales. Si, par exemple, le patient se retrouve avec des patients agités, cela aura tendance à le stresser, et inversement, s'il se retrouve avec des patients calmes cela va également le calmer. Cela va de même pour le personnel soignant en institution psychiatrique, s'il est strict et inexpérimenté, alors cela pourra stresser le patient, mais si le personnel est expérimenté, communique calmement, alors cela va apaiser le patient.

Dans ce sens, « un patient n'est pas simplement « à risque », mais il est « à plusieurs risques » qu'il faut définir et séquencer¹⁷⁹ ». Comment une simple échelle d'évaluation pourrait prendre en compte tous ces facteurs ayant un rôle dans la récurrence d'un patient ? On pourrait se poser la question s'il est possible de prédire la récurrence d'un patient même en prenant tous ces facteurs en compte ? Certes les médecins et les soignants, dans les institutions psychiatriques, peuvent influencer ces facteurs en éloignant le patient de ceux-ci. Néanmoins, certains facteurs sont hors de leur contrôle une fois que le patient quitte l'institution, ou même quand il y réside encore. De plus, « les échelles ou toute

¹⁷⁵ DEPAGE L., ENGLEBERT J., TITECA P., « L'évaluation du risque de violence. Comment évaluer le risque sans concession sur la primauté de la clinique ? », *Annales Médico-Psychologiques*, 2019, p.1.

¹⁷⁶ Ibid.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Ibid., p.3.

¹⁷⁹ Ibid., p.4.

autre forme d'indicateurs sont une expression de la probabilité d'un comportement endéans une période donnée¹⁸⁰ ». Il ne s'agit, en effet, pas d'une probabilité statique, elle peut varier, et va certainement varier dans le temps et selon l'environnement du patient.

On pourrait alors conclure que les instruments standardisés, tels que la VRAG, devraient être vus « comme une suggestion plus qu'une certitude [...]»¹⁸¹ ».

Les déductions qui découlent des instruments standardisés serviraient « à soutenir ou à infirmer des hypothèses cliniques que le clinicien génère de par sa formation et son expérience professionnelle¹⁸² ». Au final, on peut poser l'hypothèse que les instruments standardisés d'évaluation du risque de récurrence n'ont pas plus de valeur que l'évaluation psychologique non structurée, dans le sens d'une probabilité certaine, sur le comportement, en termes de récurrence.

¹⁸⁰ DEPAGE L., ENGLEBERT J., TITECA P., « L'évaluation du risque de violence. Comment évaluer le risque sans concession sur la primauté de la clinique ? », *Annales Médico-Psychologiques*, 2019, p.4.

¹⁸¹ Ibid.

¹⁸² Ibid.

Chapitre 6 : Les outils d'évaluation structurés

Il nous semble important de consacrer un chapitre entier aux outils d'évaluation structurés afin de nous assurer une bonne compréhension de ceux-ci avant d'entamer la partie empirique de ce travail. Nous allons commencer par expliquer de manière générale les trois catégories dans lesquels les outils d'évaluation peuvent être classés. Ensuite, nous allons nous intéresser plus en profondeur aux outils suivants : le Psychodiagnostik de Rorschach, Le Minnesota Multiphasic Personality Inventory et l'Échelle d'Intelligence pour Adultes de Wechsler.

Section 1 : Généralités

Les instruments d'évaluation qui peuvent être utilisés par les experts psychiatres et psychologues peuvent être classés en trois catégories. (1) Les instruments d'évaluation médico-légale (*Forensic Assessment Instruments*) « sont les mesures conçues pour évaluer des constructions psycho-légales spécifiques (par exemple, la compétence à subir un procès, la compétence à avouer, la compétence à prendre des décisions de traitement, l'état mental au moment du délit présumé)¹⁸³ ». Logiquement, ces instruments ne sont probablement utilisés que dans des contextes d'évaluation médico-légale. (2) Les instruments médico-légaux (*Forensically Relevant Instruments*) « sont des mesures qui évaluent des constructions psychologiques qui sont d'une pertinence spéciale ou particulière dans des contextes d'évaluation ou de traitement médico-légaux¹⁸⁴ ». Ces instruments sont conçus pour évaluer des éléments tels que le style de réponse (p.ex. le *Validity Indicator Profile* ou le *Structured Interview of Reported Symptoms*), le risque de violence ou d'infraction (p.ex. la *HCR-20*) et la psychopathie (p.ex. la *Psychopathy Checklist-Revised*). Ces instruments, bien que principalement utilisés dans des contextes d'expertises psychiatriques pénales, peuvent également être utilisés dans des contextes thérapeutiques de psychologie clinique. (3) Les instruments d'évaluation clinique (*Clinical Assessment Instruments*) « sont des mesures qui évaluent des constructions cliniques générales et, à ce titre, sont principalement utilisés dans des contextes thérapeutiques¹⁸⁵ », mais rien n'empêche les psychologues et psychiatres d'utiliser ces instruments dans des contextes médico-légaux. Ces instruments comprennent « des

¹⁸³ OTTO R.K., « Use of MMPI-2 in Forensic Settings », *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2/2002, p.72.

¹⁸⁴ Ibid.

¹⁸⁵ Ibid., p.73.

mesures de la psychopathologie (p.ex. la *Personality Assessment Inventory* ou la *Beck Depression Inventory-II*), de l'intelligence (p.ex. la *Wechsler Adult Intelligence Scale-III* ou la *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*), la mémoire (p.ex. les *Memory Assessment Scales*) et d'autres constructions cliniques¹⁸⁶ ».

Dans les sections suivantes nous allons nous intéresser essentiellement aux outils relevant des catégories (2) et (3). Effectivement, une meilleure compréhension du Psychodiagnostic de Rorschach, du Minnesota Multiphasic Personality Inventory et de l'Échelle d'Intelligence pour Adultes de Wechsler est nécessaire avant d'entamer la partie empirique de ce travail.

Section 2 : Le Psychodiagnostic de Rorschach

Le test de Rorschach est, nous allons le voir dans la partie empirique, « un des outils les plus importants de l'arsenal du psychologue clinicien ¹⁸⁷ ». Effectivement, le Rorschach serait surtout un outil d'une importance primordiale « dans le cadre d'une situation ponctuelle telle que celle de l'expertise judiciaire, pour approcher les modalités selon lesquelles le sujet construit sa *réalité*¹⁸⁸ ».

Le test de Rorschach fut créé par Hermann Rorschach et se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné (24 x 10 cm) communément appelé « planche ». Les images sont en fait des taches d'encre symétriques, aux teintes diverses¹⁸⁹ ». La 2^{ème} et la 3^{ème} planche sont rouges et noires, les planches 8 à 10 sont colorées et les planches 1, 4, 5, 6 et 7 sont grises et noires. Le fond de chacune des planches est blanc. « Chaque planche est numérotée de I à X, correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration. Elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précisé¹⁹⁰ ». Le test de Rorschach se fait généralement en 40 à 50 minutes pour un adulte et ce « en deux temps : la collecte des données et l'enquête¹⁹¹ ». La personne qui passe le test, doit interpréter les taches d'encre. Ces interprétations seront les réponses au test. Le

¹⁸⁶ OTTO R.K., « Use of MMPI-2 in Forensic Settings », *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2/2002, p.73.

¹⁸⁷ GARFIELD S.L., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, pp.387.

¹⁸⁸ DUFLOT C., « Rorschach et expertise judiciaire. L'inceste, approche d'un groupe familial », In : VILLERBU L.M., VIAUX J-L., *Expertise Psychologique, Psychopathologie et Méthodologie*, L'Hartmann, Paris, 2016, p.199.

¹⁸⁹ DEBROUX P., RICHELLE J., DE NOOSE L., MALEMPRÉ M., *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*, p.20.

¹⁹⁰ Ibid.

¹⁹¹ Ibid., p.21.

psychologue opère ensuite une « démarche d'évaluation psychologique [qui] vise à interpréter ces réponses particulières afin de comprendre comment cette personne voit les choses et ainsi de formuler des inférences sur son fonctionnement psychique¹⁹² ».

Hermann Rorschach aurait eu l'ambition de créer « son test afin de différencier les patients schizophrènes des autres individus¹⁹³ ». Effectivement, ce sont surtout « les patients psychotiques qui [...] montrent souvent des dérapages dans l'utilisation du langage ("verbalisations déviantes") ou déclarent voir des choses dans les taches que les autres personnes ne peuvent pas voir ("mauvaise forme")¹⁹⁴ » lors de la passation du test de Rorschach. De plus, il ne serait pas rare que « certains scores au Rorschach liés à la schizophrénie semblent également être liés au trouble bipolaire et peut-être aussi au trouble de la personnalité schizotypique¹⁹⁵ ».

Le Rorschach aurait été conceptualisé afin de mesurer trois choses : « (a) les motifs implicites (c'est-à-dire les états de besoin que la personne ne peut pas décrire directement) ; (b) le style cognitif/perceptuel (c'est-à-dire la façon habituelle de la personne de percevoir et de traiter l'information) ; et (c) les aspects du style d'adaptation de la personne (par exemple : la tolérance au stress, les ressources d'adaptation)¹⁹⁶ ». Les trois aspects cités ci-dessus, que le Rorschach est amené à mesurer, sont, « à des degrés divers, inaccessibles à la restitution verbale¹⁹⁷ ». C'est justement ici que découle donc la valeur du Rorschach, « dans la quantification des processus psychologiques qui ne sont pas facilement accessibles par les mesures traditionnelles des questionnaires et des entretiens (qui évaluent les caractéristiques auto-attribuées et non implicites)¹⁹⁸ ».

Le point fort du Rorschach consiste donc « à fournir des informations sur les éléments dynamiques de la vie psychique¹⁹⁹ » ce qui, par conséquent, « lui permet de statuer sur la présence éventuelle de troubles du caractère ou d'une psychopathologie, indépendamment de signes cliniques manifestes²⁰⁰ ».

¹⁹² EXNER J.E., *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*, p.7.

¹⁹³ WOOD J.M., LILIENFELD S.O., HOWARD N.G., NEZWORSKI M.T., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis : A Critical Review, with a Beckward Look at Garfield (1947) », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, pp.397.

¹⁹⁴ Ibid.

¹⁹⁵ Ibid.

¹⁹⁶ BORNSTEIN R.F., « Clinical Utility of the Rorschach Inblot Method : Reframing the Debate », *Journal of Personality Assessment*, 77/2001, n°1, p.41.

¹⁹⁷ Ibid.

¹⁹⁸ Ibid.

¹⁹⁹ DEBROUX P., RICHELLE J., DE NOOSE L., MALEMPRÉ M., *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*, p.20.

²⁰⁰ Ibid.

Beaucoup d'études ont reconnu les valeurs du Rorschach. Prenons l'exemple de Benjamin et Ebaugh (1938)²⁰¹ qui ont découvert « un accord complet entre les interprétations du Rorschach et les diagnostics psychiatriques dans 84,7% des cas étudiés²⁰² ». Un autre exemple est celui de l'étude menée par Brussel et Hitch (1942)²⁰³ qui ont retenu « une très grande concordance de 98 % entre les résultats cliniques et les résultats du Rorschach dans cinquante cas²⁰⁴ » étudiés.

Garfield (2000) a mené une étude similaire, dont il conclut, dans une même lignée que les études mentionnées ci-dessus, une concordance entre « les résultats du Rorschach et les diagnostics du corps psychiatrique dans 76 pourcent des cas²⁰⁵ ». Ce que l'étude de Garfield (2000) apporte de plus que celles menées précédemment, c'est qu'il a mené une analyse des résultats en termes de classifications cliniques distinctes. Cette analyse supplémentaire a indiqué des degrés d'efficacité variables en ce qui concerne les interprétations du Rorschach. Effectivement, « alors que 88,4 % des interprétations du Rorschach de la schizophrénie ont été corroborées par les diagnostics du personnel [psychiatrique], environ un quart des cas de schizophrénie précoce ont été considérés comme des psychonévroses sévères²⁰⁶ ».

On peut donc retenir l'idée que le Rorschach est un test dont les résultats peuvent être considérés comme fiables vu le pourcentage élevé de concordance des résultats dans les études mentionnées. Cela est surtout vrai en ce qui concerne la psychose car ce sont ces patients qui permettent de donner les résultats les plus clairs vu leur psychopathologie. Toutefois, il faut rester vigilant et ne pas faire confiance aveuglement aux résultats du Rorschach, comme l'a prouvé Garfield (2000).

Dans cette même optique, il convient de souligner « qu'à l'instar de la grande majorité des tests psychologiques, le test de Rorschach ne peut à lui seul embrasser tous les aspects du fonctionnement d'un individu et qu'il est limité par ses qualités intrinsèques : il n'est ainsi pas l'outil le plus efficace pour donner des diagnostics au format DSM-IV TR ou pour statuer valablement sur les risques de récurrence sexuelle, par

²⁰¹ In : GARFIELD S.L., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, p.387.

²⁰² Ibid.

²⁰³ GARFIELD S.L., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, p.387.

²⁰⁴ Ibid.

²⁰⁵ Ibid., p.392.

²⁰⁶ Ibid.

exemple²⁰⁷ ». Cela rejoint les dires de Bornstein (2001) qui est persuadé que les croyances antérieures que le Rorschach serait une « radiographie de l'esprit²⁰⁸ » étaient gravement erronées.

Les interprétations du Rorschach « sont censées compléter les données des tests d'auto-évaluation et des entretiens de diagnostic²⁰⁹ » et c'est pour cette raison que dans notre échantillon, dans de nombreux collèges les psychologues ont utilisé le Rorschach conjointement à l'évaluation psychiatrique. En effet, en combinant les deux méthodes (le Rorschach et l'évaluation psychiatrique) les experts peuvent espérer « obtenir une image plus complète du fonctionnement psychologique d'un individu²¹⁰ ».

Debroux et al. (2009) clament que « dans l'approche du fonctionnement psychique et de la structure de personnalité, il est souhaitable de coupler le recours du test de Rorschach avec le Thematic Aperception Test de Murray²¹¹ ». Les deux tests seraient, en effet, très complémentaires :

« l'un incitant à mise en images, révèle la structure identitaire et le fonctionnement narcissique ; l'autre, incitant à mise en scène, grâce à l'analyse des procédés mettant en évidence les capacités défensives du sujet, et par la référence au contenu latent, souligne l'importance respective du registre œdipien et du registre d'angoisse dépressive de perte d'objet²¹² ».

On va donc retenir qu'il est « généralement recommandé d'utiliser le Rorschach dans un ensemble de tests afin de multiplier les angles de vue de l'observation (perspective intégrative) : par exemple, échelle de Wechsler, M.M.P.I-2, Rorschach et TAT [Thematic Aperception Test de Murray]²¹³ ».

²⁰⁷ DEBROUX P., RICHELLE J., DE NOOSE L., MALEMPRÉ M., *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*, p.20.

²⁰⁸ BORNSTEIN R.F., « Clinical Utility of the Rorschach Inblot Method : Reframing the Debate », *Journal of Personality Assessment*, 77/2001, n°1, p.41.

²⁰⁹ MEYER G.J., HANDLER L., « The ability of the rorschach to predict subsequent outcome : A meta-analysis of the Rorschach Prognostic Rating Scale ». *Journal of Personality Assessment*, &9/1997, p.22.

²¹⁰ Ibid.

²¹¹ DEBROUX P., RICHELLE J., DE NOOSE L., MALEMPRÉ M., *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*, p.21.

²¹² Ibid.

²¹³ Ibid.

Section 3 : Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota

Le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I-2) :

« est un test destiné à évaluer de nombreux patterns de troubles de la personnalité et troubles psychiques. Il est composé de 92 items auxquels le sujet doit répondre vrai ou faux. Il comporte également des vérifications internes permettant d'évaluer la présence de certains prérequis : un niveau de compréhension en lecture équivalent à celui acquis vers l'âge de 14 ans et montrer un degré suffisant de coopération et d'implication. Les résultats se répartissent sur un profil composé de 10 échelles cliniques : Hypochondrie (Hs), Dépression (D), Hystérie de Conversion (Hy), Déviation psychopathique (Pd), Masculinité-Féminité (Mf), Paranoïa (Pa), Psychasthénie (Pt), Schizophrénie (Sc), Hypomanie (Ma) et Introversion sociale (Si)²¹⁴ ».

Selon de nombreux auteurs tels que Greene (2000), Otto (2002), le M.M.P.I-2 est l'outil « le plus largement utilisée pour la mesure de la psychopathologie et du fonctionnement émotionnel²¹⁵ ». Les différentes utilisations que peuvent être faites avec le M.M.P.I-2 « peuvent être séparées en trois domaines distincts²¹⁶ ». Tout d'abord, et c'est l'aspect le plus important dans une expertise psychiatrique pénale, « le M.M.P.I-2 peut être utilisé pour évaluer l'état mental actuel et le fonctionnement émotionnel d'un expertisé²¹⁷ ». De plus, le M.M.P.I-2 peut être utilisé pour « évaluer les modèles de comportement et les styles de perception qui, comme la psychopathologie et le fonctionnement émotionnel, peuvent être pertinents pour un certain nombre de questions psycho-légales auxquelles les juridictions cherchent à répondre²¹⁸ ». Enfin, « il est bien connu que les experts psychiatres et / ou psychologues doivent « prêter une attention particulière au style de réponse ou à l'ensemble des "tests" des candidats, dont l'implication dans le processus d'évaluation est toujours dans le contexte d'une procédure légale²¹⁹ ». En ce sens, le M.M.P.I-2 est un outil précieux pour évaluer le style de réponse d'un candidat²²⁰ » grâce à ses diverses mesures du style de réponse « (par exemple, la dissimulation positive, la réponse aléatoire, l'exagération et la fabrication des symptômes)²²¹ ». Otto (2002) souligne néanmoins, qu'« on ne peut pas supposer qu'un

²¹⁴ Cité de l'échantillon d'Expertises

²¹⁵ OTTO R.K., « Use of MMPI-2 in Forensic Settings », *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2/2002, p.72.

²¹⁶ Ibid., p.84.

²¹⁷ Ibid.

²¹⁸ Ibid.

²¹⁹ Ibid.

²²⁰ Ibid.

²²¹ OTTO R.K., « Use of MMPI-2 in Forensic Settings », *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2/2002, p.84.

candidat adopte le même style de réponse ou la même façon de faire le test pour toutes les mesures ou approches d'évaluation utilisées dans une évaluation²²² », et que, par conséquent, il faut être prudent en utilisant l'outil à ces fins.

Il n'est pas surprenant que le M.M.P.I-2 soit utilisé de manière récurrente par les psychiatres et psychologues effectuant des expertises au pénal. Le M.M.P.I-2 compte un nombre d'avantages dans les expertises psychiatriques médico-légales. Les avantages sont surtout liés à l'évolution qu'a faite le test ; en faisant évoluer le M.M.P.I en M.M.P.I-2, on a introduit de nouvelles normes en ce qui concerne la passation du test et des nouvelles échelles.

Le plus important des avantages offerts par le M.M.P.I-2 est sa « base de nouvelles données normatives. Les scores normatifs sont basés sur un échantillon actualisé d'individus qui représentent bien la population générale des États-Unis²²³ ». Effectivement, à présent, le M.M.P.I-2 prend en compte « plusieurs variables démographiques, notamment la race, l'âge et le lieu de résidence²²⁴ ». Ainsi, les normes sont beaucoup plus appropriées que celles du M.M.P.I original, qui, dans sa base de données faisait essentiellement référence à une population caucasienne, ayant une pauvre éducation et résidant dans des zones rurales.

De plus, l'échantillon de référence du M.M.P.I-2 est ethniquement diversifié. « Bien que l'échantillonnage proportionnel ne soit pas suffisant pour garantir un test non biaisé des minorités, il est plus susceptible d'éliminer les biais que l'échantillonnage non représentatif²²⁵ » comme c'était le cas pour le M.M.P.I original.

En plus des normes collectées de manière plus appropriée, « le M.M.P.I-2 offre plusieurs nouvelles échelles²²⁶ » pouvant être très utiles dans l'expertise psychiatrique pénale. En ce sens, c'est l'introduction de nouvelles échelles de validité qui est particulièrement intéressante. Un grand mérite de ces échelles de validité, est qu'elles donnent les moyens à « l'examineur à identifier et à quantifier les diverses approches invalidantes de la prise de test²²⁷ ». C'est surtout pour cette raison que « la disponibilité d'échelles de validité empiriquement fondées [...] rend le test particulièrement bien

²²² Ibid.

²²³ BEN-PORATH Y., GRAHAM J.R., HALL G.C.N., HIRSCHMAN R.D., ZARAGOZA M.S., *Forensic Applications of the MMPI-2*, Volume 2, p.13.

²²⁴ Ibid.

²²⁵ Ibid.

²²⁶ Ibid., p.14.

²²⁷ Ibid.

adapté à une utilisation dans les évaluations²²⁸ » psychiatriques au pénal. Ces échelles permettent d'identifier les expertisés qui essaieraient de faire comme s'ils souffraient d'une maladie mentale afin de bénéficier d'une mesure d'internement au lieu d'une peine de prison. Il est important de préciser que ces d'échelles de validité figuraient déjà dans le M.M.P.I original, mais qu'on en a simplement ajouté au M.M.P.I-2 afin que l'évaluation soit encore plus pertinente. Grâce à ces échelles, le M.M.P.I « mesure, de manière valide, les facteurs ou les constructions qui sont pertinents pour la question psycho-légale²²⁹ ».

Une autre série d'échelles a été introduite avec le M.M.P.I-2. Il s'agit des « échelles de contenu du M.M.P.I-2. Ces échelles ont été le principal moyen d'introduire de nouveaux contenus d'items dans le M.M.P.I-2²³⁰ ».

Selon Butcher et al. (1990)²³¹ les M.M.P.I-2 Content Scales sont fiables et ont des données de validité initiale prometteuses. « Les échelles de contenu statistiquement cohérentes et conceptuellement homogènes²³² », comme c'est le cas pour les échelles du M.M.P.I-2 « ont le potentiel de contribuer de manière significative à l'évaluation des symptômes de la psychopathologie²³³ ».

On peut donc dire que la M.M.P.I-2 mérite amplement sa place dans les expertises psychiatriques grâce à ces d'échelles de validité qui peuvent donner des réponses aux experts « en cas de suspicion de troubles mentaux simulés²³⁴ » dans le chef de l'expertisé. En effet, « la possibilité de feinte est devenue une question clinique cruciale²³⁵ ». Dans le M.M.P.I-2 FR « le $Fp-r \geq 100$ doit être considéré comme un indicateur de feinte efficace pour les troubles mentaux grossièrement exagérés ou fabriqués²³⁶ ». D'autres échelles de

²²⁸ BEN-PORATH Y., GRAHAM J.R., HALL G.C.N., HIRSCHMAN R.D., ZARAGOZA M.S., *Forensic Applications of the MMPI-2*, Volume 2, p.14.

²²⁹ OTTO R.K., « Use of MMPI-2 in Forensic Settings », *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2/2002, p.73.

²³⁰ Ibid.

²³¹ In : BEN-PORATH Y., GRAHAM J.R., HALL G.C.N., HIRSCHMAN R.D., ZARAGOZA M.S., *Forensic Applications of the MMPI-2*, Volume 2, p.14.

²³² BEN-PORATH Y., GRAHAM J.R., HALL G.C.N., HIRSCHMAN R.D., ZARAGOZA M.S., *Forensic Applications of the MMPI-2*, Volume 2, p.14.

²³³ Ibid.

²³⁴ ROGERS R., GILLARD N.D., BERRY D.T.R., GRANACHER JR R.P., « Effectiveness of the MMPI-2-RF Validity Scales for Feigned Mental Disorders and Cognitive Impairment : A Known-Group Study », *Journal of Psychopathological Behavioural Assessment*, 33/2011, p. 366.

²³⁵ Ibid.

²³⁶ SHARF A.J., ROGERS R., WILLIAMS M.M., HENRY S.A., « The Effectiveness of the MMPI-2-RF in Detecting Feigned Mental Disorders and Cognitive Deficits : a Meta-Analysis », *Journal of Psychopathological Behavioural Assessment*, 39/2017, p. 452.

validité du M.M.P.I-2 RF peuvent être considérées comme efficaces « au dépistage initial de la feinte générale²³⁷ ».

Il ne faut néanmoins pas oublier « qu'elle est susceptible d'être utilisée à des fins cliniques multiples²³⁸ » et non seulement pour détecter des personnes simulant leurs troubles mentaux.

Section 4 : L'Échelle d'Intelligence pour Adultes de Wechsler

Les tests d'intelligence sont, aujourd'hui, des instruments primordiaux dans les expertises psychiatriques pénales, car, la déficience mentale est considérée comme « un trouble qui abolit ou altère gravement [la] capacité de discernement ou de contrôle [des] actes²³⁹ » de la personne expertisée. Selon Tulsy et al. (2000), dans de nombreuses « études où la fréquence d'utilisation des instruments d'évaluation a été examinée, les échelles de Wechsler ressortent comme l'une des échelles les plus utilisées²⁴⁰ ». Les résultats de ces études sont donc en concordance avec notre échantillon.

La WAIS-III est un test individuel qui est administré aux personnes âgées de 16-89 ans afin d'évaluer leurs capacités intellectuelles. Le test « est administré en 60-75 minutes et se compose de 14 subtests²⁴¹ ». La WAIS-III, comme déjà mentionné, fournit une variété de scores concernant les capacités intellectuelles des participants. « Les quotients intellectuels (communément appelés " QI ") et les scores indiciaires sont des scores normalisés dont la moyenne est de 100 et l'écart-type de 15²⁴² ». La WAIS-III, comme ses versions précédentes, « donne trois scores de QI (QI Verbal, QI de Performance et QI Complet) et quatre scores d'Indice (Compréhension Verbale, Organisation Perceptuelle, Mémoire de Travail et Vitesse de Traitement)²⁴³ ». Ce sont les sous-tests qui vont composer les scores de QI et d'Indice. La WAIS-III contient 14 sous-tests :

« Complétion d'images, vocabulaire, codage de symboles numériques, similarités, conception de blocs, arithmétique, raisonnement matriciel, empan numérique,

²³⁷ Ibid.

²³⁸ Ibid.

²³⁹ Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 9, *M.B.*, 9 juillet 2014.

²⁴⁰ TULSKY D.S., ZHU J., PRIFITERA A., « Assessment of Adult Intelligence With the WAIS-III », in : GOLDSTEIN G., HERSEN M., *Handbook of Psychological Assessment*, 2000, p.99.

²⁴¹ Ibid.

²⁴² SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, p.119.

²⁴³ Ibid.

information, arrangement d'images, compréhension, recherche de symboles, séquençage lettres-nombres et assemblage d'objets ²⁴⁴»,

mais tous ne contribuent pas aux scores de QI ou d'indice. « Ces sous-tests sont regroupés en deux catégories : l'échelle verbale et l'échelle de performance²⁴⁵ ».

Le groupe de référence pour la WAIS-III comprend un échantillon « de 2.450 personnes âgées de 16 à 89 ans²⁴⁶ ». Comme pour le M.M.P.I-2, l'échantillon tente d'être représentatif dans les domaines suivants : « sexe, race/ethnicité, niveau d'éducation et région géographique, et il a été basé sur les informations recueillies par le Bureau Américain du Recensement de 1995²⁴⁷ ».

Selon la Psychological Corporation (1997)²⁴⁸, la WAIS-III a globalement des coefficients de fiabilité plus élevés que la WAIS-R et en ce qui concerne la fiabilité inter évaluateurs, l'accord « pour la plupart des sous-tests du WAIS-III était élevé²⁴⁹ ».

Dans la même lignée, Silva (2008) clame que la WAIS-III présente plusieurs caractéristiques favorables. Premièrement, il souligne la grande diversité des sous-tests « qui visent à évaluer divers aspects du fonctionnement intellectuel²⁵⁰ ». Ensuite, il clame que « la fiabilité et la validité de cet instrument sont solides²⁵¹ » sur le plan statistique. Sur le plan pratique, « l'évaluation semble facile à administrer, les guides semblent faciles à suivre, et le matériel et les items des subtests semblent intéressants et peut-être même agréables à administrer²⁵² ».

Néanmoins, la secrétaire générale de l'Association Nationale d'Aide aux Handicapés Mentaux (ANAHM), Thérèse Kampeneer, dénonce que les « psychiatres ne sont pas du tout formés à l'évaluation des personnes avec des déficiences intellectuelles²⁵³ ». Dans la même lignée, de nombreuses études, dont celle de Ryan et Schnakenberg-Ott (2003) ont conclu que « quel que soit le niveau d'expérience [des experts], avec les échelles de

²⁴⁴ SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, p.119.

²⁴⁵ Ibid.

²⁴⁶ Ibid., p.122.

²⁴⁷ Ibid.

²⁴⁸ In : SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, p.128.

²⁴⁹ SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, p.128.

²⁵⁰ Ibid., p.130.

²⁵¹ Ibid., p.131.

²⁵² Ibid.

²⁵³ MORMONT M., « Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique », *VST – Vie sociale et traitements*, 2014/4, n° 124, p.21.

Wechsler, les erreurs de notation sont fréquentes et nuisent à la précision des QI et des indices de la WAIS-III²⁵⁴ ».

Une des erreurs typiques est « l'interruption incorrecte des subtests et le fait de ne pas créditer correctement les réponses individuelles dans les subtests Information, Compréhension et Vocabulaire²⁵⁵ ». En effet, des études ont démontré que certains experts ont « interrompu le test *Digit Span* avant l'échec aux deux essais d'un item, tandis que, d'autres ont poursuivi le test alors que les critères d'interruption avaient été atteints²⁵⁶ ». Certaines études ayant effectué un examen des protocoles ont révélé « des erreurs telles que la conversion incorrecte des sommes des scores gradués en QI, l'attribution de trop ou de trop peu de crédit à des items individuels, et des erreurs de calcul lors de l'addition des scores bruts de sous-épreuves²⁵⁷ ».

Le manuel d'administration et de notation de la WAIS-III « présente des instructions étendues pour les examinateurs ainsi qu'un nombre accru d'exemples sur la façon de noter les items individuels²⁵⁸ » et présente donc « une amélioration significative par rapport à ses prédécesseurs, la WAIS et la WAIS-R²⁵⁹ ». Néanmoins, on peut conclure, qu'il semble que ces améliorations aient eu peu d'impact sur la précision des scores.

La WAIS-III reste néanmoins, « le "roi du QI" et l'instrument d'évaluation de l'intelligence le plus populaire²⁶⁰ » malgré les critiques et les avis opposés sur la fiabilité.

²⁵⁴ RYAN J.J., SCHNAKENBERG-OTT S.D., « Scoring Reliability on the Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition (WAIS-III) », *Assessment*, 10/2003, n°2, p.156.

²⁵⁵ Ibid., p.151.

²⁵⁶ Ibid.

²⁵⁷ Ibid.

²⁵⁸ Ibid., p.156.

²⁵⁹ Ibid.

²⁶⁰ SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, p.131.

II. Partie Empirique

Introduction :

Comme nous l'avons déjà annoncé, ce mémoire se subdivise principalement en deux grandes parties : une partie théorique et une partie empirique, qui se complètent et se renforcent. Après avoir pris connaissance de la littérature et des différentes notions et concepts théoriques liés à la question de recherche de ce travail, nous allons entamer dès à présent la partie plus analytique de ce travail.

Cette deuxième partie, nommée partie empirique, se compose essentiellement de l'analyse des expertises de l'échantillon que nous avons récolté. Elle est divisée en plusieurs chapitres. Le premier traite la méthodologie appliquée à ce travail, c'est-à-dire, le modèle d'analyse choisi ainsi que la manière dont nous avons procédé à l'échantillonnage et la récolte de données. Le deuxième chapitre traitera essentiellement la structure des expertises, mais également leur contenu. Effectivement, nous allons nous pencher sur le contenu de chaque section structurant une expertise légale. Dans un troisième chapitre nous allons nous intéresser aux différents outils d'évaluation qui ont été utilisés lors des examens psychiatriques et psychologiques des expertises en question. Nous y examinerons à quelle fréquence les différents outils ont été utilisés et s'ils ont été utilisés par des psychiatres ou des psychologues. Dans le quatrième chapitre nous allons nous pencher sur la question de l'évaluation du risque de récidive au sein des expertises légales. Enfin, nous terminerons cette partie par un chapitre traitant les éléments qui nous ont interpellés lors de l'analyse de l'échantillon.

Nous tenons à souligner, que certains aspects théoriques figurant déjà dans la première partie de ce travail vont être répétés à certains moments de notre analyse. Pour des raisons structurelles, nous avons choisi de rassembler toute la théorie émanant de la littérature dans la première partie de ce travail. Mais, pour des raisons de compréhension et d'explications lors de nos analyses on s'est vu contraint de répéter certains passages théoriques.

Chapitre 1 : Méthodologie

Section 1 : Modèle d'analyse

Le modèle d'analyse choisi dans le cadre de ce mémoire est d'ordre analytique, relevant plutôt du type inductif que du type déductif. Néanmoins, l'approche déductive n'est pas totalement exclue. Le but de ce travail n'était pas d'opérer une vérification empirique d'hypothèses prédéterminées à la lecture de la littérature²⁶¹ scientifique, mais de faire référence à certaines critiques exprimées dans la littérature. On pourrait donc dire que ce mémoire présente un côté hybride entre l'approche inductive et l'approche déductive.

À défaut d'avoir émis préalablement des hypothèses concernant la présente recherche, nous avons défini différentes sous-questions comme :

- De quelle manière se présentent les expertises psychiatriques légales ?
- Existe-t-il un canevas à suivre ?
- Y-a-t-il une certaine homogénéité dans la manière de rédiger les expertises légales entre les différents experts ?
- À quelle fréquence et dans quel contexte les outils d'évaluation sont-ils utilisés ?
- Comment l'irresponsabilité pénale est-elle justifiée ?

Ceci permet d'appréhender la production de données et de répondre à la question de recherche : les expertises psychiatriques légales méritent-elles encore de nos jours de faire l'objet de multiples controverses malgré les progrès dans le domaine de la psychiatrie ?

Section 2 : Délimitation du champ d'analyse et terrain de recherche

L'objet de ce travail étant relatif au contenu et à la manière dont se présentent les expertises psychiatriques légales, l'idée initiale était de récolter les expertises directement auprès d'experts psychiatres. Cette démarche s'est révélée être plus complexe que prévu, et nous nous sommes finalement rendus uniquement au Tribunal d'Application des Peines de Liège. Nous reviendrons à cette problématique dans le point suivant.

Nous avons donc été dans l'obligation de limiter géographiquement le terrain de recherche pour deux raisons. Premièrement, nous avons été contraints de nous contenter

²⁶¹ VAN CAMPENHOUDT L., QUIVY R., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 2011.

des données fournies par le Tribunal d'Application des Peines de Liège, et, deuxièmement, récolter nos données en Flandre ne se présentait pas comme choix, vu la barrière linguistique à laquelle nous aurions été confrontés.

Nous avons également choisi de nous concentrer sur des années particulières, en l'occurrence les années 2018, 2019 et 2020. Ce choix, bien qu'arbitraire, nous a semblé judicieux pour des raisons de faisabilité de la recherche.

Section 3 : Échantillonnage

L'idéal aurait été de réaliser un échantillonnage diversifié, mais, comme déjà mentionné dans le point précédent, les contraintes qui se sont présentées à nous ont rendu impossible la réalisation d'une véritable cible de diversification. Malgré nos nombreuses sollicitations envoyées par mail aux experts psychiatres (une vingtaine environ) un grand nombre n'ont simplement pas répondu, d'autres n'ont pas répondu favorablement à nos demandes. Les principales raisons invoquées touchaient à la protection des données. Nous trouvant dans une impasse face aux réponses négative incessantes, nous avons décidé de contacter les Chambres de Protection Sociale de Liège, Mons et Bruxelles. Hélas, nous étions à nouveau confrontés à un silence quasi total de la part des personnes contactées. Cependant, une réponse favorable nous est parvenue de Madame Cristelle Michaux, Juge au Tribunal d'Application des Peines pour le ressort de la Cour d'Appel de Liège et Présidente de la Chambre de Protection Sociale de Liège. Madame Michaux ainsi que ses greffiers ont eu à cœur de nous aider dans notre démarche de la manière la plus investie possible.

Malgré les difficultés que nous avons pu rencontrer lors de la constitution de notre échantillon, nous avons, tant bien que mal, fait notre possible afin qu'il soit le plus varié possible. La diversité du panel s'exprime précisément comme suit :

L'échantillon consiste en 60 expertises, en l'occurrence 20 expertises de 2018, 20 expertises de 2019 et 20 expertises de 2020. Nous tenons à préciser que chacune de ces expertises a mené à la prononciation d'une mesure d'internement au Tribunal d'Application des Peines de Liège. Toutes les expertises figurant dans l'échantillon tombent sous la Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement. Les 60 expertises de l'échantillon ont été sélectionnées au hasard. À chaque fois le greffier nous donnait aléatoirement quelques expertises d'une année donnée que nous avons ensuite analysées.

Les expertises de l'échantillon ont été rédigées par 18 psychiatres (dont 2 psychiatres féminins) et 7 psychologues (dont 4 psychologues féminins). En moyenne, un expert a donc été en charge de 3,3 dossiers de notre échantillon. Nous rappelons ici, que comme l'ont déclaré Cartuyvels et al. (2010), les psychiatres sont peu nombreux dans notre pays, et donc, nous estimons que notre échantillon peut être considéré comme diversifié en termes de professionnels ayant été en charge des expertises. Le fait que les experts sont peu nombreux dans notre pays s'est traduit dans l'échantillon. Durant les trois années dont émanent les expertises de l'échantillon, les mêmes experts étaient en charge des dossiers.

Notre échantillon ne peut être considéré comme étant un échantillon représentatif des expertises psychiatriques au pénal vu le faible pourcentage que représentent ces expertises en général et du lieu unique où les données ont été récoltées. L'échantillon qui va être analysé au cours de ce mémoire ne représente donc qu'une petite partie des expertises psychiatriques dans le domaine médico-légale en Belgique. En effet, l'étude menée ne peut donner qu'un aperçu de la question. Les résultats et les arguments soulignés dans ce présent travail devront donc être considérés avec précaution.

Section 4 : Récolte des données

Dans ce présent travail, le but était de recueillir des données qualitatives, afin de pouvoir analyser en profondeur les expertises figurant dans l'échantillon. Pour nous assurer d'avoir devant nous des données objectives, nous avons fait le choix d'analyser des dossiers d'expertises plutôt que de pratiquer des entretiens semi-directifs avec des experts psychiatres.

Les expertises psychiatriques sont des documents hautement confidentiels et se trouvent sous la protection des données personnelles. Nous n'avons donc pas pu faire des photocopies des documents en question pour pouvoir les analyser. Nous avons été dans l'obligation de nous rendre à six reprises au Tribunal d'Application des Peines de Liège afin de procéder à une prise de note minutieuse. Pour chaque année un tableau a été créé dans lequel nous avons repris les informations suivantes :

- Numéro de Dossier
- Faits
- Outils utilisés
- Expertise (comprenant : le recueil des antécédents, l'évaluation psychiatrique à proprement parler, la perception des faits selon l'expertisé et le diagnostic).

- Conclusion (comprenant les réponses des experts aux questions posées par la loi)

Nous avons, pour garantir la protection des données des personnes concernées par les expertises, fait parvenir un document daté et signé à Madame Michaux afin de lui garantir que toutes les informations allaient être anonymisées.

Chapitre 2 : Structure et Contenu des Expertises

Section 1 : Les premières pages du rapport : généralités

Chacune des 60 expertises figurant dans l'échantillon contient, sans aucune exception, sur la première page du dossier de l'expertise, un rappel des questions de la loi de 2014 auxquelles elle doit fournir une réponse. L'article 9, §2 de la loi de 2014 exige que l'expertise psychiatrique doit impérativement vérifier les points cités ci-dessous avant une décision d'internement :

- « si, au moment des faits, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes [...] ;
- s'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;
- si, du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, la personne risque de commettre de nouvelles infractions [...] ;
- si, le cas échéant, la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société²⁶² ».

De plus, la première page contient à chaque fois le nom du psychiatre (et du psychologue si il s'agit d'une expertise menée en collègue) ainsi que son titre (comme par exemple : Médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, Médecin Psychiatre Expert ou bien Psychologue diplômé / psychothérapeute, etc.) et ses ou leurs coordonnées. Cette première page mentionne également le tribunal, le nom du juge d'instruction en charge du dossier ainsi que l'adresse. La première page du dossier de l'expertise mentionne également le nom et la date de naissance de l'expertisé. Dans la majorité des cas, les experts se contentent de ces deux informations concernant l'expertisé, vu que plus d'information à son sujet seront données plus tard. D'autres experts vont mentionner dès le début sa nationalité, son état civil et sa profession. Ensuite, l'expert reprend les grandes lignes du dossier en rappelant brièvement la relation des faits. Ici, nous avons pu observer trois manières d'exposer les faits :

- 1) Un bref résumé fait par l'expert en charge du dossier qui peut se tenir en une seule ligne : « *Il est inculpé pour tentative d'homicide* » ou en quelques paragraphes.
- 2) Un bref résumé est rédigé par l'expert, mais la différence avec le point 1) est qu'il va mettre en pièce jointe les P.V. et les auditions ayant eu lieu préalablement.
- 3) L'expert va baser son résumé des faits sur les dires de l'expertisé :

²⁶² Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, Art. 9, *M.B.*, 9 juillet 2014.

« L'intéressé tourne autour du pot avant de révéler pourquoi il est incarcéré ... Il fait valoir son « bon cœur » et l'aide qu'il tente d'apporter à un copain d'école primaire qu'il a vu se dégrader socialement et physiquement sous l'influence de l'héroïne. Il nie alors toute violence vis-à-vis de la victime, nie de l'avoir séquestrée et attribue à d'autres, qu'il ne connaît pas les humiliations et coups reçus par la victime ».

Suite à l'exposé des faits, certains rapports d'expertise contiennent une section dénommée *Les faits selon l'intéressé*. Dans plus de la moitié des expertises de notre échantillon (34/60), les experts se sont intéressés à la version que donne l'expertisé des faits dont il est accusé. Il ne s'agit pas ici pour l'expert à se prononcer « sur la réalité « des faits » mais sur la réalité psychique du prévenu au moment des faits²⁶³ ». La manière dont l'intéressé relate et voit les faits, peut donner à l'expert un idée de sa manière de voir le monde, comment se présente sa réalité.

Exemple :

L'intéressé dit en souriant : « c'était il y a 3 mois, je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça, j'avais des idées noires je ne sais pas ce qui m'a pris ». Quand on lui demande s'il estime que c'est juste ce qu'il a fait, il répond : « non je ne pouvais pas faire ça parce que c'est mal ». L'intéressé ajoute ensuite : « il m'arrive d'entendre des voix, elles disent des trucs incompréhensibles. Elles m'ont dit de le tuer, elles ont dit fais-le ! ». Il conclut par dire : « je regrette ce que j'ai fait parce que je suis dans de sales draps, je suis en prison ».

Cet exemple illustre bien, comment à partir du récit des faits de l'expertisé, on peut avoir une idée de la représentation de sa réalité. L'expert, conclut déjà à ce stade une incapacité intellectuelle et affective d'une remise en question de ses passages à l'acte, vu que ses regrets ne portent que sur les conséquences et non les faits même.

Nous avons également constaté que, généralement, les expertises, suite au résumé des faits prennent plus ou moins la même structure : recueil anamnestique, examen psychiatrique, discussion, conclusion.

²⁶³ FERNANDEZ F., LÉZÉ S., STRAUSS H., « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1/2010, n°128-129, p.186.

Section 2 : Différents points structurels de l'expertise et analyse de leur contenu

Nous allons, à présent, nous pencher sur les différents éléments du modèle type de l'expertise psychiatrique légale recommandés par le CRDS²⁶⁴ et le KeFor²⁶⁵ afin de voir s'ils sont repris dans les expertises de notre échantillon.

2.1 Documents Consultés

D'entrée de jeu, l'expert en charge du dossier, mentionne les documents qui ont été consultés préalablement à l'expertise. Il s'agit surtout des pièces du dossier répressif communiqués par le Juge d'Instruction : les PV, les auditions, etc. Dans la majorité des dossiers de notre échantillon, les parties les plus importantes des PV sont reprises dans cette partie du document. Les documents en questions ne sont jamais mis en pièce jointe, car ils sont déjà bien connus aux personnes siégeant au Tribunal d'Application des Peines.

Il n'est pas rare que l'expertisé a un passé psychiatrique. Dans ce cas, les dossiers médicaux de ses passages en hôpital psychiatrique sont également consultés. Dans certains cas, des extraits des rapports des psychiatres ayant préalablement suivi l'expertisé figurent dans le dossier d'expertise. Dans d'autres cas, ces rapports sont mis en pièce jointe. Dans la majorité des cas, les experts ne font qu'un bref résumé de ce qu'ils ont pu retenir lors de la lecture de ces documents.

2.2 Parcours et données anamnestiques

Avant l'évaluation psychiatrique, les experts recueillent divers éléments concernant les antécédents de l'expertisé.

2.2.1 Biographie

Dans cette rubrique nous allons retrouver les éléments biographiques de l'expertisé tels que son âge, son lieu de naissance, la situation familiale, son parcours scolaire et professionnel, etc.

Les éléments biographiques mentionnés ci-dessus sont repris la majorité des rapports d'expertises (40%). Dans 41,1% des rapports d'expertises de l'échantillon, des éléments de la vie affective, sentimentale et relationnelle de l'intéressé s'ajoutent aux autres

²⁶⁴ Centre de Recherche en Défense Sociale

²⁶⁵ Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg

éléments biographiques. 16,7% des expertises de l'échantillon mentionnent uniquement des éléments tels que le lieu de naissance, l'âge et la situation familiale, de l'expertisé.

Dans les cas où l'expertisé est accusé de faits de nature de viol, d'attentat à la pudeur etc., la majorité des experts vont également investiguer sur le développement psychosexuel de celui-ci.

Certains experts donnent beaucoup de détails (voir *Exemple 1*) lors du recueil des éléments biographiques tandis que d'autres vont être très brefs (voir *Exemple 2*).

Exemple 1 :

Naissance menée à terme, par voies basses, sans complication obstétricale particulière. Développement psychomoteur n'appelle pas de commentaire particulier : il s'est déroulé dans les limites attendues en ce qui concerne l'acquisitions du langage, de la propreté et de la marche. Le père de l'expertisé est âgé de 79 ans et est sous-chef de bureau à la SNCB. La mère est décédée d'un cancer quand l'expertisé avait 11 ans. Il a deux frères aînés. D'après les dires de l'expertisé, son enfance était horrible. Il s'est fait droguer pour la première fois entre 4 – 6 ans et ses frères aussi, l'expertisé se faisait droguer jusqu'à ses 26 ans. Son parcours infantile et juvénile apparaît parasité par des pseudo souvenirs sous tendus par une activité délirante paranoïde fluide.

Scolarité et vie professionnelle : En primaire il n'a pas eu de problèmes, mais en secondaires, il s'est « assis sur le mauvais banc à côté d'un manipulateur sociopathe ».

Vie affective, sentimentale et relationnelle : Il n'a, selon lui, jamais eu de relation amoureuse durable.

Exemple 2 :

L'intéressé est né à terme par voie basses sans complications et son développement psychomoteur est sans particularité. Il dit avoir eu une enfance heureuse. Il a quitté l'Italie pour la Belgique en 2015. Il est fils unique.

2.2.2 Historique infractionnel

Dans 47 rapports d'expertise de notre échantillon (78,33%), les experts ont explicitement mentionné les antécédents judiciaires de l'intéressé ; c'est-à-dire, que dans le dossier d'expertise, figurait la section "*Antécédents Judiciaires*", même s'il n'existait pas d'antécédents de cette nature dans le chef de l'expertisé. Dans ce cas, les experts ont simplement noté *Néant* ou *Aucun antécédent*. De plus, pour offrir plus de lisibilité au lecteur, certains experts ont divisé la section des antécédents judiciaires en antécédents commis en tant que mineur et commis en tant que majeur.

Dans 13 rapports de l'échantillon, aucune mention n'a été faite des antécédents judiciaires. Se pose donc la question, si dans ces cas, les experts ne se sont pas intéressé

à la question, l'estimant inutile, ou s'il n'existait pas d'antécédents de cette nature dans le chef de l'expertisé, et donc, les experts ont omis de mentionner l'historique infractionnel dans leur dossier d'expertise.

2.2.3 Historique médical

L'historique médical de l'intéressé se présente en deux parties :

(1) Les antécédents médico-chirurgicaux :

Dans cette rubrique sont repris tous les antécédents médicaux de l'expertisé et cela peut aller d'une fracture du bras dans l'enfance, des maladies chroniques, de la mise en place d'un pacemaker ou d'un bypass gastrique. De plus, si cela ne figure pas déjà dans la section biographique, le déroulement de la naissance de l'intéressé est également souvent repris dans cette rubrique. Si l'expertisé prend un traitement, que celui-ci soit lié à sa pathologie mentale ou pas, il est détaillé (nom et dose du médicament) dans cette rubrique.

Exemple :

La naissance a eu lieu à terme et sans complications. L'intéressé a eu plusieurs arrêts cardiaques il y a 2 ans ce qui a eu comme conséquence la mise en place d'un pacemaker. Il souffre de surdité de l'oreille droite et d'un drain tympanique à gauche. On retient également un traumatisme crânien avec coma suite à un coup lors d'une altercation il y a 8 ans. L'intéressé souffre de psoriasis. On note également un alcoolisme ancien.

Comme on peut le constater, les antécédents tels que l'alcoolisme, la toxicomanie etc. peuvent être repris dans cette rubrique. Il n'est toutefois pas rare que l'on retrouve les antécédents d'abus de substances dans la section des antécédents psychiatriques personnels.

Dans 78,33 % des rapports d'expertise de l'échantillon, les experts font référence aux antécédents médico-chirurgicaux de l'intéressé. Comme pour l'historique infractionnel, se pose la question pour les rapports dans lesquels les experts n'ont pas fait mention des antécédents médico-chirurgicaux, s'ils ne se sont pas intéressés à la question, l'estimant inutile, ou s'il n'existait pas d'antécédents de cette nature dans le chef de l'expertisé, et donc, les experts ont omis de mentionner cet élément dans le rapport. Il est curieux de constater que le même nombre de rapports (47/60) font mention de l'historique infractionnel et des antécédents médico-chirurgicaux, mais il

nous semble pertinent de penser qu'il ne s'agit que d'une coïncidence et qu'il n'y a pas de lien entre les deux.

(2) Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux :

Dans la section des antécédents personnels sont généralement repris tous les antécédents de séjours en hôpital psychiatrique (et le diagnostic qui a été posé à ce moment), d'épisodes dépressifs, de suivi psychothérapeutique, de tentatives de suicide etc.

En ce qui concerne les antécédents familiaux, les suicides ou les tentatives de suicide, les maladies diagnostiquées, les séjours en hôpital psychiatrique etc. des membres de la famille sont mentionnés.

Il est étonnant de constater qu'il y a moins de rapports d'expertise dans l'échantillon qui contiennent les antécédents psychiatriques personnels de l'intéressé (73,33%) que les antécédents médico-chirurgicaux (78,33 %). La différence reste néanmoins minime. Il est quand même important de souligner qu'uniquement 33 des 44 rapports contenant les antécédents psychiatriques de l'intéressé mentionnent les antécédents familiaux. À nouveau se pose la même question que pour l'historique infractionnel et les antécédents médicaux chirurgicaux. Les experts psychiatres ne se sont-ils pas intéressés à ces éléments ou ont-ils simplement omis de les mentionner car il n'existe pas d'antécédent de ce genre pour l'intéressé en question.

De nouveau, comme pour les antécédents biographiques, certains experts vont aller dans les détails (*Exemple 1*) et d'autres vont s'en tenir au strict minimum (*Exemple 2*).

Exemple 1 :

L'intéressé a connu quatre hospitalisations en psychiatrie. Lors de sa première hospitalisation on prononce une suspicion importante de troubles psychiques nécessitant la prise de neuroleptiques, une difficulté d'organisation de la pensée, un discours difficile à suivre car il est tangentiel et digressif. Parfois on observe une exaltation avec logorrhée et un comportement très désinhibé le mettant en difficulté dans les relations avec les autres.

Lors de sa deuxième hospitalisation Mr. X était positif au cannabis. Aucun diagnostic en dehors d'un vague trouble psychotique nécessitant des injections de neuroleptiques n'a été posé à ce stade.

Lors de sa troisième hospitalisation Mr. X prend conscience de sa maladie mentale.

Lors de sa quatrième hospitalisation Mr. X est à nouveau testé positif au cannabis et on évoque à nouveau vague trouble psychotique.

L'expert en conclut que l'intéressé semble souffrir, et ce de longue date, d'un trouble psychotique caractérisé par une anosognosie franche et durable, des variations d'humeur importantes pouvant passer de l'exaltation avec mégalomanie à la dépression profonde avec ralentissement et des idées suicidaires, le tout entrecoupé de périodes permanentes d'infiltrations délirantes et de désorganisation du psychisme. Ces éléments plaident en faveur d'un diagnostic de trouble schizo-affectif. Ce trouble semble grevé d'une importante consommation de cannabis.

Exemple 2 :

Mr. X a connu deux hospitalisations psychiatriques. Un diagnostic de trouble du contrôle des impulsivités et une unique solution médicamenteuse avaient été posés à l'époque.

2.4 Examen somatique

L'examen somatique mentionné comme tel n'apparaît que dans 15 des 60 expertises de l'échantillon. On va trouver dans cette rubrique : la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la taille, le poids de l'intéressé. Si d'autres aspects somatiques de l'intéressé sont "anormaux", ceux-ci seront mentionnés (pieds plats par exemple).

D'autres éléments que l'on peut retrouver dans cette rubrique sont : la présentation de l'intéressé, ses gestuelles et mimiques, sa démarche, etc. Ces éléments peuvent également se retrouver dans la section dédiée à l'évaluation psychiatrique, ce qui est le cas pour la majorité des rapports d'expertises. Ceci explique donc probablement pourquoi l'examen somatique en tant que tel ne figure que dans 25% des rapports de l'échantillon.

2.5 Évaluation psychiatrique

L'évaluation psychiatrique a été complétée par un testing psychologique dans 32% des dossiers de notre échantillon. En d'autres termes, il y a eu lieu d'un Collège expertal pour 32% des expertises de l'échantillon. On constate donc, que dans la grande majorité des cas, les experts psychiatres tirent leur conclusions uniquement de l'évaluation psychiatrique.

Les éléments les plus récurrents qui ont été retrouvés dans l'évaluation psychiatrique sont les suivants:

- Orientation spatio-temporelle
- Niveau de vigilance et d'attention durant l'entretien
- Contact (poli, désaffecté, etc.)
- Convenances sociales (acquises et respectées ou pas)

- Absence ou présence d'instabilité psychomotrice, de signes de désordre neurovégétatif ou de ralentissement psychomoteur
- Absence ou présence de mouvements anormaux de la sphère oro-faciale
- Mimiques (pauvre, peu affectée, etc.)
- Discours (décousu, cohérent, empreint de bizarreries, etc.)
- Absence ou présence de manifestation suspecte d'un processus hallucinatoire ou délirant
- Absence ou présence au niveau thymique de toute manifestation pouvant faire suspecter un épisode dépressif ou maniaque
- Capacités intellectuelles

On peut donc prétendre qu'il s'agit d'éléments de base sur lesquels les psychiatres se basent pour évaluer l'expertisé.

Dans la très grande majorité des rapports d'expertise de notre échantillon, l'approche des experts lors des entretiens d'expertise est d'ordre psychanalytique. Nous entendons par entretiens d'expertise d'ordre psychanalytique, des entretiens dans lesquels des concepts psychanalytiques, « essentiellement les points de vue dynamique et génétique, [sont utilisés] pour comprendre le développement de l'être humain [...] son niveau de développement psycho-sexuel, évaluer la manière dont il négocie les principaux conflits liés aux étapes essentielles, approcher son registre de défenses²⁶⁶ ».

Exemple :

Mr. X présente une réelle difficulté à se référer à lui-même, mettant ainsi en évidence une faille dans l'élaboration de l'édifice psychique. Il paraît ainsi dépourvu d'un accès à l'introspection et à la remise en question personnelle, suite à cette faille qui a entraîné l'absence d'identifiant et de repère structurant interne. Il demeure projectif s'appuyant sur des ressources extérieures. Il peut paraître fortement influençable et soumis à son entourage. Les mécanismes de défense paraissent archaïques essentiellement orientés autour de projections avec déni. De l'ambivalence s'observe au travers de discordances idéo-affectives. L'intéressé évoque les faits avec un sourire large malgré la gravité et la lourdeur du chef d'accusation porté à son encontre. Il semble minimiser la réalité des faits ainsi que leur valeur symbolique. Il peut en être conclu une absence de la notion d'interdit et du sens de la métaphore.

²⁶⁶ EMMANUELLI M., « L'Examen Psychologique en Pratique Clinique : Les Apports de la Théorie Psychanalytique », *Le Carnet Psy*, 5/2003, n°82, p.16.

Un aspect important du modèle psychanalytique est qu'il met « l'accent sur les événements et les occurrences survenus tôt dans la vie qui affectent le fonctionnement de l'adulte²⁶⁷ ». Nous posons l'hypothèse que le fait que les antécédents biographiques de l'expertisé ont été récoltées dans 97% des rapports d'expertise de l'échantillon est intimement lié au fait qu'une approche psychanalytique est utilisée dans le cadre des examens mentaux.

Lors de l'analyse des évaluations psychiatriques, nous avons en outre fait la constatation étonnante de la difficulté « des psychiatres à tenir compte de l'effet des médicaments antipsychotiques pris par le malade antérieurement à l'expertise²⁶⁸ ». Effectivement, les experts ont souvent émis un doute sur la présence d'hallucinations et de délires lors du passage à l'acte lorsque ces symptômes étaient atténués lors de l'examen psychiatrique. Les expertises ont majoritairement lieu lors de la mise en observation de l'intéressé en annexe psychiatrique. Il va donc de soi, que lors de son séjour en annexe psychiatrique, on lui administre la médication nécessaire afin de calmer ses symptômes. Mais il semble que c'est justement l'atténuation ou « la disparition clinique des symptômes délirants et dissociatifs²⁶⁹ » du trouble qui semble perturber les experts. Effectivement, dans 20% des rapports d'expertises les experts ont partagé leur doute sur les symptômes fortement atténués ou disparus liés à la médication.

Exemple :

- (1) *Mr. X présentait probablement des hallucinations accoustico-verbales avec insinuations sexuelles au moment des faits. Ces symptômes sont aujourd'hui fortement atténués par les puissants médicaments antipsychotiques. Il persiste toutefois une légère méfiance paranoïde.*
- (2) *Il nous semble probable que l'expertisé présentait des hallucinations et délires lors de la commission des faits. Néanmoins, ces symptômes sont très légers voire inexistantes lors du présent examen vu la prise d'antipsychotiques.*

De plus, dans ces cas si, aucun diagnostic sûr ne pouvait être posé :

²⁶⁷ PETERSON C., « Psychological Approaches to Mental Illness », In SCHEID T.L., BROWN T.N., *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge 2010, p.91.

²⁶⁸ BÉNÉZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, p.53.

²⁶⁹ Ibid.

Exemples :

(1) Nous ne pouvons faire un distinguo entre :

- *Une pathologie de type schizophrénique paranoïde dégénérée*
- *Une pathologie de type démence alcoolique profonde*

(2) Trouble psychiatrique d'allure psychotique, probablement schizophrénie

Nous précisons néanmoins ici, que malgré le fait que la médication joue un rôle indéniable sur l'incapacité des experts de poser un diagnostic sûr, la maladie mentale reste un phénomène très complexe qu'on ne peut toujours définir de manière certaine.

2.6. Évaluation du risque

Ce point sera discuté dans le Chapitre 5 de cette partie empirique qui est entièrement dédié à ce sujet.

2.7. Conseils sur le traitement

Dans 95% des rapports d'expertise de notre échantillon les experts ont donné des conseils sur le traitement de l'expertisé. Dans ces rapports, les experts donnent des conseils sur la médication et se sont exprimés en termes de parcours à suivre pour l'intéressé. Ils font ainsi référence où l'intéressé devrait (ou pourrait selon les places disponibles) être interné : *un établissement de défense sociale, Hospitalisation psychiatrique au Petit Bourgogne, etc.*, en indiquant en plus que l'intéressé devrait suivre par exemple, *une psychothérapie centrée sur les traumas*.

2.8. Discussion et Conclusion

La discussion consiste en un résumé de l'anamnèse et de l'évaluation psychiatrique de l'intéressé. S'il y a eu lieu d'un collègue, alors un résumé des résultats des différents testings psychologiques est également fait à ce stade. Les experts vont également répéter le diagnostic qu'ils ont posé après l'évaluation psychiatrique (et psychologique) de l'expertisé. Il se peut aussi que c'est à ce stade-ci que le diagnostic est posé pour la première fois. En général, c'est également à ce stade du rapport psychiatrique que l'on va donner les conseils sur le traitement à suivre pour l'intéressé.

En ce qui concerne la conclusion du rapport d'expertise psychiatrique, il se présente comme suit dans tous les rapports de notre échantillon:

- *Au moment des faits il était atteint d'un trouble mental grave qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes.*
- *Il est encore atteint du trouble lors de l'expertise.*
- *Un lien causal entre les faits et le trouble mental peut être établi.*
- *Le risque de commettre des nouvelles infractions ne peut être exclu, mais l'intensité du risque est impossible à déterminer.*
- *Un passage en Établissement de Défense Sociale semble pertinent avec, en aval un passage en hôpital psychiatrique.*

Il se peut que quelques détails soient ajoutés à cette formule de base, comme par exemple le diagnostic dans le premier point ou le degré de risque de récidive.

Chapitre 3 : L'utilisation des outils d'évaluation structurés

Le *Tableau 1* ci-dessous illustre les outils qui ont été utilisés à la fréquence la plus élevée par les psychiatres et/ou les psychologues de notre échantillon. Nous tenons à préciser que ce tableau ne reprend que les outils les plus fréquemment employés. Le tableau complet reprenant la totalité des outils ayant été employés dans l'échantillon se trouve en annexe.

Tableau 1 : Nombre d'utilisations des différents outils d'évaluation par les psychiatres et psychologues dans l'échantillon étudié :

Outils d'évaluation les plus utilisés dans l'échantillon :	2018 :		2019 :		2020 :		Totalité d'utilisations d'un outil donné :
	Psychologue	Psychiatre	Psychologue	Psychiatre	Psychologue	Psychiatre	
Psychodiagnostic de Rorschach	4	0	4	0	7	0	15
WAIS-III ²⁷⁰	1	0	2	0	6	1	10
VRAG ²⁷¹	0	3	0	3	0	2	8
M.M.P.I ²⁷²	2	0	3	1	3	2	11
Totalité d'utilisations d'outils dans une année donnée :	7	3	9	4	16	5	

La première colonne mentionne les outils systématisés qui ont été utilisés. Nous avons utilisé des abréviations pour ne pas surcharger le *Tableau 1*, mais le nom complet des outils figure en note de bas de page. Les colonnes suivantes illustrent l'année dans laquelle l'outil a été utilisé et s'il s'agit d'un psychiatre ou d'un psychologue. La dernière ligne de chaque colonne reprend le total des utilisations des outils par an et par psychologue ou par psychiatre. La dernière colonne reprend le nombre de fois qu'un outil spécifique a été utilisé dans l'échantillon par les experts.

Lorsqu'on se penche sur la dernière ligne du *Tableau 1* reprenant les outils les plus utilisés dans l'échantillon ci-dessus, on peut conclure que nos résultats reflètent les dires

²⁷⁰ Échelle d'intelligence pour Adultes de Wechsler, Version 3

²⁷¹ Violence Risk Appraisal Guide

²⁷² Minnesota Multiphasic Personality Inventory

de Vicenzutto et al. (2019). Ce sont, effectivement, les psychologues, dans le cadre de collèges qui « tendent à davantage recourir à des outils d'évaluation structurée²⁷³ ». En 2018, les psychologues ont employé un peu plus que le double d'outils que les psychiatres. En 2019, les psychologues ont eu recours aux outils systématisés à 9 reprises contre 4 pour les psychiatres. La tendance reste la même, et est encore plus flagrante en 2020, les psychiatres n'ont eu recours que 5 fois à des outils systématisés tandis que les psychologues les ont employés à 16 reprises.

Le fait que, l'emploi d'outils standardisés, dans les expertises médico-légales, est plus susceptible d'avoir lieu lors de collèges que lors d'une expertise psychiatrique simple est autant plus flagrante lorsqu'on se penche sur le tableau figurant en annexe reprenant la totalité des outils utilisés dans l'échantillon. En 2018, les psychologues ont eu recours 24 fois à des outils structurés tandis que les psychiatres n'y ont eu recours que 8 fois. Les résultats sont quasiment les mêmes pour l'année 2019 : les psychologues ont eu recours 25 fois à des outils structurés tandis que les psychiatres n'y ont recouru que 6 fois. En 2020, on observe une hausse de l'utilisation des outils structurés, mais la tendance reste fondamentalement la même. Les psychiatres ont eu recours à des outils structurés à 13 reprises tandis que les psychologues ont eu recours à des outils structurés à 34 reprises.

On peut donc conclure, en rejoignant les avis Vicenzutto et al. (2019), qui ont analysé 50 expertises de patients internés à l'Établissement de Défense Sociale Les Marronniers à Tournai, qu'« il apparaît que les psychiatres recourent plus souvent à l'évaluation clinique, alors que les psychologues tendent à davantage recourir à des outils d'évaluation structurée²⁷⁴ ».

En se penchant sur le *Tableau 1* on constate que les outils qui ont été le plus utilisé par les psychologues et les psychiatres dans l'échantillon au cours des trois années analysées sont : le Psychodiagnostic de Rorschach (utilisé à 15 reprises), le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (utilisé à 11 reprises), l'Échelle d'intelligence pour Adultes de Wechsler, Version 3 (utilisé à 10 reprises) et la Violence Risk Appraisal Guide (utilisée à 8 reprises).

²⁷³VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 894.

²⁷⁴ Ibid.

Section 1 : Le Psychodiagnostic de Rorschach

Comme on peut le constater dans le *Tableau 1* ci-dessus, le Psychodiagnostic de Rorschach est l'outil standardisé le plus utilisé dans l'échantillon. Effectivement, il a été utilisé à 15 reprises, et ce, uniquement par des psychologues dans le cadre de collègues. Ceci rejoint donc parfaitement la tendance générale que nous avons observée dans l'échantillon, ainsi que les observations faites par Vicenzutto et al. (2019). D'après Garfield (2000) « les psychologues et les psychiatres ont reconnu les valeurs du test de Rorschach dans l'évaluation clinique de la personnalité et, aujourd'hui, il est l'un des outils les plus importants de l'arsenal du psychologue clinicien ²⁷⁵».

Comme déjà mentionné dans la première partie de ce travail, Hermann Rorschach aurait eu l'ambition de créer « son test afin de différencier les patients schizophrènes des autres individus²⁷⁶ ». Ce sont surtout « les patients psychotiques qui [...] montrent souvent des dérapages dans l'utilisation du langage ("verbalisations déviantes") ou déclarent voir des choses dans les taches que les autres personnes ne peuvent pas voir ("mauvaise forme")²⁷⁷ » lors de la passation du test de Rorschach. De plus, nous avons également vu qu'il ne serait pas rare que « certains scores au Rorschach liés à la schizophrénie semblent également être liés au trouble bipolaire et peut-être aussi au trouble de la personnalité schizotypique²⁷⁸ ». Nous avons constaté, dans notre échantillon, qu'en effet la majorité des diagnostics découlant des collègues ayant employé le test de Rorschach sont des diagnostics de psychose. Sur les 15 dossiers dans lequel le test fut employé, un diagnostic de psychose (exemple : entrée progressive en psychose, trouble schizophrénique, trouble psychotique non spécifié etc.) a été posé 9 fois. De plus, nous avons constaté, dans notre échantillon, que le trouble bipolaire a été posé comme diagnostic à deux reprises dans les dossiers dans lesquels le Rorschach a été employé. Néanmoins, il s'agissait de diagnostics isolés et non de diagnostics comorbides.

Nous avons également vu dans la première partie, consacrée à l'encrage théorique de ce travail, qu'il est « généralement recommandé d'utiliser le Rorschach dans un ensemble de tests afin de multiplier les angles de vue de l'observation (perspective intégrative) : par exemple, échelle de Wechsler, M.M.P.I-2, Rorschach et TAT [Thematic Aperception

²⁷⁵ GARFIELD S.L., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, pp.387.

²⁷⁶ WOOD J.M., LILIENFELD S.O., HOWARD N.G., NEZWORSKI M.T., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis : A Critical Review, with a Beckward Look at Garfield (1947) », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, pp.397.

²⁷⁷ Ibid.

²⁷⁸ Ibid.

Test de Murray]²⁷⁹ ». On a pu observer, dans notre échantillon, que cette recommandation est généralement respectée par les experts. Effectivement, le test de Rorschach n'a été utilisé seul qu'à deux reprises. Dans la grande majorité des cas le test de Rorschach a donc été employé dans un ensemble de tests. À 7 reprises le test de Rorschach a été employé avec une des échelles de Wechsler (WAIS-III ou WAIS-IV). Le test de Rorschach a été utilisé à 5 reprises avec le M.M.P.I-2 et à 4 reprises avec le TAT. Les Matrices Progressives de Raven ont été employés 3 fois avec le test de Rorschach. Un bon nombre d'autres outils ont également été employés avec le test de Rorschach (par exemple : YSQ-L2/SQ2 Schémas de YOUNG, Inventaire de Dépression de Beck, etc.).

Section 2 : Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota

La M.M.P.I. a été utilisée à 11 reprises dans notre échantillon, huit fois en collège par des psychologues et trois fois par des experts psychiatres. À nouveau cela reflète la tendance générale que les outils d'évaluation sont plutôt utilisés par des psychologues en collège que par des experts psychiatres seuls.

On tient à préciser que dans un grand nombre d'expertises de l'échantillon (7/11), les experts ont précisé que la M.M.P.I.2 fut utilisée. Dans deux cas la M.M.P.I.2-RF a été utilisée et dans les deux cas restants les experts ont fait référence à la M.M.P.I. par la simple dénomination *Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota* sans préciser de laquelle il s'agit. Se pose alors la question, quelle version du M.M.P.I a été utilisée dans les cas où les experts ne l'ont pas précisé.

Nous avons souligné, dans la première partie de ce travail que la M.M.P.I. était un outil de référence pour détecter les personnes essayant de simuler la présence d'un trouble mental. Il ne faut néanmoins pas oublier, qu'il est, comme on peut le constater dans l'échantillon, « susceptible d'être utilisée à des fins cliniques multiples²⁸⁰ ». Effectivement, grâce au M.M.P.I de divers diagnostics ont pu être posés, comme par exemple :

- (1) *Trouble délirant de type érotomane*
- (2) *Trouble psychotique chronique de type schizophrénique paranoïde*

²⁷⁹ DEBROUX P., RICHELLE J., DE NOOSE L., MALEMPRÉ M., *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*, p.21.

²⁸⁰ SHARF A.J., ROGERS R., WILLIAMS M.M., HENRY S.A., « The Effectiveness of the MMPI-2-RF in Detecting Feigned Mental Disorders and Cognitive Deficits : a Meta-Analysis », *Journal of Psychopathological Behavioural Assessment*, 39/2017, p. 452.

Section 3 : Échelle d'Intelligence pour Adultes de Wechsler, Version 3

La WAIS-III a été utilisée à 10 reprises dans notre échantillon. Elle n'a été utilisée qu'une seule fois par un psychiatre et 9 fois en collègue par des psychologues. De plus, sa version successive, la WAIS-IV a été utilisée à deux reprises (uniquement en collègue par des psychologues). L'Échelle d'Intelligence pour Adultes de Wechsler, si on prend en compte les deux versions, a été utilisée à la même fréquence que la M.M.P.I.

La WAIS (III et IV) reste, comme le montre notre échantillon, « le "roi du QI" et l'instrument d'évaluation de l'intelligence le plus populaire²⁸¹ » malgré les avis opposés sur sa fiabilité et les critiques de la littérature que nous avons annoncées dans la première partie de ce travail.

Section 4 : Le Violence Risk Appraisal Guide

La VRAG est le dernier outil, faisant partie des plus utilisés dans notre échantillon, que nous allons analyser. Faisant partie des outils d'évaluation du risque de récidive, nous allons nous intéresser à la VRAG dans le prochain chapitre qui est consacré à l'évaluation du risque de récidive.

²⁸¹ SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, p.131.

Chapitre 4 : L'évaluation du risque dans les expertises légales

Section 1 : La notion de dangerosité remplacée par l'évaluation du risque de récidive

Nous avons vu, dans la première partie de ce travail, que le concept de dangerosité a été remplacé par l'évaluation du risque de récidive. Dans l'échantillon que nous avons analysé, la notion de dangerosité n'est quasiment plus mentionnée, on ne fait presque que référence au risque de récidive. Effectivement, au total la dangerosité n'a été évoquée qu'à huit reprises dans les expertises de l'échantillon.

Exemples :

(1) La dangerosité pour lui-même est nulle, mais elle existe sur autrui.

(2) La dangerosité de Mr. X peut être mise en évidence suite à sa pathologie mentale et le contexte qui l'anime.

Section 2 : L'évaluation non structurée

Dans notre échantillon, 86.67 % des expertises ont été sujettes à une évaluation du risque de récidive qui n'émane pas d'un instrument standardisé.

Ce qui est étonnant c'est que dans 26.67 % des expertises, aucune évaluation à proprement parler, n'a été faite pour évaluer le risque de récidive. Effectivement, dans plus d'un quart des dossier d'expertises de notre échantillon, les experts se sont simplement contentés d'affirmer la présence des éléments requis par la loi (dont le risque de récidive). Cela pose problème car on ne sait pas comment les experts sont parvenus à leurs conclusions.

Lors d'évaluations cliniques non structurées, nous avons pu observer, que les experts ne donnent, en général, pas beaucoup de détails sur leur évaluation clinique. Cela est intéressant, car, dans la grande majorité des cas, les experts ont donné un grand nombre de détails concernant les évaluations cliniques psychiatriques dans notre échantillon. En ce qui concerne les conclusions par rapport au risque de récidive, celles-ci sont très différentes d'une expertise à l'autre. Certains experts se contentent de simplement noter qu'il existe un risque de récidive élevé, possible, etc., et d'autres vont mettre le risque de récidive en lien avec le diagnostic posé. La minorité des experts donne des facteurs précis qui jouent dans la détermination du risque de récidive. Ci-dessous, nous vous exposons quelques exemples des diverses conclusions données au sujet du risque de récidive par les différents experts de l'échantillon :

Exemples :

- (1) Le risque de récurrence est non négligeable.*
- (2) Le risque de récurrence est possible.*
- (3) On peut conclure un risque de récurrence compte tenu du fonctionnement mental qui amène l'intéressé à agir sans discernement par rapport à la réalité associé à des traits antisociaux et l'abus de toxiques comme facteurs de risques supplémentaires.*
- (4) La récurrence est probable : 1) L'épisode dépressif présenté est susceptible de récurrence, si l'intéressé ne s'astreint pas à un traitement psychopharmacologique régulier et important, de même qu'un suivi psychiatrique d'une intensité et fréquence proportionnelle. Même sous traitement ce type d'épisode risque de se reproduire. 2) L'intéressé a démontré à plusieurs reprises sa tendance manifeste au mensonge et à la dissimulation de même que ses croyances dangereuses. 3) Il n'y a aucun indice de travail de deuil, d'introspection ou de prise de conscience. Il y a donc un réel risque de récurrence face à l'enfant survivant.*

Nous avons constaté qu'à 11 reprises seulement, une explication comme dans les exemples (3) et (4) a été donnée au sujet du risque de récurrence. Il nous semble légitime de dire que les conclusions et justifications du risque de récurrence sont très maigres dans le cadre d'une évaluation psychiatrique non structurée.

Section 3 : L'Évaluation avec la VRAG, un outil standardisé

Dans de notre échantillon, la VRAG fait partie des outils standardisés les plus utilisés. Ce qui est intéressant, c'est qu'elle n'a uniquement été utilisée que par les psychiatres, contrairement à la tendance générale qui est que ce sont surtout les psychologues qui utilisent des outils standardisés lors de collègues. Nous avons constaté que la VRAG a été utilisée deux fois plus souvent que la HCR-20 (8 utilisations pour la VRAG contre 4 utilisations pour la HCR-20) par les experts entre 2018 et 2020. Nous allons, pour cette raison, uniquement nous pencher sur la VRAG en ce qui concerne l'évaluation du risque de récurrence.

Dans l'échantillon analysé, les experts ont, dans la totalité des cas, uniquement partagé leur résultat, et donc leur conclusion, de la VRAG. Effectivement, aucun dossier n'avait comme pièce jointe les items cochés ou non de l'échelle d'évaluation en question. Les résultats se présentent comme suit :

Le score est de 4 ce qui correspond au 5^{ème} échelon sur 9 sur l'échelle de risque de récidive. Le risque statistique de récidive est violent en milieu ouvert. Il est de 37% sept ans après les derniers faits commis et de 48% dix ans après les derniers faits commis.

Nous posons l'hypothèse que les items ne figurent pas en pièce jointe, car les experts estiment que les juridictions ne savent de toute façon pas en déduire quelque chose de concret. Néanmoins, ne fût-ce que pour la transparence et pour prouver que les conclusions n'ont pas été faites aléatoirement, nous sommes d'avis qu'il serait approprié de joindre les évaluations au dossier d'expertise.

Chapitre 5 : Comment les experts psychiatres se justifient-ils ?

Section 1 : Comment sont posés et justifiés les diagnostics des troubles mentaux?

On pourrait dire, qu'en quelque sorte les diagnostics posés lors d'expertises légales sont toujours justifiés par les divers éléments énoncés lors de l'évaluation psychiatrique. Nous tenons ici à préciser, que ce que nous entendons par « justifications », c'est le fait d'expliquer dans un dernier paragraphe de l'évaluation psychiatrique, ou dans la partie discussion, la réflexion, les éléments et le cheminement qui ont mené à poser le diagnostic en question.

Il est intéressant de constater qu'uniquement dans un peu plus de la moitié des expertises de notre échantillon (32/60) une justification / explication a été donnée pour le diagnostic posé. Nous exposons ci-dessus quelques exemples de dossiers dans lesquels les experts ont expliqué et justifié leur choix :

(1) *Les symptômes suivants nous font conclure une schizophrénie hébéphrène et une exacerbation paranoïde sous l'influence de stupéfiants ou de facteurs de stress émotionnels : syndrome de déformation de la réalité, de la désorganisation de la pensée et un appauvrissement des symptômes négatifs. Au premier plan des signes cliniques se situent : des troubles affectifs, de la pensée et une perte d'élan vital associés aux problèmes de concentration et d'une faible capacité de voir les contenus et la fonction de la mémoire. Des hallucinations et délires sont constants que sous forme fugitive et fragmentaire.*

(2) *Le contact bizarre de l'intéressé, son discours paranoïde complotiste focalisé sur la voisine, ses tendances interprétatives, sa biographie à l'économie au niveau relationnel, sa difficulté de gestion des émotions nous laisse conclure une personnalité de type psychotique grevé d'un trouble psychiatrique de type schizo-affectif mêlant la destruction, la bizarrerie et le délire d'un schizophrène paranoïde aux aléas de l'humeur que l'on rencontre dans les troubles de l'humeur de type bipolaire.*

Il est étonnant de constater que dans 28 dossiers d'expertise aucune explication de ce genre n'a été donnée. L'expert en question donne son diagnostic, soit juste après l'évaluation psychiatrique (mais sans énoncer les éléments qui l'ont fait prendre cette décision), soit lors de la discussion, soit dans la conclusion de l'expertise (*au moment des faits, et au moment de l'expertise, l'intéressé est atteint d'un trouble psychotique qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes*).

Nous avons également constaté que le nombre de références faites à des systèmes diagnostiques est très maigre dans notre échantillon. Le DSM ne fut mentionné que dans

neuf rapports d'expertise et aucune mention de la CIM-10 ne figure dans notre échantillon.

Section 2 : Comment l'irresponsabilité pénale est-elle justifiée ?

Nous avons déjà vu dans la première partie théorique de ce travail, que la question de l'irresponsabilité pénale, donc l'incidence qu'a eu la psychopathologie diagnostiquée dans le chef de l'expertisé sur son passage à l'acte, est le noyau de l'expertise pénale. À ce stade on se pose la question comment l'expert répond-il à la question : *l'intéressé était-il responsable de ses actes au moment des faits ?* Comment justifie-t-il ses conclusions ?

Nous avons fait le constat étonnant que dans 65% des expertises de l'échantillon, aucune justification n'a été donnée en ce qui concerne l'irresponsabilité pénale de l'intéressé. Dans ces cas, comme c'était également le cas dans de nombreuses expertises de l'échantillon pour l'évaluation du risque de récidive, les experts se sont uniquement contentés de mentionner dans leur conclusion qu' :

Au moment des faits, et au moment de l'expertise, l'intéressé est atteint d'un trouble mental grave qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes.

Dans trois dossiers les experts conclurent et justifièrent l'irresponsabilité pénale suite à l'évaluation de la liste négative de Rössler et d'après l'échelle A.M.P.D²⁸² fait par les psychologues. L'irresponsabilité pénale se justifie alors comme suit :

Les résultats montrent une note moyenne au niveau des symptômes négatifs dérivés de l'échelle A.M.P.D., alors que l'échelle de déstructuration accuse un résultat qui dépasse nettement le seuil de pathologie. On doit donc retenir un état de déstructuration évidente au moment des faits. De tels résultats sont obtenus par comparaison du mode de fonctionnement de l'intéressé avec les caractéristiques d'un vaste échantillon de délinquants parmi lesquelles les notes pathologiques présentent une corrélation très élevée avec le diagnostic d'irresponsabilité.

Dans quatre dossiers d'expertise de notre échantillon, les experts se sont simplement contentés, lors de l'évaluation psychiatrique, de mentionner que *la conscience morbide de l'intéressé est nulle*. Aucune justification, ni explication ne suit cette affirmation dans ces quatre dossiers.

²⁸² Échelle Psychopathologique et Somatique de l'Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie

Dans cinq expertises de l'échantillon, les experts ont donné une explication et une justification digne de ce nom, au sujet de leur conclusions d'irresponsabilité pénale :

Le déficit mental observé colore l'ensemble du comportement de Mr. X : il affecte les unités socio-affectives définissant l'adaptation de l'intéressé à son environnement. Nous faisons également l'observation d'un défaut d'autocontrôle et une incapacité à faire face à la frustration ou à différer la satisfaction de ses besoins. Lorsque ceux-ci sont contrariés, il présente des comportements agressifs de décharge de la tension. Le comportement de nature sexuelle de Mr. X s'inscrit dans une dynamique de décharge pulsionnelle. Il est anosognosique et n'a donc aucune conscience morbide. Nous concluons, que, vu son handicap intellectuel de sévérité moyenne à grave et de son état anosognosique, Mr. X est totalement irresponsable de ses actes.

Finalement, nous avons constaté que dans neuf expertises de l'échantillon les experts justifient leur choix mais de manière très brève comme on peut le constater dans l'exemple ci-dessous :

L'intéressé peut être considéré comme étant irresponsable pénalement car ses passages à l'acte violents sont conditionnés par son délire paranoïde.

À la question *comment les experts psychiatres justifient-ils l'irresponsabilité pénale ?* on peut répondre que, dans la grande majorité des cas (65%) ils ne la justifient pas. Le lecteur ne sait pas, sauf s'il s'agit d'un professionnel de la santé mentale qui peut lui-même faire le cheminement de cette conclusion à partir des éléments donnés lors de l'évaluation psychiatrique, comment l'expert en est arrivé à la conclusion d'irresponsabilité pénale dans le chef de l'intéressé.

Chapitre 6 : Éléments interpellants

Section 1 : Le non-respect de la méthodologie

Nous avons vu, dans la première partie de ce travail, et plus précisément dans le chapitre 4 portant sur l'expertise psychiatrique légale, que vu la portée et les conséquences importantes de l'expertise psychiatrique légale « certaines exigences méthodologiques de base doivent être respectées afin de faciliter la lisibilité du rapport²⁸³ ».

1.1 Le jargon

Nous avons également appris que, vu que le rapport d'expertise est destiné à des lecteurs n'ayant pas de formation dans le domaine de la psychologie ou de la psychiatrie, l'exigence méthodologique « exclut le jargon professionnel²⁸⁴ ». Comme le dit Cheval (2014), les magistrats devraient pouvoir comprendre les rapports d'expertises sans d'éventuels contacts informels explicatifs supplémentaires.

Lors de l'analyse de notre échantillon des rapports d'expertise, nous nous sommes très vite rendu compte que l'exigence méthodologique portant sur l'exclusion du jargon professionnel n'est pas respectée. Un jargon psychiatrique et médical est utilisé dans quasiment chaque dossier d'expertise que nous avons analysé. Nous illustrons ci-dessous l'utilisation de jargon qui, rend incompréhensible certaines sections du rapport d'expertise :

- (1) *On observe des pupilles isochores et iso réactives nonobstant le myosis. Le tonus des membres supérieurs est satisfaisant. Le serment est bien tenu. Le tonus des membres inférieurs est également satisfaisant. On note un ROT sans particularités et un Romberg négatif. La station unipodale est globalement stable.*
- (2) *L'analyse spectrale révèle un rythme de base de fréquence alpha synchronisé à 10 C/S, sans signe de souffrance cérébrale ou d'encéphalopathie. L'EEG quantifié a révélé des tracés normaux. Quant aux épreuves électrophysiologiques, elles orientent vers un trouble psychotique.*

De plus, lorsque des outils d'évaluations ont été utilisés, ceux-ci n'ont pas été expliqués. Rappelons-le, les lecteurs du rapport d'expertise psychiatrique, n'ont pas de

²⁸³ THYS P., KORN M., « A propos de l'expertise pénale : analyse d'une cohorte d'expertises psychiatriques concluant à l'irresponsabilité », *Déviance & Société*, 16./1992, n° 4, 1992, p.336.

²⁸⁴MORMONT C., « Déontologie et spécificités de l'expertise psychologique », *Lus et Actores : Revue des Acteurs de la Justice*, 3/2015, p.28.

connaissances au niveau psychiatrique et psychologie, et par conséquent il faut partir de l'hypothèse qu'ils ne connaissent pas les divers outils d'évaluation tels que le Psychodiagnostik de Rorschach, la VRAG ou encore la WAIS.

Section 2 : Descriptions ethniques et physiques

Nous avons remarqué que dans la grande majorité (95%) des examens d'évaluation cliniques, ou dans la rubrique des examens physiques (selon la structure choisie) les experts font référence aux particularités physiques de l'expertisé comme par exemple :

- (1) *Corpulence mince, présentation soignée et aspect extérieur conforme à l'âge, cheveux noirs légèrement bouclés.*
- (2) *Corpulence mince, se déplace normalement, son habillement est correct ainsi que son hygiène à l'exception de l'hygiène dentaire.*
- (3) *Corpulence longiligne, yeux bruns, sans pilosité faciale, petite calvitie au niveau frontal intérieur.*

En ce qui concerne l'ethnie celle-ci est soulignée dans 70% des rapports d'expertise. Les experts psychiatres vont alors préciser si l'intéressé est de type méditerranéen, africain, caucasien, etc. Nous nous posons la question pourquoi il serait nécessaire de préciser l'ethnie de l'expertisé et sommes perplexe devant ces résultats.

Dans la même lignée, un autre élément de description nous a interpellé : en 2018, à quatre reprises, les experts ont souligné lors de la description physique de l'intéressé qu'il avait des tatouages.

Exemple :

Sa présentation atypique le fait remarquer : bandana, multiples tatouages, notamment sur le visage.

Le fait de souligner les caractéristiques physiques (comme dans les exemples présentés dans la section 1 et 2 de ce chapitre) et surtout la présence de tatouages, reflétant selon les experts de l'échantillon un « physique atypique », nous fait penser à la théorie aussi connue que critiquée de Cesare Lombroso et donc à une sorte de régression dans le domaine de la psychiatrie car ce type de stigmatisation ne devrait plus avoir lieu de nos jours.

Section 3 : Stigmatisation et Préjugés

Toute la difficulté pour l'expert réside dans le fait de savoir comment il peut formuler certaines observations nécessaires à une mise en contexte tout en s'abstenant de tout jugement de valeur. Nous comprenons, que dans une certaine mesure il peut s'avérer être important de souligner le manque d'hygiène d'une personne soumise à un examen expertal, car il est bien connu que les personnes souffrant de troubles mentaux ont souvent du mal à prendre soin d'eux. Effectivement, environ 76%²⁸⁵ de personnes souffrant de troubles psychotiques sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes et se négligent. Cependant, nous estimons que dans deux dossiers, les experts auraient pu utiliser des termes moins péjoratifs et stigmatisants.

Exemples :

- (1) *Mme X a une chevelure grasse, non entretenue et clairsemée. Sa dentition est délabrée. La présentation de Mme X, dégradée, renvoie à l'image de la folle aux chats.*
- (2) *Mr. X présente une calvitie frontale entourée d'une couronne de cheveux épais, une pilosité faciale mal entretenue, des doigts longs et effilés. Son hygiène précaire et son odeur renvoient au tableau classique du psychotique clochardisé.*

Une description neutre expliquant la négligence de soi aurait largement suffi pour le faire comprendre au lecteur du dossier. En effet, « la description des traits de personnalité doit se limiter à une observation clinique objective²⁸⁶ ». L'expertise ne doit pas dégager de traits de personnalité qui pourraient donner une image péjorative à l'intéressé. Du même genre nous avons également retenu la remarque suivante :

« L'entretien s'avère compliqué, vu que l'intéressé ne semble pas compter la langue de Molière dans ses compétences ».

Cette phrase ne fait pas allusion au physique de l'expertisé, mais nous estimons qu'il s'agit d'un commentaire rabaisant pour ce dernier. L'expert psychiatre aurait juste pu dire de manière objective que l'expertisé a du mal à s'exprimer ou à comprendre la langue dans laquelle l'examen expertal est usuellement tenu, qu'un interprète a dû venir en renfort, etc.

²⁸⁵ DE PAGE L., « Schizophrénie et violence », Présentation dans le cours de ENGLEBERT J., *LCRIM 2502 Perspectives Critiques en Criminologie Clinique*, Année Académique 2020-2021.

²⁸⁶ SENON J-L., PASCAL J-C., ROSSINELLI G., *Expertise psychiatrique pénale*, John Libbey Eurtext et Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 2007, p.9.

Section 4 : Facteurs de risque interpellants et non justifiés

Dans les jugements cliniques non structurés de l'évaluation du risque de récidive, deux facteurs énoncés par les experts psychiatres, dans deux dossiers différents nous ont interpellés :

Exemple (1)

Le profil de Mr. X présente un risque de récidive élevé compte tenu les facteurs suivants:

- (1) Prématurité, retard développemental et retard mental léger*
- (2) Carences affectives précoces*
- (3) Absence d'un environnement familial sécurisant*
- (4) Absence d'une figure paternelle structurante*
- (5) Troubles de la conduite précoces*
- (6) Multi-institutionnalisation*
- (7) Abus et viols allégués subis avant ses 14 ans*
- (8) Propension à l'agressivité et impulsivité*
- (9) Faible remise en question personnelle et faible prise de conscience*
- (10) Jeune, livré à lui-même et en situation de précarité sociale*
- (11) Attrait pédophile net et exclusif (cela concerne uniquement les mineurs)*
- (12) **Bisexuel***

Exemple 2 :

Les éléments qui nous orientent vers risque élevé :

- Antécédents de comportements impulsifs*
- Comportement désorganisé*
- Maladie psychotique avec anosognosie persistante*
- Consommation d'alcool*
- **Sexe masculin***
- Situation familiale instable*
- Situation précaire*

Considérer que les facteurs mis en gras dans les exemples, à savoir la bisexualité et le sexe masculin, comme des facteurs de risque de récidive, nous semble être très interpellant, surtout qu'aucune explication ou justification n'a été donnée de la part des experts ayant rédigé ces rapports. Dans aucun des outils d'évaluation du risque de récidive, que ce soit la VRAG, la HCR-20, la STATIC-99 ou encore la SORAG, ni le sexe masculin, ni la bisexualité font partie des items à prendre en considération.

Partie III : Discussion et Conclusion

Introduction :

Cette dernière partie du présent travail consiste en une discussion ainsi qu'en une conclusion. Nous allons commencer la discussion par l'énumération des limites méthodologiques de notre recherche. Ensuite, nous allons passer à la discussion des résultats de notre analyse de l'échantillon des expertises psychiatriques légales. Enfin, nous allons terminer la discussion par une tentative de formulation de solutions pour remédier aux problèmes que nous avons pu relever dans le cadre des expertises psychiatriques pénales après l'analyse de notre échantillon.

Nous allons ensuite passer à la conclusion de ce mémoire et tenter de donner des réponses aux questions qui ont l'animé.

Discussion

Section 1 : Limites Méthodologiques

Pour la réalisation de ce mémoire, nous avons, malgré les nombreuses difficultés rencontrées pour la récolte des données, eu la chance de pouvoir consulter des expertises psychiatriques légales. Il s'agit de documents, nous l'avons remarqué au nombre élevé de réponses négatives à notre demande, que les professionnels n'aiment pas donner à disposition pour diverses raisons.

Si notre échantillon semble remplir le critère de diversification en termes de nombre de psychiatres, il ne semble pas remplir ce critère en termes de diversification territoriale. Effectivement, les expertises de l'échantillon proviennent uniquement du Tribunal d'Application de Liège. Il aurait été favorable, nous l'avons déjà dit dans le premier chapitre de cette partie empirique, d'avoir accès à des expertises légales provenant également d'autres arrondissements. N'ayant pas pu bénéficier d'une vision complète de l'ensemble du territoire de notre pays, nous n'avons pas la prétention de généraliser les conclusions de ce mémoire à l'ensemble de la Belgique.

Il aurait, pour certaines sections de ce travail, été intéressant de mener des entretiens avec des experts psychiatres et / ou psychologues afin des nous éclaircir sur certaines pratiques. Nous n'avons donc pu poser que des hypothèses à ces sujets.

Les hypothèses que nous avons formulées au courant de ce travail sont liées à une autre limite méthodologique, à savoir notre formation. Nous avons une formation de criminologue et non de psychologue / psychiatre. Certes, cela peut représenter une force, sachant que le domaine de la criminologie est un domaine pluridisciplinaire pouvant offrir plusieurs points de vue sur une question. En ce qui concerne la psychologie et la psychiatrie, nous avons certes des connaissances de base, mais nous estimons que ces connaissances de base n'étaient suffisantes pour élaborer tous les aspects du contenu des expertises psychiatriques légales. Nos connaissances que nous estimons comme insuffisantes constituent donc une limite dans la rédaction de ce travail.

Une étude similaire, menée par une équipe de chercheurs pluridisciplinaires sur l'ensemble du territoire belge pourrait se révéler intéressante pour savoir si les conclusions de ce mémoire peuvent être transposées et si des conclusions plus globales peuvent être prononcées.

Section 2 : Discussion des résultats et problématiques rencontrés dans les expertises de l'échantillon

Nous avons vu dans le *Chapitre 2 : Structure et contenu des Expertises* de la Partie Empirique qu'en général, la structure des rapports d'expertises psychiatriques pénales est plus ou moins respectée. Nous avons remarqué quelques divergences à ce sujet. Certains experts divisent bien toutes les sections du rapport afin que ce soit lisible pour le lecteur, d'autres écrivent des gros blocs de texte. Par exemple, certains experts vont, dans la rubrique consacrée aux antécédents, écrire un long texte reprenant toutes les informations requises (situation familiale, scolarité et vie professionnelle, antécédents judiciaires, médico-chirurgicaux et psychiatriques, etc.), tandis que d'autres vont diviser la partie sur les antécédents en plusieurs sections. Dans ce cas, on aura à chaque fois un titre, comme par exemple, *Les Antécédents Psychiatriques*, et sous ce titre on aura uniquement les éléments qui concernent les antécédents psychiatriques personnels et familiaux de l'intéressé. Par conséquent, le rapport est beaucoup plus agréable à lire et, surtout, il sera beaucoup plus facile de retrouver des éléments précis, après une première lecture. Dans certains cas, plus extrêmes, mais également plus rares, toute l'expertise ne consiste qu'en un bloc de texte. Uniquement trois rapports étaient rédigés de cette manière. Ce qui est intéressant c'est que ces trois rapports ont été rédigés en 2018. On peut donc poser l'hypothèse, qu'à ce moment les experts n'avaient pas encore intégré le canevas d'expertise psychiatrique précisé par l'Arrêté Royal de 2018.

En ce qui concerne le contenu des rapports d'expertise, nous rappelons que chacune des 60 expertises figurant dans l'échantillon contient, sans aucune exception, sur la première page du dossier de l'expertise, un rappel des questions de la Loi de 2014 auxquelles elle doit fournir une réponse. De plus, la première page contient à chaque fois le nom du psychiatre (et du psychologue s'il s'agit d'une expertise menée en Collège) ainsi que son titre et ses ou leurs coordonnées. Cette première page mentionne également le tribunal, le nom du juge d'instruction en charge du dossier ainsi que l'adresse du tribunal dans lequel il siège. Enfin, on y retrouvera également le nom et la date de naissance de l'expertisé.

Nous avons également vu qu'ensuite, l'expert reprend les grandes lignes du dossier en rappelant brièvement la relation des faits. Nous avons conclu que la relation des faits peut être faite de trois manières différentes.

En ce qui concerne le contenu des expertises, nous avons noté quelques divergences entre les différentes expertises que nous avons analysées.

Dans 34 expertises de l'échantillon, les experts se sont intéressés à la version que donne l'expertisé des faits dont il est accusé. Selon Mormont (2017) il serait intéressant d'avoir la version des faits de l'intéressé afin que l'expert puisse apprécier la cohérence et la conviction qu'a l'expertisé de son récit.

Des divergences ont également été notées au niveau du recueil du parcours et des données anamnestiques de l'expertisé.

En ce qui concerne les éléments biographiques, dans 40% des rapports expertises de l'échantillon, l'expert a recueilli comme informations l'âge de l'expertisé, son lieu de naissance, la situation familiale, son parcours scolaire et professionnel. Dans 41,1% des rapports d'expertises de l'échantillon, s'ajoutent des éléments de la vie affective, sentimentale et relationnelle de l'intéressé. 16,7% des expertises de l'échantillon mentionnent uniquement le lieu de naissance, l'âge et la situation familiale, de l'expertisé. Dans les cas où l'expertisé est accusé de faits de nature de viol, d'attentat à la pudeur etc., nous avons pu constater que la majorité des experts vont également investiguer sur le développement psychosexuel de celui-ci.

Au sujet de l'historique infractionnel, on a constaté que dans 78,33% des rapports d'expertise analysés figurait la section *Antécédents Judiciaires*. Dans 13 rapports de l'échantillon, aucune mention n'a été faite des antécédents judiciaires. Se pose donc la question, si dans ces cas, les experts ne se sont pas intéressés à la question, l'estimant inutile, ou s'il n'existait pas d'antécédents de cette nature dans le chef de l'expertisé, et donc, les experts ont omis de mentionner l'historique infractionnel dans leur dossier d'expertise.

Concernant l'historique médical, composé des antécédents médico-chirurgicaux et des antécédents psychiatriques et familiaux, nous retenons plusieurs éléments. En ce qui concerne les antécédents médico-chirurgicaux nous retenons que si cela ne figure pas déjà dans la section biographique, le déroulement de la naissance de l'intéressé est également souvent repris dans cette rubrique. De plus, les antécédents tels que l'alcoolisme, la toxicomanie, etc. peuvent être également repris dans cette rubrique. Il n'est toutefois pas rare que l'on retrouve les antécédents d'abus de substances dans la section des antécédents psychiatriques personnels. Dans 78,33 % des rapports d'expertise de l'échantillon, les experts font référence aux antécédents médico-chirurgicaux de l'intéressé. Comme pour l'historique infractionnel, se pose la question pour les rapports

dans lesquels les experts n'ont pas fait mention des antécédents médico-chirurgicaux, s'ils ne se sont pas intéressés à la question, l'estimant inutile, ou s'il n'existait pas d'antécédents de cette nature dans le chef de l'expertisé, et donc, les experts ont omis de mentionner cet élément dans le rapport.

Au sujet des antécédents psychiatriques personnels et familiaux il est étonnant de constater qu'il y a moins de rapports d'expertise dans l'échantillon qui contiennent les antécédents psychiatriques personnels de l'intéressé (73,33%) que les antécédents médico-chirurgicaux (78,33 %). La différence reste néanmoins minime. Il est quand même important de souligner qu'uniquement 33 des 44 rapports contenant les antécédents psychiatriques de l'intéressé mentionnent les antécédents familiaux. Dans ces cas on se pose la même question que pour l'historique infractionnel : est-ce que les experts ne se sont pas intéressés à la question ou n'existait-il pas d'antécédents de cette nature ? Mormont (2017), souligne que faute de faits scientifiques, de théories et d'informations, il n'est pas toujours possible de répondre à toutes les questions posées par le juge, et que dans ces cas, il vaut mieux ne pas y répondre, que de s'aventurer dans des spéculations probabilistes.

L'examen somatique mentionné comme tel n'apparaît que dans 15 des 60 expertises de l'échantillon. Les éléments que reprend cet examen peuvent également se retrouver dans la section dédiée à l'évaluation psychiatrique, ce qui est le cas pour la majorité des rapports d'expertises. Ceci explique donc probablement pourquoi l'examen somatique en tant que tel ne figure que dans 25% des rapports de l'échantillon.

Au sujet de l'évaluation psychiatrique nous retenons qu'il y a eu lieu d'un Collège expertal pour 32% des expertises de l'échantillon. On constate donc, que dans la grande majorité des cas, les experts psychiatres tirent leur conclusions uniquement de l'évaluation psychiatrique. En outre nous avons vu que certains éléments, très récurrents, servent de base pour poser un diagnostic dans l'examen psychiatrique, tels que l'orientation spatio-temporelle, le niveau de vigilance et d'attention durant l'entretien, l'absence ou la présence de manifestations suspectes d'un processus hallucinatoire ou délirant, les capacités intellectuelles de l'expertisé, etc. Il est ici intéressant de constater que les capacités intellectuelles font partie des éléments de base à examiner dans le chef de l'expertisé, mais que la WAIS n'est pas systématiquement utilisée à ces fins. En effet, dans les rapports d'expertise mentionnant les capacités intellectuelles, dix rapports n'utilisent pas la WAIS et les experts ont donc déterminé les capacités intellectuelles via un jugement clinique que nous estimons comme non justifié.

Exemples :

- (1) *Les capacités intellectuelles semblent s'étaler de moyen à faible.*
- (2) *Les capacités intellectuelles sont situées dans la norme, mais dans la moyenne inférieure.*
- (3) *Le contact et les modalités de réponses révèlent des capacités intellectuelles très faibles, le vocabulaire et la grammaire évoquent un âge mental inférieur à l'âge chronologique.*

On peut constater qu'effectivement, les conclusions sur les capacités intellectuelles des expertisés semblent injustifiées. Le troisième exemple est un peu plus justifié que les deux autres, néanmoins le lecteur n'a pas connaissance des réponses données par l'expertisé. L'expert aurait pu citer quelques réponses données par l'expertisé afin que la conclusion soit plus justifiée et que le lecteur puisse se faire une idée des réponses données. Nous avons également constaté que le modèle le plus utilisé par les psychiatres pour leur examen psychiatrique est le modèle psychanalytique. Ce modèle, très connu et très utilisé en psychologie clinique, « trouve son origine dans les théories influentes de Sigmund Freud²⁸⁷ », et son noyau consiste en « un ensemble d'hypothèses sur la nature humaine²⁸⁸ ». Ce modèle psychologique « prend position sur la nature du comportement (psychologie générale), sur la manière dont le comportement peut dériver (psychopathologie) et sur la manière dont l'anormalité peut être prévenue ou corrigée²⁸⁹ ». Ceci explique probablement pourquoi le modèle psychanalytique est le modèle privilégié lors d'expertises médico-légales, malgré le fait qu'il fasse l'objet de nombreuses controverses. Ces controverses sont « d'une part, [que] la théorisation psychanalytique [...] rend justice à la complexité du sujet. D'autre part, [que] le processus peut [...] sembler arbitraire²⁹⁰ ». Il nous semble que ce modèle est privilégié dans le cadre d'expertises légales, car une idée dominante en psychanalyse « est celle de l'inconscient dynamique. Selon Freud et les théoriciens de la psychanalyse qui ont suivi, il existe une activité mentale importante dont nous ne sommes pas conscients²⁹¹ ». C'est donc l'inconscient pouvant guider nos actions, sans que nous en sommes conscients, surtout souffrant d'une psychopathologie, qui est mise en avant par les psychanalystes. On comprend dès lors pourquoi c'est le modèle le plus communément utilisé lors d'expertises

²⁸⁷ PETERSON C., « Psychological Approaches to Mental Illness », In SCHEID T.L., BROWN T.N., *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge 2010, p.90.

²⁸⁸ Ibid.

²⁸⁹ Ibid.

²⁹⁰ Ibid., p.91.

²⁹¹ Ibid., p.92.

psychiatriques médico-légales, au sein desquelles le but est de comprendre comment l'intéressé a pu passer à l'acte et s'il était doté ou non de conscience morbide au moment des faits. Il nous semble également important de mentionner que nous posons l'hypothèse que le fait que les antécédents biographiques de l'expertisé ont été récoltés dans 97% des rapports d'expertise de l'échantillon est intimement lié à un aspect important du modèle psychanalytique qui met « l'accent sur les événements et les occurrences survenus tôt dans la vie qui affectent le fonctionnement de l'adulte²⁹² ».

Une autre problématique que nous avons rencontrée lors de l'analyse de l'échantillon est que l'atténuation ou « la disparition clinique des symptômes délirants et dissociatifs²⁹³ » du trouble dans le chef de l'expertisé à cause de la médication administrée avant l'expertise en annexe psychiatrique semble perturber les experts. Dans 20% des rapports d'expertises les experts ont partagé leur doute sur les symptômes fortement atténués ou disparus liés à la médication. Ainsi nous avons constaté qu'en découlent des incertitudes sur la présence des symptômes lors du passage à l'acte et des diagnostics vagues.

Nous avons vu dans la première partie de ce présent travail, que le rapport d'expertise doit être structuré de manière à ce « que le lecteur puisse suivre clairement le fil du raisonnement de l'expert²⁹⁴ ». Ce qui nous semble être plus inquiétant que le fait de ne pas forcément suivre la structure recommandée par l'Arrêt Royal de 2018, c'est qu'il n'est pas rare que des éléments se retrouvent à des endroits différents dans le rapport d'expertise. Nous avons déjà constaté que, par exemple, les éléments de l'examen somatique sont souvent repris dans la section de l'examen psychiatrique et que les informations sur le déroulement de la naissance de l'expertisé peuvent se trouver dans la rubrique biographique comme dans celle des antécédents médico-chirurgicaux.

Il semblerait que la conclusion soit la seule partie du rapport d'expertise psychiatrique sur laquelle il y a un consensus tant au niveau de la structure que du contenu.

²⁹² PETERSON C., « Psychological Approaches to Mental Illness », In SCHEID T.L., BROWN T.N., *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge 2010, p.91.

²⁹³ BÉNEZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, p.53.

²⁹⁴ MORMONT C., « Déontologie et spécificités de l'expertise psychologique », *Lus et Actores : Revue des Acteurs de la Justice*, 3/2015, p.28.

Dans le *Chapitre 3 : L'utilisation des outils d'évaluation structurés* nous avons pu nous rendre compte que nos résultats reflètent ce qui est prôné dans la littérature. Ce sont les experts psychologues, qui dans le cadre d'un collège, « tendent à davantage recourir à des outils d'évaluation structurés²⁹⁵ » et les experts « psychiatres recourent plus souvent à l'évaluation clinique²⁹⁶ ».

Nous avons également constaté, que les outils les plus utilisés étaient le Psychodiagnostik de Rorschach, le M.M.P.I, la WAIS ainsi que la VRAG.

Le Psychodiagnostik de Rorschach a été utilisé à 15 reprises et ce uniquement par des psychologues. Il est donc l'outil d'évaluation le plus utilisé dans notre échantillon et mérite, comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à l'encrage théorique, cette position. Effectivement, cet outil est primordial « dans le cadre d'une situation ponctuelle telle que l'expertise judiciaire²⁹⁷ » où l'une des missions de l'expert est de déterminer si le trouble mental existant lors de la commission des faits l'est toujours lors de l'examen psychiatrique. De plus, de nombreux points forts sont attribués au Rorschach : le fait de « statuer sur la présence éventuelle de troubles du caractère ou d'une psychopathologie, indépendamment de signes cliniques manifestes²⁹⁸ », ainsi que ses résultats fiables (comme l'ont démontré les études de Benjamin et Ebaugh (1938)²⁹⁹ et Brussel et Hitch (1942)³⁰⁰.

Wood et al. (2000) estiment que le Minnesota Multiphasic Personality Inventory est moins coûteux et semble être « tout aussi, voir plus fiable³⁰¹ » en vue d'un diagnostic de schizophrénie que le test de Rorschach. Le test de Rorschach serait, selon eux, fiable pour l'identification d'un diagnostic de schizophrénie, mais il existerait des possibilités plus faciles et moins coûteuses. Se pose donc ici l'hypothèse si cela serait la raison pour laquelle le M.M.P.I se trouve en deuxième place des outils d'évaluation les plus utilisés

²⁹⁵ VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 894.

²⁹⁶ Ibid.

²⁹⁷ DUFLOT C., « Rorschach et expertise judiciaire. L'imncesté, approche d'un groupe familial », In : VILLERBU L.M., VIAUX J-L., *Expertise Psychologique, Psychopathologie et Méthodologie*, L'Hartmann, Paris, 2016, p.199.

²⁹⁸ DEBROUX P., RICHELLE J., DE NOOSE L., MALEMPRÉ M., *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*, p.20.

²⁹⁹ In : GARFIELD S.L., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, p.387.

³⁰⁰ GARFIELD S.L., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, p.387.

³⁰¹ WOOD J.M., LILIENFELD S.O., HOWARD N.G., NEZWORSKI M.T., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis : A Critical Review, with a Beckward Look at Garfield (1947) », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, pp.398.

dans notre échantillon. Ceci ne reste néanmoins qu'une hypothèse vu que la littérature définit le M.M.P.I, nous l'avons déjà mentionné dans la première partie de ce travail, comme étant « l'outil le plus largement utilisé pour la mesure de la psychopathologie³⁰² » et permettant une mesure valide des « facteurs [...] qui sont pertinents pour la question psycho-légale³⁰³ ». De plus, le M.M.P.I est l'outil de référence pour faire face au problème bien connu des experts psychiatres et / ou psychologues devant faire face à des personnes voulant simuler un trouble mental afin de bénéficier de la mesure d'internement. Dans ce contexte, les experts doivent « prêter une attention particulière au style de réponse ou à l'ensemble des "tests" des candidats, dont l'implication dans le processus d'évaluation est toujours dans le contexte d'une procédure légale³⁰⁴ ». Le M.M.P.I permet justement, comme nous l'avons déjà expliqué dans la Section 3 du Chapitre 6 portant sur les outils d'évaluation, de la première partie de ce travail, de voir si une personne essaye de simuler la présence d'un trouble psychopathologique lors d'un examen expertal. À ce stade, nous tenons à préciser que dans trois expertises de notre échantillon une suspicion de simulation des troubles a été exprimée par l'expert psychiatre :

Exemple :

Il n'y a pas d'exclusion que les troubles soient simulés à des fins utilitaires (probablement pour l'obtention du statut de réfugié).

Malgré le fait que le M.M.P.I fait partie des outils les plus utilisés dans l'échantillon, il ne fut pas systématiquement utilisé en cas de doute d'une simulation de trouble. Se pose alors la question : pourquoi, en cas de doute, les experts n'ont-ils pas eu recours au M.M.P.I ?

En ce qui concerne la WAIS, la littérature souligne des points positifs tels que sa diversité de sous-tests, la « fiabilité et la validité de cet instrument³⁰⁵ » ainsi que l'administration facile du test. Néanmoins, à l'opposé d'autres auteurs, Ryan et Schnakenberg-Ott (2003) dénoncent que « les erreurs de notation sont fréquentes et nuisent à la précision des QI et des indices de la WAIS-III³⁰⁶ ». Les critiques portées

³⁰² OTTO R.K., « Use of MMPI-2 in Forensic Settings », *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2/2002, p.72.

³⁰³ Ibid., p.73.

³⁰⁴ Ibid., p.84.

³⁰⁵ SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, p.131.

³⁰⁶ SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, p.156.

quant aux erreurs faites par les experts lors de l'évaluation de la WAIS n'ont pu être vérifiées au cours de ce travail. Une analyse plus profonde consacrée uniquement à cet outil devrait être menée afin d'y voir plus clair.

Nous avons vu, dans le quatrième chapitre portant sur l'évaluation du risque dans les expertises légales, que le concept de dangerosité a été remplacé par l'évaluation du risque de récidive. Au total la dangerosité n'a été évoquée qu'à huit reprises dans les expertises de l'échantillon. Nous retenons également que 86,67% des évaluations du risque de récidive ont été faites sans que les experts psychiatres n'aient eu recours à des outils d'évaluation standardisés. Dans 26,67 % des rapports d'expertise, aucune évaluation à proprement parler, n'a été faite pour évaluer le risque de récidive. Lors d'évaluations cliniques non structurées, nous avons pu observer, que les experts ne donnent, en général, pas beaucoup de détails sur leur évaluation clinique. Il nous semble donc légitime de dire que les conclusions et justifications du risque de récidive sont très maigres dans le cadre d'une évaluation psychiatrique non structurée. C'est ici que nous rejoignons l'avis de Vicenzutto et al. (2019) qu'« à l'heure actuelle, l'implémentation d'une évaluation structurée du risque de récidive apparaît [...] essentielle³⁰⁷ ». On ne peut continuer à tolérer des manières de faire aléatoires en ce qui concerne l'évaluation du risque de récidive. Un canevas strict devrait être défini afin que chaque expert donne le même degré d'informations sur le cheminement qui l'a amené à sa conclusion. Il devrait y avoir une cohérence dans la présentation du risque de récidive dans les expertises, et le fait que les experts mentionnent simplement que l'élément du risque de récidive demandé par la loi est présent, sans aucune autre explication, ne devrait pas être toléré. De plus, Baratta et al. (2012) ont comparé, dans un échantillon d'expertises, les évaluations du risque de récidive qui émanent d'un instrument actuariel, comme la VRAG ou la SORAG. En l'occurrence, « la concordance entre ces deux types d'évaluation du risque de récidive est retrouvée dans 45 % des cas. Les 55 % de cas retrouvant une distorsion entre les deux types d'évaluation³⁰⁸ ». Il y a donc un écart considérable entre les deux méthodes. Le plus souvent, l'écart est lié à une « sous-estimation du risque de récidive par la clinique³⁰⁹ ».

³⁰⁷ VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 895.

³⁰⁸ BARATTA A., MORALI A., HALLEGUEN O., « La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle », *Annales Médico-Psychologiques*, 170/2012, p.97.

³⁰⁹ BARATTA A., MORALI A., HALLEGUEN O., « La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle », *Annales Médico-Psychologiques*, 170/2012, p.98.

Baratta et al. (2012) critiquent également la mésestimation de l'évaluation clinique non structurée. En effet, « les expertises concluent très souvent à un “risque de récidive existant”³¹⁰ ». Cette notion imprécise ne donne pas accès au degré de risque de récidive. On ne sait donc pas s'il s'agit d'un risque de récidive élevé ou faible. Comme on vient de le démontrer, le jugement clinique non structuré peut être critiqué à différents niveaux et, il est curieux de constater que, malgré le fait que la mission de l'expert prête de plus en plus d'attention à la prédiction du risque de récidive, les experts manquent de fournir des justifications et des explications comme pour les diagnostics ainsi que pour les conclusions portant sur l'irresponsabilité pénale.

La VRAG, nous l'avons constaté, a obtenu la quatrième place des outils les plus utilisés dans notre échantillon. Il est important de souligner que la VRAG n'a uniquement été utilisée par les psychiatres, contrairement à la tendance générale qui est que ce sont surtout les psychologues qui utilisent des outils standardisés lors de collèges. Nous tenons également à préciser que la VRAG ne fut utilisée que huit fois en total, et que nous estimons que les experts devraient y avoir recours plus souvent pour plusieurs raisons. Premièrement, il s'agit d'un outil dont « la précision prédictive [varie de] modérée à importante³¹¹ ». Ensuite, les scores de la VRAG ont été estimés plus fiables que ceux d'autres échelles d'évaluations par Kröner et al. (2007). Enfin, la VRAG est « le seul instrument basé sur des facteurs de risque déterminés empiriquement³¹² », et elle contient des éléments ayant une grande précision prédictive qui « ne sont pas inclus dans d'autres instruments d'évaluation du risque³¹³ ». Nous soulignons néanmoins que la VRAG ne devrait « être utilisée qu'avec des réserves pour les femmes³¹⁴ » vu que son échantillon ne comprend que des délinquants de sexe masculin. De plus, nous encourageons, suite à la recherche de Van Heesch et al. (2006), que des recherches supplémentaires devraient être menées avec un échantillon de patients psychiatriques en Belgique. En outre, nous avons vu que dans les cas dans lesquels la VRAG fut utilisée, le rapport des items ne figurait pas en annexe du rapport. Nous tenons à préciser que ceci est également vrai pour quasi tous les testings psychologiques qui ont été effectués. Nous posons l'hypothèse que

³¹⁰ Ibid.

³¹¹ VAN HEESCH B., JEANDARME I., POULS C., VERVAEKE G., « Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders », *Psychology, Crime & Law*, 22/2016, n°6, p.530.

³¹² KRÖNER C., STADTLAND C., EIDT M., NEDOPIL N., « The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17/2007, p.97.

³¹³ Ibid.

³¹⁴ RETTENBERGER M., VON FRANQUÉ F., *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*, p.142.

les copies des évaluations ne figurent pas en pièce jointe, car les experts estiment que les juridictions ne savent de toute façon pas en déduire quelque chose de concret. Ne fût-ce que pour prouver que les conclusions n'ont pas été faites aléatoirement, nous sommes d'avis qu'il serait approprié de joindre les évaluations au dossier d'expertise. De plus, nous le précisons, il ne s'agit que d'une hypothèse. Pour répondre avec certitude à la question *pourquoi les évaluations ne figurent pas dans l'annexe des rapports psychiatriques ?* on aurait dû mener des entretiens avec divers psychiatres. Nous tenons également à préciser que dans trois dossiers d'expertise les évaluations des testings étaient mises en annexe, mais celles-ci étaient illisibles. Il semble donc important de préciser que si les experts en viendraient à joindre de manière systématique leurs évaluations des testings, celles-ci devront être lisibles.

Dans le *Chapitre 5 : Comment les experts psychiatres se justifient-ils ?* nous nous sommes rendus compte que nos résultats rejoignent ce qu'on trouve dans la littérature : une « absence de rigueur de la clinique de l'abolition du discernement³¹⁵ ». Le manque de justifications, que ce soit par rapport à l'irresponsabilité pénale, les risques de récidive ou le diagnostic posé, est un réel problème.

Dans 28 rapports d'expertise de l'échantillon, aucune explication n'a été donnée concernant le diagnostic psychopathologique. L'expert en question donne son diagnostic sans expliquer au lecteur, qui à priori ne s'y connaît pas en psychiatrie, nous le rappelons, la raison pour laquelle ce diagnostic est prononcé. Nous sommes d'avis, que l'expert devrait énoncer les éléments qui lui ont fait prendre cette décision et de donner un minimum d'explications au lecteur afin d'éviter qu'on lui reproche d'avoir diagnostiqué l'intéressé de manière aléatoire et subjective. Nous avons également constaté que le nombre de références faites à des systèmes diagnostiques reconnus, pouvant rassurer les instances de juridiction, est très maigre dans l'échantillon. Effectivement, le DSM ne fut mentionné que dans neuf rapports d'expertise et aucune mention de la CIM-10 ne figure dans notre échantillon. De ce fait on peut conclure que les propos de Vicenzutto et al. (2019), qu'il y aurait une tendance qui aurait émergé chez les experts de « se référer à des systèmes diagnostiques tels que la CIM-10 ou le DSM-IV³¹⁶ » sont erronés.

³¹⁵ SENON J-L., MANZANERA C., « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico-Psychologiques*, 164/2006, p.826.

³¹⁶ VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 893.

En ce qui concerne le noyau de la mission de l'expert psychiatre, la détermination de l'irresponsabilité pénale de l'expertisé, nous avons fait le constat étonnant qu'il n'est pas justifié dans 65% des rapports de l'échantillon. Uniquement cinq rapports ont fourni une justification digne de ce nom suite à la conclusion de l'irresponsabilité pénale de l'intéressé, et dans neuf rapports nous avons pu lire une brève justification. Nous avons fait le constat intéressant qu'à l'opposé des dires de Gillain et al. (2007), qui ont souligné « l'importance de disposer d'un instrument de mesure valide³¹⁷ », dans aucune des expertises de notre échantillon, un instrument fut utilisé pour évaluer ou justifier l'irresponsabilité pénale. D'après nous, justifier la décision d'irresponsabilité pénale est d'une importance primordiale, vu que « dans aucun pays il n'a été possible de lister toutes les pathologies conduisant à priori à une proposition d'abolition du discernement³¹⁸ ». De plus, pour le lecteur il est impossible de comprendre, sans justifications ou d'explications, comment l'expert en est arrivé à la conclusion d'irresponsabilité pénale dans le chef de l'intéressé, sauf s'il s'agit d'un professionnel de la santé mentale qui peut lui-même faire le cheminement de cette conclusion à partir des éléments donnés lors de l'évaluation psychiatrique.

Enfin, nous venons de le voir, au début de cette Section 2, que non seulement l'irresponsabilité pénale de l'expertisé et le diagnostic posé par l'expert peuvent être critiqués comme pas suffisamment justifiés, mais les capacités intellectuelles lors de l'examen psychiatrique sont également déterminés de manière non justifiée et aléatoire. Il s'agit donc d'un réel problème que l'on rencontre dans les expertises psychiatriques légales.

En ce qui concerne les éléments interpellants que nous avons soulevés dans le Chapitre 6, à côté du fait qu'il n'existe aucune cohérence en termes de justifications (nous l'avons vu ci-dessus) et qu'il persiste des incohérences au niveau de la structure des rapports d'expertises légales, un réel non-respect de la méthodologie a pu être constaté. Effectivement, lors de l'analyse de l'échantillon, nous avons constaté que dans chaque rapport d'expertise nous avons été confrontés à du jargon psychiatrique et / ou médical. Les lecteurs du rapport d'expertise psychiatrique, n'ont à priori pas de connaissances dans les domaines psychiatriques, psychologiques ou médicaux. Pour un juge, il est quasiment

³¹⁷ GILLAIN B., MASSON A., DE NAYER A., DELATTE B., PIRSON O., DOMKEN M-A., et al., « Schizophrénie, conscience morbide et antipsychotiques », *Supplément à Neurone*, 12/2007, n°7, p.5.

³¹⁸ BÉNÉZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, p.53.

impossible de comprendre des phrases tels que : *On note un ROT sans particularités et un Romberg négatif*, alors que selon Cheval (2014) les magistrats devraient pouvoir comprendre les rapports d'expertises sans d'éventuels contacts informels explicatifs supplémentaires. Nous avons également constaté que lorsque des outils d'évaluation ont été utilisés, ceux-ci n'ont ni été introduits, ni expliqués. Les lecteurs du rapport d'expertise psychiatrique légale, n'ont, nous l'avons déjà mentionné maintes fois, pas de connaissances psychiatriques et psychologiques, et par conséquent il faut partir de l'hypothèse qu'ils ne connaissent pas les divers outils d'évaluation tels que le Psychodiagnostik de Rorschach, la VRAG ou encore la WAIS. Les dénonciations faites par des avocats dans la littérature, sur le fait que « les propos de l'expert sont inintelligibles³¹⁹ », se révèlent donc être vraies.

Nous avons illustré deux exemples dans lesquels le propos des experts par rapport au physique des expertisés était stigmatisant et péjoratif. Nous rejoignons Senon et al. (2007) dans le fait que l'expert doit éviter de poser des jugements de valeur qui vont au-delà des aspects techniques et cliniques inhérents à sa mission. Il faut ainsi, éviter toute stigmatisation ou jugement de valeur qui n'a aucune place dans le processus d'expertise dans le cadre d'une procédure pénale. « [L]a description des traits de personnalité doit se limiter à une observation clinique objective³²⁰ ».

Le fait de souligner les caractéristiques physiques (comme dans les exemples présentés dans la section 1 et 2 de ce chapitre) et surtout le fait de souligner la présence de tatouages sur le corps de l'expertisé, reflétant selon les experts de l'échantillon un « physique atypique » nous fait penser à la « notion de « type criminel » [qui est] est attachée à Cesare Lombroso (1835-1909) et à sa théorie du « criminel-né » exposée dans [...] *L'homme criminel*³²¹ ». Effectivement, pour Lombroso, considéré comme père fondateur de la criminologie, « le type criminel est un individu atavique et amoral commettant des crimes et délits par nécessité biologique³²² ». On peut « reconnaître le « type criminel » selon « certains traits anatomiques (forte mâchoire, arcades sourcilières proéminentes...), psychologiques (insensibilité à la douleur...) et sociaux (tatouages,

³¹⁹ FERNANDEZ F., LÉZÉ S., STRAUSS H., « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1/2010, n°128-129, pp.181.

³²⁰ SENON J-L., PASCAL J-C., ROSSINELLI G., *Expertise psychiatrique pénale*, John Libbey Eurtotext et Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 2007, p.9.

³²¹ RENNEVILLE M., « Le criminel-né : imposture ou réalité ? », *Criminocorpus (en ligne)*, 2005, §1.

³²² Ibid.

argot...) qui le rapprochent du sauvage³²³ ». Même si la théorie de Lombroso est aujourd'hui fortement critiquée par les criminologues, les anthropologues, les psychiatres, les psychologues etc. comme étant « l'expression d'une accumulation d'exagérations, de préjugés³²⁴ », il semblerait que la psychiatrie contemporaine n'aurait « pas abandonné complètement cette piste³²⁵ » de préjugés.

Nous avons souligné dans la Section 2 du Chapitre 6 s'intéressant aux éléments interpellants que 70% des rapports d'expertise de l'échantillon mentionnaient l'ethnie de l'expertisé. Nous posons l'hypothèse que l'ethnie peut être importante dans le sens où « c'est en psychiatrie que le rôle de la culture dans la définition de ce qui est normal et de ce qui est pathologique se pose de manière aiguë³²⁶ ». De plus, la culture semble « avoir un impact certain sur la manière de traduire et d'expliquer les symptômes³²⁷ ». Nous rappelons qu'il ne s'agit que d'une hypothèse car aucune autre mention à part l'ethnie ne fut donnée par l'expert dans son rapport. Pour avoir une réponse claire il aurait été judicieux de mener des entretiens avec plusieurs experts.

Dernièrement, nous avons relevés deux facteurs de risques que nous estimons être non justifiés et qui semblent être interpellants : le facteur de la bisexualité et du sexe masculin. Aucune explication n'a été donnée par les experts qui ont donné ces éléments comme facteurs de risque qui semblent être déplacés et non pertinents. Ces deux facteurs ne font pas partie des huit principaux facteurs de risque de récidive qui ont été identifiés par Bonta et Andrews (2007)³²⁸. Les quatre facteurs contribuant « le plus à la probabilité d'une récidive sont :

- un passé criminel,
- la fréquentation de pairs ayant des activités délinquantes,
- une attitude favorable à certaines activités délinquantes,
- des troubles de la personnalité dits « antisociaux » (selon les critères du DSM IV)³²⁹ ».

³²³ RENNEVILLE M., « Le criminel-né : imposture ou réalité ? », *Criminocorpus (en ligne)*, 2005, §1.

³²⁴ RENNEVILLE M., « Cesare Lombroso, Criminal Man, traduction et introduction par Mary Gibson et Nicole Hahn Rafter », *Crime, Histoire & Sociétés (en ligne)*, 17/2013, n°17, §1.

³²⁵ RENNEVILLE M., « Le criminel-né : imposture ou réalité ? », *Criminocorpus (en ligne)*, 2005, §10.

³²⁶ DEMBRI A.N., COSTI T., SANCHEZ M.A., « L'impact de la dimension culturelle en évaluation et en intervention psychiatriques et légales », *Psychiatrie et violence*, 1/2000, p.3.

³²⁷ Ibid.

³²⁸ In : CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE., « Fiche 4 : Les facteurs de risque, de protection et de désistance », p.121.

³²⁹ CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE., « Fiche 4 : Les facteurs de risque, de protection et de désistance », p.121.

D'autres facteurs tels que la consommation d'alcool et de drogues par exemple contribuent également au risque de récidive. Force est de constater qu'aucune mention n'est faite du sexe masculin ni de la bisexualité comme facteur de risque de récidive.

Nous tenons à préciser qu'il n'y a pas de divergences significatives entre les expertises de 2018, 2019 et 2020. Le seul point que nous retenons ici concerne la structure des rapports d'expertises. Ce n'est qu'en 2018 que nous avons trouvé trois expertises rédigées de manière à n'avoir aucune structure.

Section 3 : Tentative d'une formulation de solutions

Nous l'avons vu, l'atténuation ou « la disparition clinique des symptômes délirants et dissociatifs de la période floride des troubles³³⁰ » suite à l'administration d'antipsychotiques ou de neuroleptiques, lors de la mise en observation de l'intéressé en annexe psychiatrique, peut déstabiliser les experts. Dans notre échantillon, ce problème a surtout été ressenti au niveau des diagnostics qui étaient flous. Vu que tous les rapports d'expertise de notre échantillon mènent à la prononciation d'une mesure d'internement, la gravité de ce phénomène n'a pas pu être mesurée. Mais il nous semble important de mentionner qu'il y a un réel risque en imposant aux experts d'évaluer l'état mental antérieur à la prise de médication d'une personne. Ceci peut les induire en erreur et leur faire « croire que les violences ont été accomplies pour des motifs rationnels, utilitaires, en dehors d'une dynamique psychopathologique³³¹ ».

De manière générale, nous suivons l'avis de Bénézech (2001) qui est que pour améliorer la qualité ainsi que la pertinence des expertises psychiatriques au pénal, on devrait modifier la procédure pénale. En modifiant la procédure pénale, et par conséquent en plaçant l'expertise psychiatrique légale à un moment antérieur à la mise en observation et à l'administration d'un traitement médicamenteux, on s'assurerait que l'expert ait une vision plus claire de l'état mental de l'intéressé.

En ce qui concerne les critiques matérielles, notamment celles qui émanent de la magistrature, on reproche souvent aux expertises d'être « rédigées à la hâte³³² ». Les éléments d'un manque de justifications et d'une structure n'étant pas toujours cohérents

³³⁰ BÉNÉZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, p.53.

³³¹ Ibid.

³³² SENON J-L., MANZANERA C., « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico-Psychologiques*, 164/2006, p.826.

pourraient peut-être s'expliquer par un manque de temps. L'instauration d'une équipe pluridisciplinaire, afin de répondre aux missions de l'expertise, permettrait de disposer de plus de temps pour les différentes sections de l'expertise. Disposer de plus de temps permettrait d'analyser plus profondément les différentes sections, de ne pas rédiger les rapports d'expertise à l'arrache et par conséquent avoir une belle structure cohérente et prendre le temps de justifier les conclusions posées. Plus de Collèges devraient avoir lieu, afin de garantir un recours systématique à des outils d'évaluation par les psychologues pour éviter l'arbitrage des évaluations psychiatriques et pour rassurer les juridictions. Une des critiques récurrentes dans le cadre des expertises psychiatriques légales est le fait « de conclure sur base d'hypothèses personnelles et de considérations psychanalytiques aux dépens de constatations cliniques objectives³³³ ». De plus, le risque de récidive, en dehors de l'évaluation actuarielle pouvant être effectuée par les experts psychologues, pourrait être cédé à un criminologue pouvant effectuer le risque criminologique et social de la récidive. On peut également poser l'hypothèse que si on instaure une équipe pluridisciplinaire, alors la problématique liée au jargon sera amoindrie vue que les membres de cette équipe pluridisciplinaire ne proviendront pas tous du domaine de la psychiatrie.

³³³ COMBALBERT A., *L'expertise Psychocriminologique*, Paris, Armand Collin, 2010, p.25.

Conclusion

Arrivés au terme de ce mémoire traitant les expertises psychiatriques médico-légales, force est de constater que ces dernières méritent encore de nos jours, de faire l'objet de multiples controverses malgré les avancées dans le domaine de la psychiatrie. Le constat de la réalité du terrain est alarmant. L'expertise psychiatrique médico-légale, vu son « histoire relativement récente [...] doit nécessairement évoluer³³⁴ ».

De nombreux points relevés dans ce travail nous laissent perplexes : un manque de cohérence et de rigueur dans la structure et le contenu des rapports d'expertises, une méthodologie non respectée, un jargon trop fortement présent, une présence de préjugés et stigmatisations renvoyant directement à l'ère de Cesare Lombroso. Nous estimons, que le point le plus important semble être celui d'un réel manque de justification en ce qui concerne les diagnostics et les missions clés de l'expert définies par la Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement: déterminer l'irresponsabilité pénale et les risques de récidive.

Effectivement, nous avons fait le constat interpellant que dans 65% des rapports d'expertise de notre échantillon, l'irresponsabilité pénale ne fut pas justifiée. De plus, uniquement cinq rapports ont fourni une justification digne de ce nom et dans neuf rapports nous avons pu lire qu'une brève justification. À l'opposé des dires de Gillain et al. (2007), qui prônent « l'importance de disposer d'un instrument de mesure valide³³⁵ », dans aucune des expertises de notre échantillon un instrument fut utilisé pour évaluer ou justifier l'irresponsabilité pénale. D'après nous, justifier la décision d'irresponsabilités pénale est d'une importance primordiale, vu que « dans aucun pays il n'a été possible de lister toutes les pathologies conduisant à priori à une proposition d'abolition du discernement³³⁶ ». En ce sens, nous soulignons « l'importance de disposer d'un instrument de mesure valide³³⁷ ».

En ce qui concerne le risque de récidive, dans un peu plus d'un quart de nos expertises de l'échantillon aucune évaluation à proprement parler, n'a été faite pour évaluer le risque de récidive. Lors d'évaluations cliniques non structurées, nous avons conclu qu'il semble légitime de dire que les conclusions et justifications du risque de récidive sont très

³³⁴ COMBALBERT A., *L'expertise Psychocriminologique*, Paris, Armand Collin, 2010, p.26.

³³⁵ GILLAIN B., MASSON A., DE NAYER A., DELATTE B., PIRSON O., DOMKEN M-A., et al., « Schizophrénie, conscience morbide et antipsychotiques », *Supplément à Neurone*, 12/2007, n°7, p.5.

³³⁶ BÉNEZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, p.53.

³³⁷ GILLAIN B., MASSON A., DE NAYER A., DELATTE B., PIRSON O., DOMKEN M-A., et al., « Schizophrénie, conscience morbide et antipsychotiques », *Supplément à Neurone*, 12/2007, n°7, p.5.

maigres. Effectivement, « les expertises concluent très souvent à un “risque de récidive existant“. Cette notion imprécise³³⁸ » ne donne pas accès au degré de risque de récidive. Nous rejoignons amplement l’avis de Vicenzutto et al. (2019) qu’« à l’heure actuelle, l’implémentation d’une évaluation structurée du risque de récidive apparaît [...] essentielle³³⁹ ».

On ne peut continuer à tolérer des manières de faire aléatoires en ce qui concerne les points essentielles de la Loi du 5 mai 2014 relative à l’internement. Un canevas strict devrait être défini afin que chaque expert donne le même degré d’informations sur le cheminement qui l’a amené à sa conclusion concernant l’irresponsabilité pénale et le risque de récidive.

Vu les nombreux points de critique relevés il nous semble légitime de confirmer que « la qualité de l’expertise ne découle pas automatiquement du statut d’expert défini par la loi³⁴⁰ ».

Il est curieux de constater que, malgré le manque de rigueur et de justification que nous avons relevé de la part des experts psychiatres, il y a eu lieu d’une prononciation d’une mesure d’internement par les juridictions (vu que les expertises de l’échantillon émanent du Tribunal d’Application des Peines de Liège). On peut donc légitimement se poser la question du bien-fondé de l’expertise psychiatrique légale telle qu’elle se présente actuellement.

Nous rejoignons les dires de Combalbert (2010) qu’« il apparaît que les psychiatres recourent plus souvent à l’évaluation clinique, alors que les psychologues tendent à davantage recourir à des outils d’évaluation structurée³⁴¹ ». C’est pour cette raison que nous sommes d’avis que plus de Collèges devraient avoir lieu, afin de garantir un recours systématique à des outils d’évaluation par les psychologues pour éviter l’arbitrage des évaluations psychiatriques et pour rassurer les juridictions. De fait, les experts psychologues ont des compétences « qui sont recherchées par les magistrats : [...] des

³³⁸ BARATTA A., MORALI A., HALLEGUEN O., « La vérité sur l’expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle », *Annales Médico-Psychologiques*, 170/2012, p.98.

³³⁹ VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d’expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, p. 895.

³⁴⁰ MORMONT C., « L’expertise psychologique : quelques réflexions », in : *Théories et Pratiques de l’expertise*, Liège, Georges de Laval, 2017, p.225.

³⁴¹ COMBALBERT A., *L’expertise Psychocriminologique*, Paris, Armand Collin, 2010, p.26.

compétences en matière de testing psychologique³⁴² ». De plus, nous avons vu que la littérature reproche souvent aux expertises d'être « rédigées à la hâte³⁴³ ». Nous rejoignons ce reproche dans le sens où nos les éléments d'un manque de justifications et d'une structure n'étant pas toujours cohérente pourraient peut-être s'expliquer par un manque de temps. L'instauration d'une équipe pluridisciplinaire, afin de répondre aux missions de l'expertise, permettrait de disposer de plus de temps afin d'analyser plus profondément les différentes sections des rapports d'expertise, de ne pas les rédiger à l'arrache. En découlerait une structure et un contenu plus cohérent et des conclusions plus amplement justifiés. Enfin, nous avons vu que s'est opéré un glissement de compétences dans le chef de l'expert psychiatre : on est passé de « l'évaluation de la dangerosité psychiatrique (due à un délire ou des hallucinations) à la dangerosité criminologique (apprécier les facteurs de risque de récidive)³⁴⁴ », se trouvant hors de son champ de compétences. De ce fait, la proposition d'une équipe pluridisciplinaire nous semble d'autant plus pertinente.

Quoi qu'il en soit, l'expertise psychiatrique était, est, et sera toujours un processus complexe vu la complexité de l'être humain, de la maladie mentale et du travail psychiatrique qui en découle. Afin de trouver une certaine sérénité avec le monde judiciaire et la population générale, des améliorations semblent indispensables dans le cadre du processus de l'expertise psychiatrique légale.

Il nous semble important de souligner à nouveau que cette analyse a été compliquée par notre manque de bagage en psychologie (légale, clinique etc.). Nous avons essayé de mobiliser au mieux nos connaissances acquises lors de ce Master en Criminologie à finalité spécialisée de l'intervention dans ce domaine ainsi que de la littérature scientifique à ce sujet.

³⁴² CARTUYVELS Y., CHAMETIERS B., WYVEKENS A., « L'expertise psychiatrique et la décision judiciaire », In : *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, OpenEdition Books (en ligne), 2010§20.

³⁴³ SENON J-L., MANZANERA C., « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico-Psychologiques*, 164/2006, p.826.

³⁴⁴ ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012, p.18.

Annexe A : Tableau reprenant tous les outils d'évaluation utilisés dans l'échantillon

Tableau reprenant le nombre d'utilisations des différents outils d'évaluation par les psychiatres et psychologues dans l'échantillon étudié :

Outils d'évaluation les plus utilisés dans l'échantillon :	2018 :		2019 :		2020 :		Totalité d'utilisations d'un outil donné :
	Psychologue	Psychiatre	Psychologue	Psychiatre	Psychologue	Psychiatre	
SPM + ³⁴⁵	1		1				2
STAI de Spielberger ³⁴⁶	2		2				4
FAM ³⁴⁷	1		1				2
AMPD 4&5 ³⁴⁸	1		1				2
Échelle PSKB ³⁴⁹	1		1				2
Liste négative de Rösler	1		1				2
Psychodiagnostic de Rorschach	4	0	4	0	7	0	15
WAIS-III³⁵⁰	1	0	2	0	6	1	10
WAIS-IV	1		1				2
DSM V (Mini / SCL R90 de Derogatis)	1		1		2		4
Inventaire IPDE : DSM IV & ICD-10	1		1		1		3
YSQ-L2/SQ2 ³⁵¹	1		1		2	2	6
VRAG³⁵²	0	3	0	3	0	2	8
HCR-20		1		1		2	4
M.M.P.I³⁵³	2	0	3	1	3	2	11

³⁴⁵ Épreuve d'Intelligence Générale Standard Progressive Matrices Plus

³⁴⁶ Inventaire d'Anxiété État

³⁴⁷ Inventaire Multiphasique de Fischesingbauer

³⁴⁸ Échelle Psychopathologique et Somatique de l'Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie

³⁴⁹ Échelle PSKB du système de documentation HOMDOK

³⁵⁰ Échelle d'intelligence pour Adultes de Wechsler, Version 3

³⁵¹ Schémas de YOUNG

³⁵² Violence Risk Appraisal Guide

³⁵³ Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Inventaire de dépression de Beck	1		1			2
Échelle d'estime de soi	1		1			2
Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items	1		1			2
BIS-11 ³⁵⁴	1		1			2
AUDIT ³⁵⁵	1		1			2
DSM -IV		1			1	2
SORAG ³⁵⁶		1		1	1	3
TAT ³⁵⁷	1				5	6
Échelle de dépression de Hamilton					1	1
Échelle d'anxiété de Hamilton					1	1
Static99-R						2
SADS-L ³⁵⁸						1
PDE ³⁵⁹						1
Test de couleurs de Stroop					1	1
Test de Hyling de Burgess et Shallice					1	1
Trail Making Test					1	1
Test des fluencs verbales					1	1
PM38 ³⁶⁰					1	1
Totalité d'utilisations d'outils dans une année donnée :	24	8	25	6	34	13

³⁵⁴ Échelle d'impulsivité de Barratt

³⁵⁵ Alcohol Use Disorders Identification Test

³⁵⁶ Sex Offender Risk Appraisal Guide

³⁵⁷ Thematic Aperception Test

³⁵⁸ Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

³⁵⁹ International Personality disorder Examination

³⁶⁰ Progressive Matrices de Raven

Bibliographie :

Ouvrages et articles :

ARCHAMBAULT Y., *L'expertise Psychiatrique. Face à la dangerosité et à la récidive des criminels*, Paris, Odile Jacob, 2012.

BARATTA A., MORALI A., HALLEGUEN O., « La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle », *Annales Médico-Psychologiques*, 170/2012, pp.96-98.

BASECQZ C.N., « La loi du 5 mai 2014 : un meilleur cadre légal pour l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », In : BEERNAERT M-A., *Actualités du droit pénal*, collection Recyclage en droit, Anthemis, Limal, 2015, p. 153-212.

BÉNÉZECH M., *Introduction à l'étude de la dangerosité. Rapport pour les 13^e rencontres nationales des services médico-psychologiques régionaux et unités malades difficiles ayant pour thème « les dangerosités »*, Centre Chaillot-Galliera, Paris, 2001.

BÉNÉZECH M., « folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 168/2010, pp.48-56.

BENJAMIN J.D., EBAUGH F.G., « The diagnostic validity of the Rorschach test », *American Journal of Psychiatry*, 94/1938, pp.1163-1178.

BEN-PORATH Y., GRAHAM J.R., HALL G.C.N., HIRSCHMAN R.D., ZARAGOZA M.S., *Forensic Applications of the MMPI-2*, Volume 2, Sage Publications, London, 1995.

BORNSTEIN R.F., « Clinical Utility of the Rorschach Inblot Method : Reframing the Debate », *Journal of Personality Assessment*, 77/2001, n°1, pp.39-47.

BOSLY H.D., BASECQZ C.N., « La nouvelle loi belge relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », in *Actes du colloque international organisé à La Roche sur Yon par l'I.C.E.S. les 15 et 16 février 2008, ayant pour thème : « Regards croisés sur l'irresponsabilité pénale: droit, santé, cultures »*, Cujas, Paris, 2009.

BOSLY H., VANDERMEERSCH D., BEERNAERT M.-A., *Droit de la procédure pénale*, La Chartre, Brugge, 2010.

BROULETTE-ALARIE S., PROULX J., BENBOURICHE M., « Mieux saisir les outils actuariels : une analyse factorielle de la Static-99 », *Criminologie*, 46/2013, n°1, pp.199- 219.

BRUSSEL J.A., HITCH K.S., « The Rorschach method and its uses in military psychiatry », *The Psychiatric Quarterly*, 16/1942, pp.3-29.

BUTCHER J.N., GRAHAM J.R., WILLIAMS C.L., BEN-PORATH Y., *MMPI-2 monograph series. Development and use of the MMPI-2 Content Scales*. University of Minnesota Press, 1990.

CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., WYVEKENS A., « La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. Une approche empirique », *Déviance et Société*, 34/2010, n°34, pp. 615-645.

CARTUYVELS Y., CHAMETIERS B., WYVEKENS A., « L'expertise psychiatrique et la décision judiciaire », In : *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, OpenEdition Books (en ligne), 2010.

CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., « L'expert psychiatre et le juge face à l'expertise en défense sociale. Entre collaboration et rapports de pouvoir, In : CARTUYVELS Y., GUILLAIN C., TULKENS F., *La peine dans tous ses états. Hommage à Michel van de Kerchove*, Larcier, Bruxelles, 2011, pp.275-293.

CARTUYVELS Y., NEDERLANDT O., BASECQZ N. et VANSIELIETTE F., « De la loi de défense sociale de 1930 à la loi relative à l'internement de 2014 : remarques conclusives », in : *NEDERLANDT O., BASECQZ N., VANSIELIETTE F., et CARTUYVELS Y. (eds), La loi du 5 mai 2014 relative à l'internement : nouvelle loi, nouveaux défis : vers une véritable politique de soins pour les internés ?* Les dossiers de la revue de droit pénal et de criminologie, Vol. 26, La Charte, Bruxelles, 2018, pp.223-273.

CHEVAL P., « Juge et rue. Attentes de lecture, stratégies d'écriture », *Les Cahiers Dynamiques*, 61/2014, pp. 92-100.

COMBALBERT A., *L'expertise Psychocriminologique*, Paris, Armand Collin, 2010.

DANET J., «La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante», *Champ pénal/Pénal field (en ligne)*, Vol. V, 2008.

DAVID M., *L'expertise psychiatrique pénale*, L'Harmattan, Paris, 2006.

DEBROUX P., RICHELLE J., DE NOOSE L., MALEMPRÉ M., *Manuel du test de Rorschach. Approche formelle et psychodynamique*. Groupe De Boeck S.A., 2009 Bruxelles.

DELACRAUSAZ P., GASER J., « La place des instruments d'évaluation du risque de récidive dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale : l'exemple lausannois », *L'information psychiatrique*, 88/2012, n°6, pp.439-443.

DEMBRI A.N., COSTI T., SANCHEZ M.A., « L'impact de la dimension culturelle en évaluation et en intervention psychiatriques et légales », *Psychiatrie et violence*, 1/2000, pp. 1-9.

DEPAGE L., ENGLEBERT J., TITECA P., « L'évaluation du risque de violence. Comment évaluer le risque sans concession sur la primauté de la clinique ? », *Annales Médico-Psychologiques*, 2019, pp. 1-5.

DUFLOT C., « Rorschach et expertise judiciaire. L'inceste, approche d'un groupe familial », In : VILLERBU L.M., VIAUX J-L., *Expertise Psychologique, Psychopathologie et Méthodologie*, L'Hartmann, Paris, 2016, p.199-214.

DUMOULIN L., « Les mises en forme des discours experts, entre technique et juridique : le cas des rapports d'expertise judiciaire », in *Discours d'experts et d'expertise*, Peter Lang, Berne, 2012, pp. 105 à 129.

EMMANUELLI M., « L'Examen Psychologique en Pratique Clinique : Les Apports de la Théorie Psychanalytique », *Le Carnet Psy*, 5/2003, n°82, p.15-17.

EXNER J.E., *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*, Frison-Roche., 2002, Paris.

FERNANDEZ F., LÉZÉ S., STRAUSS H., « Comment évaluer une personne ? L'expertise judiciaire et ses usages moraux », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1/2010, n°128-129, pp.177-204.

GARFIELD S.L., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, pp.387-393.

GILLAIN B., MASSON A., DE NAYER A., DELATTE B., PIRSON O, DOMKEN M-A., et al., « Schizophrénie, conscience morbide et antipsychotiques », *Supplément à Neurone*, 12/2007, n°7, pp.1-12.

GREENE R., *The MMPI-2 : An interpretative manual*, second edition, Allyn and Bacon, Boston, 2000.

HARRIS G.T., RICE M.E., CAMILLERI J.A., « Applying Forensic Actuarial Assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to Nonforensic Patients », *Journal of Interpersonal Violence*, 19/2004, n°9, pp. 1063-1074.

HERMY., « Irresponsabilité Pénale, Évolutions du Concept », *L'Information Psychiatrique*, 85/2009, n°8, 2009, pp. 727-722.

HIDAY V.A., BURNS P.J., « Mental Illness and the Criminal Justice System », In : SCHEID T.L., BROWN T.N., *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge, 2010, pp.478-498.

HIJMAN H.L.I., « A model of aggression in psychiatric hospitals », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106/2002, pp.142-143.

KRÖNER C., STADTLAND C., EIDT M., NEDOPIL N., « The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism », *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17/2007, pp. 89-100.

LASÈGUE L., « De la responsabilité légale », in C. LASÈGUE, *Études médicales*, tome 1, Paris, Asselin, 1884, pp.616-641.

- LASÈGUE C., *Études médicales*, tome 1, Paris, Asselin, 1884.
- LOMBROSO C., *L'homme criminel*, tome I, Paris, 1895.
- LURQUIN P., *Traité de l'expertise en toute matière*, tome I, Bruylant, Bruxelles, 1985.
- MARY P., KAMINSKI D., MAES E. et VANHAMME F., « Le traitement de la “dangerosité” en Belgique : internement et mise à la disposition du gouvernement », *Champ pénal/Pénal field (en ligne)*, Vol. VIII, 2011.
- MEYER G.J., HANDLER L., « The ability of the rorschach to predict subsequent outcome : A meta-analysis of the Rorschach Prognostic Rating Scale ». *Journal of Personality Assessment*, 9/1997, pp.1-38.
- MONAHAN J. *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*, Sage, London, 1981.
- MORMONT C., « Déontologie et spécificités de l'expertise psychologique », *Lus et Actores : Revue des Acteurs de la Justice*, 3/2015, pp. 1-68.
- MORMONT C., « L'expertise psychologique : quelques réflexions », in : *Théories et Pratiques de l'expertise*, Liège, Georges de Laval, 2017, pp. 223-229.
- MORMONT M., « Internés sous les verrous : punis ou soignés ? Du côté de la Belgique », *VST – Vie sociale et traitements*, 2014/4, n° 124, pp. 19-23.
- MONTANDON C., « Actualités bibliographiques : la dangerosité, revue de la littérature anglo-saxonne », *Déviance et Société* 3/1979, pp.89-104.
- MOULIN V., GASSER J., « Intérêt et limites de l'évaluation du risque de récurrence d'actes illégaux dans les expertises psychiatriques », *Revue Médicale Suisse*, 8/2012, pp.1775-1780.
- OTTO R.K., « Use of MMPI-2 in Forensic Settings », *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2/2002, pp.71-91.
- PETERSON C., « Psychological Approaches to Mental Illness », In SCHEID T.L., BROWN T.N., *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*, second edition, Cambridge University Press, Cambridge 2010, p.89-105.
- PHAM T. H., DUCRO C., MARGHEM B., & RÉVEILLÈRE C., « Évaluation du risque de récurrence au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone [Prédiction of recidivism among prison inmates and forensic patients in Belgium] », *Annales Médico Psychologiques*, 10/2005 n°163, pp.842–845.
- PHAM T-H., SALOPPÉ X., BONGAERTS X., et HOEBANX J-L., « L'expertise dans le cadre de la loi de Défense Sociale en Belgique : repères diagnostiques et recommandations », *Annales Médico-Psychologiques*, 165/2007, pp.49-55.

PSYCHOLOGICAL CORPORATION, *Wechsler Adult Intelligence Scale–Third Edition, and Wechsler Memory Scale–Third Edition technical manual*, TX: Author, San Antonio, 1997.

RENNEVILLE M., « Cesare Lombroso, Criminal Man, traduction et introduction par Mary Gibson et Nicole Hahn Rafter », *Crime, Histoire & Sociétés (en ligne)*, 17/2013, n°17.

RETTENBERGER M., VON FRANQUÉ F., *Handbuch kriminalprognostischer Verfahren*, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, 2003.

RETTENBERGER M., EHER R., DESMARAIS S.L., HURDUCAS C., et al. « Kriminalprognosen in der Praxis : Die Ergebnisse des International Risk Surveys (IRiS) aus Deutschland », *Diagnostica, Zeitschrift für Psychologische Diagnostik und Differentielle Psychologie*, 2016, pp. 1-13.

RICE M.E., HARRIS G.T., et LANG C., « Validation of and revision to the VRAG and SORAG: The Violence Risk Appraisal Guide-Revised (VRAG-R) », *Psychological Assessment*, 25/2013 n°3, pp.951–965.

ROGERS R., GILLARD N.D., BERRY D.T-R., GRANACHER JR R.P., « Effectiveness of the MMPI-2-RF Validity Scales for Feigned Mental Disorders and Cognitive Impairment : A Known-Group Study », *Journal of Psychopathological Behavioural Assessment*, 33/2011, pp. 355-367.

ROSSET C., *L'école du réel*, Minuit, Paris, 2008.

RYAN J.J., SCHNAKENBERG-OTT S.D., « Scoring Reliability on the Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition (WAIS-III) », *Assessment*, 10/2003, n°2, pp.151-159.

SEIFERT D., JAHN K., BOLTEN S., WIRTZ M., « Prediction of dangerousness in mentally disordered offenders in Germany », *International Journal of Law and Psychiatry*, 25/2002, pp.51-66.

SENON J-L., MANZANERA C., « Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale », *Annales Médico-Psychologiques*, 164/2006, pp.818-827.

SENON J-L., PASCAL J-C., ROSSINELLI G., *Expertise psychiatrique pénale*, John Libbey Eurtotext et Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 2007.

SHARF A.J., ROGERS R., WILLIAMS M.M., HENRY S.A., « The Effectiveness of the MMPI-2-RF in Detecting Feigned Mental Disorders and Cognitive Deficits : a Meta-Analysis », *Journal of Psychopathological Behavioural Assessment*, 39/2017, pp.441-455.

SILVA M.A., « Development of the WAIS-III : A Brief Overview, History, and Description », *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1/2008, pp. 117-135.

SJÖSTEDT G., LÅNGSTRÖM N., « Assessment of risk for criminal recidivism among rapists: A comparison of four different measures », *Psychology, Crime and Law*, 8/2002 n°1, pp.25–40.

STEADMAN H.J., COCOZZA J.J., « The failure of psychiatric predictions of dangerousness clear and convincing evidence », *Rutgers Law Review*, 29/1976, pp.1084-1101.

THYS P., KORN M., « A propos de l'expertise pénale : analyse d'une cohorte d'expertises psychiatriques concluant à l'irresponsabilité », *Déviance & Société*, 16/1992, n° 4, pp. 333-348.

TRÉPOS J.-Y., *La sociologie de l'expertise*, Presses Universitaires de France, Paris, 1996.

TULSKY D.S., ZHU J., PRIFITERA A., « Assessment of Adult Intelligence With the WAIS-III », in : GOLDSTEIN G., HERSEN M., *Handbook of Psychological Assessment*, third edition, Elsevier Science Ltd., Oxford, 2000, pp.97-130.

VAN CAMPENHOUDT L., QUIVY R., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 2011.

VAN DE KERCHOVE M., « Discours juridique et discours psychiatrique », *Droit et Société*, 3/1986, p.279-302.

VAN DE KERCHOVE M., « En guise d'introduction », in *Malades mentaux, Justice et Liberté. Renverser l'entonnoir ? (sous la dir. de LIGUE BRUXELLOISE FRANCOPHONE POUR LA SANTÉ MENTALE)*, *Mental'idées*, n° 17, Bruxelles, 2012, pp. 5-10.

VAN GIJSEGHEM H., « L'expert témoin... de l'état de la science », *Journal du droit des jeunes*, n° 246/2005, pp. 29-30.

VAN HEESCH B., JEANDARME I., POULS C., VERVAEKE G., « Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders », *Psychology, Crime & Law*, 22/2016, n°6, pp. 530-537.

VIAUX J.-L., « Les paradoxes de l'expertise psychologique », *Le Journal des psychologues*, 300/2012, pp. 66-72.

VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., et PHAM T-H., « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales Médico-Psychologiques*, 177/2019, pp.892-895.

VOYER M., SENON J-L., PAILLARD C., JAAFARI N., « Dangerosité Psychiatrique et Prédicativité », *L'information Psychiatrique*, 85/2009, n°8, pp. 745-752.

WOOD J.M., LILIENFELD S.O., HOWARD N.G., NEZWORSKI M.T., « The Rorschach Test in Clinical Diagnosis : A Critical Review, with a Beckward Look at Garfield (1947) », *Journal of Clinical Psychology*, 56/2000, n°3, pp.395-430.

ZLATARIC B., « Le statut juridique des délinquants anormaux », in *Les délinquants anormaux mentaux*, Paris, Cujas, 1963, p. 84.

Législation :

A.R. portant exécution de l'article 5, § 3, de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 25 septembre 2018.

Code d'instruction criminelle, Livre premier, art.43, 46.

Code pénal français, art. 20-27, 64.

Code pénal belge, art. 71.

Loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, *M.B.*, 21 juin 1850.

Loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.*, 11 mai 1930.

Loi du 1^{er} juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, *M.B.*, 17 juillet 1964.

Loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, *M.B.*, 13 juillet 2007.

Loi du 10 avril 2014 modifiant diverses dispositions en vue d'établir un registre national des experts judiciaires et établissant un registre national des traducteurs, interprètes et traducteurs-interprètes jurés, *M.B.* 1^{er} janvier 2017.

Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 9 juillet 2014.

Références jurisprudentielles :

Cass., 25 mars 1946, Pas., 1946, I, p. 116.

C. const., 6 novembre 2008, n° 154/2008, J.T., 2009.

Références internet et informatiques :

CARTUYVELS Y., CHAMETIERS B., WYVEKENS A., « L'expertise psychiatrique et la décision judiciaire », In : *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, OpenEdition Books (en ligne), 2010 : <https://books.openedition.org/pusl/3636> (consulté le 21 mai 2021).

CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE., « Fiche 4 : Les facteurs de risque, de protection et de désistance » : <http://www.gip-recherche-justice.fr/conference-consensus/wp-content/uploads/2013/01/fiche-4-facteurs-de-risque-et-de-protection.pdf> (consulté le 20 juin 2021).

DANET J., «La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante», », *Champ pénal/Pénal field (en ligne)*, Vol. V., 2008 : <https://journals.openedition.org/champpenal/6013> (consulté le 20 avril 2021).

FPC Antwerpen-Gent : <https://www.fpcnv.be> (consulté le 26 mars 2021).

LAROUSSE Dictionnaire en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/expertise/32249> et <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/expertise/32249#155384> (Consulté le 5 mai 2021).

LE PETIT ROBERT Dictionnaire en ligne : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/expertise> (Consulté le 5 mai 2021).

MARY P., KAMINSKI D., MAES E. et VANHAMME F., « Le traitement de la “dangerosité” en Belgique : internement et mise à la disposition du gouvernement », *Champ pénal/Pénal field (en ligne)*, Vol. VIII, 2011. : <https://journals.openedition.org/champpenal/8351> (consulté le 15 février 2021).

RENNEVILLE M., « Cesare Lombroso, Criminal Man, traduction et introduction par Mary Gibson et Nicole Hahn Rafter », *Crime, Histoire & Sociétés (en ligne)*, 17/2013, n°17 : <https://journals.openedition.org/chs/1436> (consulté le 16 mai 2021).

VIOLENCE RISK APPRAISAL GUIDE OFICIAL WEBSITE : <http://www.vrag-r.org/wp-content/uploads/2016/12/VRAG-R-scoring-sheet-1.pdf> (consulté le 4 mai 2021).

Autre :

DE PAGE L., « Schizophrénie et violence », Présentation dans le cours de ENGLEBERT J., *LCRIM 2502 Perspectives Critiques en Criminologie Clinique*, Année Académique 2020-2021.

Origer Mareva

Septembre 2021

**Irresponsabilité pénale et mesure d'internement :
Une analyse d'expertises médico-légales**

Promoteur : Professeur Jérôme Englebert

C'est dans un contexte de tension entre deux domaines ayant une philosophie radicalement différente, la psychiatrie et le droit, qu'a eu lieu la naissance de l'expertise psychiatrique au pénal. On comprend alors rapidement pourquoi les expertises font, depuis leur naissance, l'objet de nombreuses controverses et critiques. Certes, l'être humain, les maladies mentales et la notion d'irresponsabilité sont des variables non stables, mais les divergences révélés dans les mêmes dossiers de grandes affaires criminelles sont-elles simplement liée à la complexité de l'être humain ou l'expertise manque-t-elle d'une méthodologie unique entre les différents experts ? Comment les experts psychiatres justifient-ils l'irresponsabilité pénale d'un auteur d'un fait infractionnel devant les juridictions ? Comment se présente une expertise psychiatrique légale, quels éléments y sont repris ? En tentant de répondre à ces questions dans le cadre de ce mémoire, nous avons également tenté de répondre à la question qui a guidé ce mémoire : Les expertises psychiatriques légales, méritent-elles encore de nos jours de faire l'objet de multiples controverses malgré les avancées dans le domaine de la psychiatrie ?