

Communication

L'expertise dans le cadre de la loi de Défense Sociale en Belgique : repères diagnostiques et recommandations [☆]

Expertise within the framework of the Social Defence Law of Belgium: Diagnosis benchmarks and recommendations

T.-H. Pham^{a,*,d,e}, X. Saloppé^a, X. Bongaerts^b, J.-L. Hoebanx^c

^a Centre de Recherche en Défense Sociale absl, 94, Rue Despars, 7500, Tournai, Belgique

^b Établissement de Défense Sociale, Chêne-aux-Haies, Mons, Belgique

^c Établissement de Défense Sociale, Les Marronniers, Tournai, Belgique

^d Institut Philippe Pinel, Montréal, Québec, Canada

^e Université de Mons Hainaut, Belgique

Disponible sur internet le 31 octobre 2006

Résumé

En Belgique, selon la loi de Défense Sociale (1964), les délinquants malades mentaux reconnus incapables de contrôler leurs actes peuvent être internés et doivent par la suite être orientés vers un Établissement de Défense Sociale (EDS). Ils sont supposés recevoir un traitement et un accompagnement en vue d'une réinsertion sociale. L'article se focalise plus particulièrement sur l'expertise en Défense Sociale (DS). Il débute par un rappel des aspects légaux. Il décrit ensuite les caractéristiques diagnostiques d'un échantillon de patients internés ($n = 98$) en insistant sur l'importante comorbidité clinique en termes de troubles mentaux majeurs (axe 1) ainsi que de troubles de la personnalité (axe 2). Il aborde ensuite la prévalence hypothétique de la psychopathie (PCL-R, Hare, 1991, 1991, 2003) dans le cadre de la loi (5–8 %). Il souligne ensuite des points susceptibles d'améliorer les pratiques d'expertise en Défense Sociale.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Under the Belgian Social Defence Law (1964), mentally disordered offenders who are deemed to lack criminal responsibility have to be interned in an 'Institution of Social Defence' rather than in a prison. There, they are supposed to receive specialised treatment before their rehabilitation and re-insertion into the community. This paper discusses expertise practice in relation to the Social Defence Law. The paper first gives a description of the requirements of the law. The paper then presents the prevalence of clinical syndromes (axis 1) and of personality disorders (axis 2) among a sample of internees ($N = 98$). The sample presents a high co-morbidity (2.6) of axis I syndromes, and of axis 2 personality disorders (1.7), the majority of them (64%) present both axis diagnoses. The paper also discusses the prevalence of a high psychopathy as measured by the PCL-R among internees (5–8%) as compared to prison inmates given the aim of the law of protecting the society against dangerous individuals. The paper shows that the Social Defence Law embraces a very large spectrum of psychiatric diagnoses including personality disorders and psychopathy. The following recommendations could improve expertise practices: (a) the consideration of earlier propositions relating to the improvement of the Social Defence Law; (b) a comparative research between psychiatric diagnoses of internees and of inmates; (c) a better definition of clinical criteria relating to the application of the law; (d) the implementation of a specialised observation unit before the decision to intern; (e) the need to go beyond a dichotomous conception of the ability to control; (f) the consideration of contextual

[☆] Cette recherche a été réalisée avec le soutien du ministère de la Région Wallonne, Santé et Affaires Sociales. Contact : Thierry.pham@crds.be. CRDS, 94, rue Despars, 7500 Tournai, Belgique. (www.crds.be). Nous remercions Benoît Marghem pour ses commentaires.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thierry.pham@crds.be (T.-H. Pham).

factor of dangerousness; (g) encouraging the use of validated risk and clinical assessment instruments; (h) a better financing for expert work.
© 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Défense Sociale ; Expertise ; Psychopathie ; Syndromes cliniques ; Troubles de la personnalité

Keywords: Clinical syndromes; Expert; Personality disorders; Psychopathy; Social Defence Law

1. Les aspects légaux

Le premier article de la loi du 1^{er} juillet 1964 de Défense Sociale (DS) « à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels » stipule que lorsqu'il existe des raisons de croire que l'inculpé est soit en état de démence, soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions, les juridictions d'instruction peuvent, dans les cas où la loi autorise la détention préventive, délivrer un mandat d'arrêt en vue de le placer en observation (Article 1). L'inculpé interné dépendra par la suite d'une commission de Défense Sociale (Art. 18) qui se tient informée de son état et peut ordonner sa mise en liberté définitive ou à l'essai, lorsque son état mental s'est suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale sont réunies. Par ailleurs, un avis spécialisé dans le traitement ou la guidance de délinquants sexuels est requis avant toute mise en liberté (Art. 20 bis). Enfin, les condamnés pour crimes et délits qui, au cours de leur détention, sont reconnus en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables de contrôle de leurs actions, peuvent être internés en vertu d'une décision du ministre de la Justice rendue sur avis conforme de la commission de Défense Sociale (Art. 21).

Récemment, le Pr Cosyns [11] rappelait à juste titre que dans la loi de DS, le traitement n'était pas directement consécutif d'un diagnostic posé, comme c'est habituellement le cas dans les approches médicales. La loi assimile, selon lui, le traitement à la modalité d'exécution de la peine, ce qui est source d'ambiguïté. En 1996, à l'initiative du ministre de la Justice Stefaan Declerck, une commission sur le statut de l'internement a été mise en place dont les conclusions figurent dans le rapport publié en 1999 [12]. Plusieurs propositions ont été introduites concernant l'expertise et la qualité du traitement psychiatrique des internés. Cette commission avait notamment proposé que le ministre chargé des Affaires sociales et de la Santé publique soit responsable du devenir des soins des justiciables. Les pouvoirs politiques devaient donc revoir la loi de Défense Sociale, estimant que les efforts de la commission demeureraient vains si aucune décision n'était prise quant aux implications médicales de la loi et si aucun réseau psychiatrique valable n'était mis en place. Rappelons qu'à ce titre, la Flandre, partie néerlandophone de la Belgique, ne dispose toujours pas d'établissement de Défense Sociale et les internés y séjournent, bien plus souvent encore qu'en Wallonie, en prison, lieu non spécifique sur le plan des soins. Des psychiatres néerlandophones ont encore récemment dénoncé cette situation sur le plan éthique [25].

2. Les internés : troubles mentaux majeurs, troubles de la personnalité ?

Apprécier les effets de la loi de DS passe par la description clinique de la population à laquelle elle s'adresse. Nous allons décrire, dans les lignes qui suivent, les troubles mentaux graves ainsi que les troubles de la personnalité d'une cohorte d'internés placés au sein de l'hôpital psychiatrique sécuritaire « Les Marronniers » à Tournai. Cet hôpital accueille 350 patients internés qui sont répartis dans les différentes unités de l'hôpital composé d'une unité d'admission, qui permet à l'équipe d'orienter les patients dans une unité adaptée à leur pathologie, de deux unités consacrées aux personnes présentant une problématique antisociale, de quatre unités accueillant des patients psychotiques, et d'une grande unité accueillant des déficients mentaux délinquants sexuels. Excepté l'unité d'admission qui comporte 22 patients, chacune de ces unités accueille de 30 à 60 patients. Les infractions à caractère sexuel sont les plus représentées en Défense Sociale (36,3 %). Suivent ensuite les délits violents (25 %) tels que l'homicide (15 %).

L'échantillon que nous allons décrire comprend 98 internés. Il a été évalué à des fins de recherche par le Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS). Il ne couvre donc pas l'ensemble de la population de Défense Sociale mais est plutôt représentatif des patients dits « stabilisés ». Nous avons dû exclure de cette étude les patients psychiatriques en phase aiguë ainsi que ceux présentant une déficience intellectuelle trop marquée et pour lesquels une évaluation clinique valide ne pouvait être entreprise. L'âge moyen au moment du premier internement est de 31,6 ans. Le Quotient Intellectuel total moyen (mesuré par la WAIS-R, 1981) de l'échantillon est de 76, et est donc faible.

Les troubles mentaux majeurs sont évalués à l'aide du Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview (DISSI) [34]. La DISSI est un outil épidémiologique informatisé permettant d'évaluer les 16 catégories diagnostiques suivantes : troubles anxieux (attaque de panique, phobie, anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif), troubles de l'humeur (dépression majeure/dysthymie, manie), troubles liés à des substances (abus/dépendance d'alcool ou de substances autres que l'alcool), trouble somatisation, schizophrénie, troubles psychosexuels, troubles du comportement alimentaire et le trouble de la personnalité antisociale. Les diagnostics sont établis sur les six derniers mois et sur toute la période d'existence. Cet instrument a été validé par Baruffol et Thilmany [2] sur un échantillon de Belges issus de la population générale. La prévalence des troubles mentaux majeurs des internés est présentée dans le tableau ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1
Prévalence des troubles mentaux majeurs des sujets étudiés

Troubles mentaux majeurs (Nombre = 98)	Prévalence (%)
Abus/dépendance à l'alcool	61
Phobie	42
Dépression	40
Abus/dépendance à une substance	35
Anxiété généralisée	26
Somatisation	19
Schizophrénie	16
Trouble obsessionnel–compulsif	11

Quatre-vingt-onze pour cent des sujets de l'échantillon présentent au moins un trouble mental majeur et 67 % présentent une comorbidité (deux troubles et plus), laquelle renvoie à la cooccurrence symptomatologique. En psychiatrie, elle est principalement utilisée sur le mode catégoriel et permet le diagnostic de deux ou plusieurs troubles. Dans l'échantillon concerné, le nombre moyen de troubles par sujet est de 2,6.

Décrivons dès à présent les troubles de la personnalité en Défense Sociale. Ces troubles sont évalués à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Disorders [14]. Le SCID-II évalue 12 troubles de la personnalité décrits dans le DSM-IV [1,32]. Il est composé d'un autoquestionnaire de 119 questions, mais s'évalue aussi via un entretien semi-structuré reprenant les items des troubles positifs à l'autoquestionnaire précédent. Comme le SCID-I [15], cet instrument se fonde sur le principe de l'arbre décisionnel où le diagnostic se précise progressivement à travers l'entrevue. Des informations additionnelles, nécessaires à l'établissement du/ou des diagnostics, sont obtenues sur la base du dossier médico-légal situé au greffe de l'hôpital. Nous avons travaillé avec la validation française du SCID II effectuée par Bouvard *et al.* [5]. La prévalence des troubles de la personnalité est présentée dans le tableau ci-dessous (Tableau 2).

Soixante-dix pour cent des patients de l'échantillon présentent au moins un trouble de la personnalité et 45 % présentent une comorbidité (deux troubles et plus). Le nombre moyen de diagnostics par sujet est de 1,7.

Concernant la comorbidité entre l'axe I et II du DSM, 64 % des patients présentent un ou plusieurs troubles mentaux majeurs associés à un ou plusieurs troubles de la personnalité.

Le phénomène de comorbidité est donc fréquent au sein de la population de Défense Sociale. Or, cette comorbidité, qui concerne plus de la majorité des patients, est étonnamment

Tableau 2
Prévalence des troubles de la personnalité des sujets étudiés

Troubles de la personnalité (Nombre = 98)	Prévalence (%)	
Cluster B	Antisociale	49
	Borderline	27
	Narcissique	15
	Histrionique	3
Cluster A	Paranoïaque	26
	Schizoïde	7
	Schizotypique	5
Cluster C	Obsessionnelle–compulsive	17
	Évitante	3
	Dépendante	3

peu soulignée par les experts en DS qui, en général, se contentent de poser le diagnostic principal [31]. Certes, cette comorbidité psychiatrique est partiellement attribuable à la conceptualisation même du DSM. En effet, la distinction entre les syndromes cliniques et les troubles de la personnalité est problématique [21]. De plus, et malgré des avancées conceptuelles, des recouvrements demeurent entre les critères de diagnostics intra-cluster de l'axe 2 [27,36]. Néanmoins, ce phénomène de comorbidité présente un intérêt fondamental sur les plans thérapeutique et criminologique. En effet, en termes de covariation de traits-états, les patients atteints de trouble mental majeur répondent plus difficilement au traitement psychothérapeutique et/ou pharmacologique, lorsqu'ils présentent également un trouble de la personnalité [36,40]. Cette « résistance au traitement » peut être liée au fait que la comorbidité engendre des conséquences négatives sur l'évolution de l'un ou l'autre trouble ainsi que sur la gravité des symptômes. Certaines comorbidités peuvent, cependant, être le signe d'une amélioration clinique notable. En effet, la présence d'une dépression peut être un facteur de pronostic favorable pour les patients présentant un trouble de la personnalité borderline [32]. La multiplicité des troubles a une incidence sur la demande de traitement et l'investissement dans une démarche thérapeutique [36,40].

Par ailleurs, nous savons que bon nombre de détenus « capables du contrôle de leurs actes » présentent néanmoins des troubles mentaux graves et ce, sans qu'ils ne soient orientés vers un établissement de Défense Sociale. Seule, une comparaison des populations carcérale et de Défense Sociale permettrait d'apprécier leurs caractéristiques cliniques respectives. Cependant, en l'absence de données publiées en épidémiologie carcérale, aucune comparaison valide n'est à ce jour possible.

3. La place de la psychopathie en Défense Sociale

Durant cet été 2006, soit dix ans après la découverte des corps des fillettes Julie et Mélissa séquestrées par Dutroux et ses complices, la disparition de Stacy et Nathalie, a défrayé la chronique en Belgique. En effet, le présumé inculpé du meurtre de ces fillettes et du viol de l'une d'elles, Nathalie, était un interné qui a été libéré de manière définitive par la commission de Défense Sociale dont il dépendait. Cet inculpé présentait, selon le dernier psychiatre qui l'avait expertisé, un diagnostic de psychopathie, et ne devait donc pas séjourner dans un établissement de Défense Sociale. Deux questions se posent alors :

- Quelle est la prévalence du diagnostic de psychopathie dans les EDS ?
- Cette prévalence diffère-t-elle par rapport aux prisons ?

Selon une recension réalisée au CRDS, en Belgique francophone, le diagnostic lié à la psychopathie ou à la personnalité antisociale figure parmi ceux qui sont le plus souvent évoqués (entre 50 et 70 %) lors de rapport d'expertise en DS. Toutefois, la prévalence de haute psychopathie mesurée à partir de

Tableau 3
Scores de psychopathie et prévalence diagnostique à la PCL-R

	Nombre	Moyenne Facteur interpersonnel	Moyenne Facteur antisocial chronique	Moyenne Score total	Prévalence diagnostique Hypothétique (%)
<i>Internés</i>	268	7,4	8,7	17,6	5–8
<i>Détenus</i>	282	7,3	8,6	17,5	9–12

l'instrument standardisé le plus valide à l'heure actuelle, soit l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R [16]), est beaucoup plus faible. Cet instrument comprend 20 critères relatifs à deux facteurs principaux dont le premier, « Détachement émotionnel », décrit le versant narcissique de la personnalité et regroupe les caractéristiques interpersonnelles et affectives (loquacité et charme superficiel, surestimation de soi) et le second, « Facteur antisocial chronique », reflète l'instabilité comportementale dans le style de vie ou des troubles précoces de comportement (impulsivité, irresponsabilité). Soulignons que la structure factorielle finale de la PCL-R fait actuellement l'objet de nombreux débats selon que l'on penche pour une version affinée de la psychopathie autour des critères interpersonnels [8,9] ou une version qui maintient les 20 critères originaux s'organisant autour de quatre facettes [17,26].

Les résultats du tableau précédent (Tableau 3) ont principalement été obtenus via un ensemble de recherches quasi expérimentales, et non de recherches épidémiologiques, couvrant l'ensemble des populations internées et carcérales. C'est pourquoi, en ce qui a trait à la prévalence, nous ne pouvons avancer que l'hypothèse selon laquelle le pourcentage de psychopathes parmi les internés à l'EDS de Tournai [28,30] serait inférieur à celui des détenus. Cette différence s'expliquerait par l'accent mis par la loi de DS sur les troubles mentaux majeurs et le retard mental. Toutefois, force est d'admettre que certains inculpés, à profil hautement psychopathique, sont bel et bien internés à la suite de l'expertise. Cette situation peut s'expliquer par les divergences entre experts sur les plans du diagnostic, du pronostic ainsi que de l'objectif de l'internement. Rappelons que la loi de DS constitue aussi une mesure de sûreté, de protection du public contre certains délinquants dangereux – dont les « anormaux » et les « délinquants d'habitude ». Par conséquent, les risques élevés de récidive associée à l'incapacité, à tout le moins partielle de la psychopathie, incitent certains psychiatres, suivis par les magistrats compétents, à proposer une mesure d'internement. Enfin, la loi de DS comprend aussi la mesure de mise à disposition du gouvernement (article 22 et suiv. de la loi de Défense Sociale) s'appliquant aux comportements qualifiés de « délinquance d'habitude ».

En outre, il apparaît de plus en plus évident pour certains magistrats siégeant en Cour d'assises que l'internement d'un psychopathe n'amènera pas de changement significatif sur le plan thérapeutique. Par ailleurs, la psychiatrie, qui ne dispose actuellement pas d'interventions spécifiquement efficaces pour ce diagnostic, est jugée peu compétente par ces mêmes magistrats. Dans les années récentes, une réduction du risque de la récidive associée à un dosage de traitement psychothérapeutique d'intensité modérée à élevée a été observée auprès d'une population psychiatrique évaluée à l'aide de la version abrégée de l'échelle de psychopathie de Hare [23]. Toutefois,

les dernières recensions de la littérature demeurent globalement pessimistes sur le plan de la réponse thérapeutique des psychopathes [19,29]. Par ailleurs, la présence de psychopathes parmi des malades mentaux demeure problématique, étant donné le risque de manipulation et d'exploitation des premiers sur les seconds [19,29].

4. La qualité des expertises

Lors d'une visite au sein des établissements de Défense Sociale, John Petrila (professeur de droit à l'Université de Floride du Sud et actuel président de l'International Association of Forensic and Mental Health Services, IAFMHS) a conclu que « l'orientation vers la Défense Sociale plutôt que vers la prison relevait davantage de la loterie que de la science ». Il a souligné le manque de connexion entre les milieux professionnels concernés et la recherche scientifique en psychologie/psychiatrie légale.

En fait, la phase expertale pose un certain nombre de questions depuis longue date ; ce constat a été récemment rappelé, lors du colloque du 75^e anniversaire de la loi de DS qui s'est tenu à Bruxelles les 24 et 25 novembre 2005 [7]. Le premier panel du colloque a travaillé sur la phase d'expertise. Ce panel, de type pluridisciplinaire, comprenait les professionnels de terrain (M. Debruyne, avocat général à la cour d'appel de Bruxelles ; Mme Brad, présidente-suppléante de la CDS de Gand ; Dr Lodewyck, psychiatre et expert ; Pr Mormont, psychologue, Université de Liège ; Dr Vandembroucke, psychiatre, directeur du service psychosocial, ministère de la Justice ; M. Van den Steen, avocat au Barreau de Bruxelles) et a abordé huit points sensibles de l'expertise (Tableau 4).

Il n'est pas dans les prétentions de ce texte de décrire, de manière exhaustive, les points abordés lors du panel. Nous renvoyons donc le lecteur intéressé vers ce site Internet [7] et soulignons que plusieurs institutions organisatrices du colloque ont décidé de poursuivre leurs réflexions au sein d'un groupe

Tableau 4
Les huit points sensibles de l'expertise

1. Les termes de la loi de DS ne renvoient pas suffisamment à une convergence diagnostique
2. La loi de DS formule des questions trop dichotomiques pour les cliniciens
3. La notion d'observation pourtant prévue dans la loi de Défense Sociale n'est pas effective
4. Le problème du statut de l'expertise
5. Le contenu des expertises
6. La nécessité de débat contradictoire et le renforcement de la défense du justiciable
7. La place du psychologue dans la loi de DS
8. La particularité du travail de services psychosociaux en rapport avec la loi de DS.

de DS². Dans les lignes qui suivent, nous nous focaliserons sur les points impliquant plus particulièrement l'évaluation diagnostique.

4.1. Les diagnostics impliqués par l'article 1 de la loi de DS

Les termes de la loi de DS ne renvoient pas suffisamment à une convergence diagnostique. Il n'y a en effet pas unanimité concernant les critères d'inclusion et d'exclusion qui s'appliquent à l'article 1. Dans l'esprit de l'époque où a été votée la première version de la loi (1930), la notion de démence renvoie à la psychose, et la débilité mentale paraît raisonnablement explicite [11]. Toutefois, une notion telle que le « déséquilibre grave » n'exclut pas les troubles de la personnalité, lesquels sont bien présents au sein de notre échantillon. Par ailleurs, « l'incapacité du contrôle de ses actes » renvoie à l'agir impulsif, et l'impulsivité figure comme critère diagnostique pour des troubles de la personnalité tels que les troubles borderline et antisocial du cluster B du DSM [1].

4.2. Contexte de survenue du délit

L'article 1 de la loi insiste sur les caractéristiques pathologiques, de nature individuelle, en rapport avec l'acte commis. Il ne met pas l'accent sur l'appréciation du contexte interpersonnel dans lequel l'acte survient le plus souvent. Cet état de fait tend à réduire l'acte à son auteur et pérennise une erreur dénoncée depuis longue date par les théoriciens de l'agression violente [3,24]. Depuis une dizaine d'années, l'évaluation du contexte environnemental constitue un facteur à part entière au sein des plus importants instruments de *prédiction et de gestion* du risque de violence [38,39]. Dès lors, une plus grande insistance quant aux caractéristiques contextuelles encouragerait une approche holistique de l'expertise. Elle reconnaîtrait davantage la complexité de la notion du contrôle des actes et enrichirait les propositions thérapeutiques. Enfin, la mise en place d'un collège d'experts pluridisciplinaires, soucieux d'une évaluation systématique de l'individu, de ses actes et de son environnement irait dans le même sens.

4.3. La loi de DS formule des questions dichotomiques

La loi de DS formule des questions dichotomiques concernant la capacité du contrôle des actes : c'est oui ou non. À ce sujet, la première version de la loi datant de 1930 a rapidement fait l'objet de discussions concernant le statut des « anormaux », partiellement mais non totalement irresponsables [11]. Certes, les juristes rappellent à quel point le propos du droit est finalement « modeste » [4], que le droit ne peut rendre compte de toutes les nuances de la clinique au quotidien. Néanmoins, cette modestie n'est pas partagée par la plupart des cliniciens pour qui cette dichotomie est trop catégorique et donc intransi-

geante. Le retard mental, par exemple, n'est bien évidemment pas une question de tout ou rien. Le professeur Cosyns a rappelé qu'à travers la loi de DS, la Belgique n'a donc pas adopté 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'irresponsabilité [11]. Nous pensons de plus que cette dichotomisation de la responsabilité renforce la tendance à recourir au modèle catégoriel des troubles mentaux et c'est alors que le modèle dimensionnel tend à s'imposer, suite notamment aux critiques relatives au concept de comorbidité [13].

4.4. Unité de lieu

La notion d'observation pourtant prévue dans la loi de Défense Sociale n'est pas effective sur le terrain. L'interné « mis en observation » séjourné dans le meilleur des cas dans une annexe psychiatrique de la prison. Dans le cas le moins favorable, il séjourné dans une cellule au même titre que n'importe quel détenu. Quant au travail expertal, il s'effectue le plus souvent dans un local exigu appelé « parloir d'avocat ». Or, ce lieu multifonctionnel et ambigu ne peut qu'exacerber les tensions du « vieux couple » clinicien-juriste [6]. Des dispositions légales et administratives au niveau fédéral en 1999 ont pourtant été adoptées, à l'initiative du ministre Stefaan Declerck, pour la création d'un centre de recherche et d'observation clinique approprié (CEPROC) qui n'a finalement jamais vu le jour.

4.5. Le problème du statut de l'expertise

À notre époque, il est souvent admis que *de facto* la charge de la décision incombe davantage à l'expert qu'au magistrat [22]. En Défense Sociale, l'avis de l'expert psychiatre n'est quasiment jamais soumis à la contradiction et est suivi de manière presque systématique par les magistrats siégeant dans les juridictions concernées.

Sur le plan financier, un médecin bénéficie aujourd'hui d'un forfait de 321 Euros pour réaliser l'expertise mentale. Il bénéficie d'un remboursement de 0,68 Euros/km pour ses frais de déplacement. Pour sa disponibilité en cas de convocation du juge ou de reconstitution des faits, il est payé 57 Euros de l'heure et 44 Euros par heure effective passée au tribunal. Le/la psychologue est payé(e) 233 Euros pour effectuer une expertise consistant en la rédaction d'un bilan à partir d'une batterie de tests psychologiques. L'ensemble de ces honoraires a été qualifié de « philanthropique » lors du colloque anniversaire de la loi de DS [7]. Outre les retards de paiement, force est d'admettre que cette situation financière valorise bien mal les experts pourtant décrits comme des « personnes présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou délit » (Code d'instruction criminelle, Art. 43) ou encore comme des personnes qui s'entendent « parfaitement dans leur métier » (*Larousse*). Par conséquent, ce manque de reconnaissance tend à raccourcir les entretiens expertales avec l'inculpé, décourage la participation aux formations perma-

² CRDS, établissements de Défense Sociale, unités psychiatriques spécialisées, centres d'appui pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle.

nentes souvent coûteuses ainsi que les efforts académiques visant à mettre sur pied un diplôme scientifiquement actualisé. La ministre actuelle de la Justice, Mme Onkelinx, a promis de revoir cette situation financière.

5. Perspectives

La loi belge de Défense Sociale renvoie dans les faits à une vaste gamme de troubles mentaux : troubles psychiatriques majeurs (axe 1), troubles de la personnalité, retard mental, (axe 2) et psychopathie. La population internée présente aussi une importante comorbidité diagnostique. Celle-ci complique l'adoption de critères diagnostiques d'inclusion et d'exclusion qui sont pourtant nécessaires pour une meilleure application de l'article 1 de la loi de DS.

L'amélioration de la loi actuelle passe d'abord par la considération des travaux antérieurs qui ont jusqu'à aujourd'hui été ignorés par le pouvoir politique. Or, ces travaux ont porté tant sur les modifications des termes de la loi, le déroulement de l'expertise que sur l'organisation de la prise en charge des internés [7,10,12,18,20,33,35,37].

Selon nous, l'amélioration de la qualité des expertises passe au moins par :

- une recherche comparative en épidémiologie psychiatrique entre la population internée et celle du monde carcéral ;
- une approche graduelle et non plus dichotomique de la notion de responsabilité ;
- une redéfinition actualisée de la terminologie psychiatrique employée ;
- le recours aux procédures validées sur le plan de l'évaluation diagnostique de l'évaluation du risque ;
- un consensus dégagé quant aux critères d'inclusion et d'exclusion relatifs à l'article 1 ;
- la considération de variables connexes aux troubles mentaux relatives au contexte de survenue de l'agir pathologique ;
- le refinancement des expertises psychiatriques ainsi que des examens psychologiques ;
- la mise en place d'un lieu d'observation clinique approprié au sein du monde carcéral.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington; 1994.
- [2] Baruffol E, Thilmann MC. Anxiety, Depression, Somatization and Alcohol Abuse: Prevalence Rates in a General Belgian Community Sample. *Acta Psychiatr Belg* 1993;136–53.
- [3] Berkowitz L. Aggression: Its causes, consequences, and control. Mc Graw Hill ed; 1993.
- [4] Bosly H. Mise en perspective et évolution de la loi de Défense Sociale dans la sphère de la psychiatrie médico-légale. Colloque du 75^e anniversaire de la loi de Défense Sociale. 24 et 25 novembre 2005, Bruxelles.
- [5] Bouvard M, et al. Étude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité : Le SCID II. *Encephale* 1999;25:416–21.
- [6] Collette-Basecqz N. Le Juge Pénal et l'expert « psy » : histoires d'un vieux couple. In: Dignette F, Moreau T, editors. La responsabilité et la responsabilisation dans la justice pénale. Perspectives criminologiques. Larcier-De Boeck; 2006. p. 103–11.
- [7] Colloque anniversaire de la loi de Défense Sociale. www.Colloquium2005.be.
- [8] Cooke DJ, Michie C. Refining the construct of psychopath: Towards a hierarchical model. *Psychol Assess* 2001;13:171–88.
- [9] Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark DA. Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *J Personal Disord* 2004;18:337–57.
- [10] Cosyns P. The treatment of internees: A breakthrough in a new law? *Verh K Acad Geneesk Belg* 2001;63:305–18.
- [11] Cosyns P. Mise en perspective et évolution de la loi de Défense Sociale dans la sphère de la psychiatrie médico-légale. Colloque du 75^e anniversaire de la loi de Défense Sociale. 24 et 25 novembre 2005, Bruxelles.
- [12] Delva J. Rapport final des travaux de la commission interministérielle de la Justice, 1999.
- [13] Dolan B, Evans, Norton K. Multiple axis-II diagnoses of personality disorder. *Br J Psychiatry* 1995;166:107–12.
- [14] First MD, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). New York State Psychiatric Institute: Biometrics Research Department; 1997.
- [15] First MD, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition. New York State Psychiatric Institute: Biometrics Research Department; 1997.
- [16] Hare RD. The Hare Psychopathy checklist (second edition). Toronto: Multi-Health System; 2003.
- [17] Hare RD, Neumann CS. Structural models of psychopathy. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:57–64.
- [18] Hart SD, Kropp PR, Laws DR, Klaver J, Logan C, Watt KA. The Risk for Sexual Violence (RSVP): Structured Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence. Simon Fraser University: The Mental health, law, and Policy Institute; 2003.
- [19] Harris GH, Rice ME. Treatment of psychopathy. In: Patrick CJ, editor. Handbook of psychopathy. Guilford Press; 2006. p. 555–72.
- [20] Korn M. Les psychiatres experts en justice pénale. Guide méthodologique et pratique. Liège: ULG; 2001 (p.48).
- [21] Livesley JW. Conceptual and taxonomic issues. In: Livesley JW, editor. Handbook of personality disorders. Guilford Press; 2001. p. 3–38.
- [22] Martens F. Abus sexuels : enjeux cliniques et sociétaux. Colloque du 22 octobre, « Délinquants sexuels : Comment protéger la société ? » Groupe MR, Maison des Parlementaires; 2004.
- [23] Monahan J, Steadman H, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, et al. Rethinking risk assessment. New York: Oxford University Press; 2001.
- [24] Monahan J. Predicting violent behavior: An Assessment of clinical techniques. Londres: Sage; 1981.
- [25] Naudts KH, Cosyns P, McInerney T, Audenaert K, Van den Eynde F, Van Heeringen C. Belgium and its internees. A problem for human rights and a stimulus for service change. *Crim Behav Ment Health* 2005;15:148–53.
- [26] Neumann CS, Vitacco MJ, Hare RD, Wupperman P. Reconstructing the "reconstruction" of psychopathy: A comment on Cooke, Michie, Hart, and Clark. *J Personal Disord* 2005;19:624–40.
- [27] Pfohl, Coryell, Zimmerman, Strangl. DSM-III personality disorders: Diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Compr Psychiatry* 1986;27:21–34.
- [28] Pham HT. Analyse psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *Encephale* 1998;24: 435–41.
- [29] Pham HT. Le traitement de la psychopathie et de la personnalité antisociale. In: Pham TH, Côté G, editors. Psychopathie : Théorie et recherche. Lille: Septentrion; 2000. p. 183–203.

- [30] Pham HT. La psychopathie selon la PCL-R en Belgique : Vers une validité de construit. In JD Guelfi, A Pham-Scottez (Eds.) : *La personnalité et ses troubles*. Paris: Odile Jacob. sous presse.
- [31] Pham HT, Saloppé X. *Caractéristiques cliniques de la population de Défense Sociale : Importance de la comorbidité*. Bruxelles: De Boeck-Larcier; 2006.
- [32] Pope HG, Jonas JM, Hudson JI. Cohen et Gunderson. The validity of DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:23–30.
- [33] Proposition de la loi relative à l'internement des délinquants atteints d'un trouble mental. Doc. parl., sess. ord., 2004–2005, n°1402/001.
- [34] Robins LN, Marcus SM, Steven C. The Diagnostic Screening Procedure Writer: A tool to develop individualized screening procedures. *Med Care* 1987;25:106–22.
- [35] Robins LN, Tipp J, Przybeck T. Antisocial personality. In: Robins LN, Regier DA, editors. *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press; 1991. p. 258–90.
- [36] Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:733–8.
- [37] Tyrer P, Gunderson J, Lyons M, Tohen M. Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *J Personal Disord* 1997;11: 242–59.
- [38] Hart SD, Kropp PR, Laws DR, Klaver J, Logan C, Watt KA. *The Risk for Sexual Violence (RSVP): Structured Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. Simon Fraser University: The Mental Health, Law, and Policy Institute; 2003.
- [39] Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20: Assessing risk for violence, version 2*. Canada: The Mental Health, Law, & Policy, Institute Simon Fraser University; 1997.
- [40] Widiger TA, Corbitt EM. "Comorbidity of antisocial personality disorder with other personality disorders". In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, editors. *Handbook of antisocial behavior*. John Wiley & Sons, Inc.; 1997. p. 75–82.