

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
NATHALIE LELIÈVRE

CONTRIBUTION DE L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE
AU DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE D'UNE PERSONNE
ACCUSÉE DE TENTATIVE DE MEURTRE

MARS 2008

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cette recherche psychologique vise d'abord à clarifier le niveau de responsabilité d'un individu accusé de tentative de meurtre. Elle est une réponse à une demande de contre-expertise de la Cour du Québec. L'objectif académique est ensuite de démontrer la contribution spécifique de l'évaluation psychologique dans la compréhension de certains comportements qui peuvent sembler incompréhensibles et inexplicables. Le but est également de démontrer la diversité et la complémentarité des tests psychométriques dans la clarification d'une dynamique psychologique sous-jacente au comportement. Cette recherche tient compte de l'anamnèse, des évaluations psychiatriques, des observations cliniques, des tests psychométriques et de la contribution des divers intervenants et professionnels impliqués auprès de l'individu. Elle se base sur les écrits théoriques et les recherches empiriques pertinentes. Après la passation des tests, les résultats d'une échelle d'intelligence, d'inventaires de personnalité et de tests projectifs sont analysés. Les résultats corroborent le diagnostic de personnalité émis par les psychiatres. Cependant, les résultats démontrent en plus la fragilité de l'équilibre psychologique de l'individu, les risques de psychose et de récurrence le cas échéant. Ces dernières précisions ont été acceptées par la psychiatre qui les a intégrées à son rapport et les a transmises à la Cour qui les a retenues comme un des éléments du jugement. Le Tribunal a déclaré l'individu non responsable pour cause de troubles mentaux et il a ordonné la détention de l'accusé dans une institution psychiatrique. Les objectifs de la recherche ont été atteints sur le plan pratique et sur le plan académique.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	iii
Remerciements	v
Introduction	1
Chapitre 1 La problématique.....	3
Le délit et les questions soulevées	4
Le contexte du délit	7
Perception de soi.....	10
Histoire personnelle	12
Guerre civile et séquestration	15
Intégration au Canada	17
Antécédents médicaux et chirurgicaux.....	18
Antécédents psychiatriques familiaux	18
Diagnostics antérieurs dans la cause actuelle	19
Conclusion de la problématique	19
Chapitre 2 Contexte théorique	21
Chapitre 3 Méthodologie.....	30
Chapitre 4 Présentation des résultats	37
Observations cliniques et entrevues cliniques	38
Résultats au MMPI-II	39
Résultats au Rorschach.....	41
Résultats au MCMI-III	44
Résultats aux épreuves graphiques	45
Résultats au WAIS-III	46
Synthèse.....	47
Recommandations.....	48
Chapitre 5 Discussion	50
Conclusion	58
Références.....	61

Appendice A : L'interprétation au Rorschach	64
Le premier ensemble : les affects	67
Le deuxième ensemble : la capacité de contrôle, de tolérance au stress, de même que le stress situationnel	74
Le troisième ensemble : la perception de soi.....	79
Le quatrième ensemble : la perception des relations et les comportements interpersonnels.....	82
Le cinquième ensemble : le traitement de l'information.....	84
Le sixième ensemble : la médiation cognitive.....	85
Le septième et dernier ensemble : l'idéation	87
Appendice B : Résumé du jugement de la Cour du Québec	90
Les faits.....	91
La question en litige.....	91
Le droit applicable	92
Les expertises psychiatriques	93
L'intensité de l'élément déclencheur.....	94
Les témoignages corroborants d'observateurs.....	96
Les antécédents médicaux corroborant l'état de dissociation.....	96
L'existence du mobile du crime	97
La question de savoir si la personne qui aurait déclenché l'état d'automatisme est victime de la violence en ayant résulté.....	97
Appendice C : Formulaire de consentement et engagement de l'étudiant et du directeur de recherche	99

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont aidée à réaliser cet essai doctoral en psychologie clinique.

Tout d'abord, Je remercie Monsieur André Pellerin, mon directeur d'essai, avec qui j'ai eu plaisir à travailler. Il m'a fourni, par sa présence continue, de précieux conseils et du soutien tout au long de mon projet.

Je tiens également à remercier le Centre Hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, plus particulièrement, le site St-Thérèse d'avoir accepté que je réalise ce projet d'essai à l'intérieur de leur établissement. Je remercie la docteure Marie-Frédérique Allard, médecin psychiatre, pour m'avoir permis d'effectuer l'évaluation psychologique auprès de son patient.

Je souhaite également remercier le patient qui a accepté que je procède à son évaluation et qui a offert sa collaboration tout au long du processus.

Introduction

Afin de préciser un diagnostic psychiatrique, l'évaluation psychologique est un processus important et complexe. Ce champ de pratique de la psychologie demande d'être à l'affût des récents développements et recherches en lien avec la psychopathologie et les techniques d'évaluation. En plus des fins d'élaboration de plan de traitement, l'évaluation psychologique occupe une place importante dans le système judiciaire. En effet, au Québec, l'apport des psychologues dans le fonctionnement du système judiciaire est observé depuis plus de cinquante ans (Brunet, 2001). En milieu hospitalier, et plus particulièrement au secteur médico-légal, l'évaluation psychologique est donc un service essentiel.

Dans le cadre de cet essai doctoral, nous démontrons la complémentarité de certains tests psychologiques et la capacité des méthodes projectives à identifier la dynamique sous-jacente au fonctionnement psychologique d'un individu. Cet individu était évalué dans le cadre d'une contre-expertise psychiatrique pour déterminer sa responsabilité criminelle dans une accusation de tentative de meurtre selon l'article 239 b) du Code criminel.

Cet essai fait état de la démarche de recherche, de la lecture du dossier de l'individu, des entrevues cliniques, des rencontres multidisciplinaires, de la recension

des écrits théoriques et empiriques, de la passation d'inventaires de personnalité, de méthodes projectives et d'une échelle d'intelligence. Ces étapes de cueillette de données sont suivies des résultats de l'évaluation psychologique et de la discussion de ces résultats. Nos réflexions portent, en premier lieu, sur les liens entre le contexte théorique, les éléments de l'anamnèse et les résultats aux différents tests. Ensuite, nous ferons part de nos réflexions concernant la complémentarité des tests utilisés ainsi que de la contribution de l'évaluation psychologique afin de mieux comprendre et saisir la personnalité d'un individu accusé de tentative de meurtre. Les conclusions de cette recherche incluront également le rapport psychiatrique qui a été remis au Tribunal ainsi que le jugement de la Cour criminelle.

Chapitre 1

La problématique

Ce chapitre présente l'ensemble de la problématique en précisant d'abord le délit et son contexte, suivi des clarifications tirées des rapports policiers et de l'élaboration du dossier psychiatrique. Des éléments supplémentaires de l'anamnèse du patient selon sa mère et son père sont également décrits.

Le délit et les questions soulevées

L'évaluation psychologique qui suit est une partie de l'évaluation psychiatrique à laquelle ont participé des psychiatres, médecins, psychologues, travailleuse sociale, éducateurs spécialisés et infirmières. Cette évaluation psychologique était demandée formellement par la psychiatre responsable du dossier. L'évaluation psychiatrique quant à elle était demandée par la Cour comme contre-expertise d'une évaluation psychiatrique réalisée dans une autre institution médico-légale.

Selon le dossier de la Cour, l'accusé aurait poignardé à dix-neuf reprises un homme qu'il ne connaissait pas et qu'il aurait rencontré fortuitement dans la rue. Il disait ne pas pouvoir se rappeler de son geste et encore moins l'expliquer. Ce geste délictueux dépasse l'entendement et l'accusé a été référé en psychiatrie pour évaluation et pour déterminer son niveau de responsabilité au moment du crime.

Même en psychiatrie, un tel geste est très difficile à expliquer et il soulève plusieurs questions quant à l'état mental de celui qui a maintenant le statut, temporairement tout au moins, de patient. Étant donné qu'il n'y a pas eu de provocation de la part de la victime qui lui était inconnue, les questions sont orientées vers le fonctionnement psychologique de l'agresseur. Qu'est-ce qui peut amener un individu à commettre un tel geste sans motif apparent? Est-ce un geste prémédité ou le résultat d'une impulsion soudaine incontrôlée? A-t-il été posé froidement ou a-t-il été accompagné d'une émotion intense ou d'une furie? L'agresseur était-il hors de lui, victime d'une dissociation ou d'une décompensation psychotique momentanée? Était-il sous l'effet de l'alcool ou de drogues? Tenter de répondre à ces questions exige une analyse exhaustive des faits, mais aussi des comportements présents et passés de l'accusé, de son histoire familiale et sociale, de son fonctionnement intellectuel, de son fonctionnement émotif, de sa personnalité. En somme, peut-on expliquer ce geste en précisant le fonctionnement psychologique de l'individu? L'individu est-il psychopathe? Est-il psychotique? Vit-il de la dissociation? Est-il victime d'un syndrome de stress post-traumatique suite à la guerre civile qu'il a vécue dans son pays natal?

Une évaluation multidisciplinaire devenait importante afin de répondre aux différentes hypothèses. C'est dans ce contexte que le patient a été placé en observation dans une unité médico-légale. Plusieurs professionnels ont été appelés à contribuer à la clarification du diagnostic psychiatrique. Le patient a aussi été référé au service de

psychologie pour passer une évaluation psychologique exhaustive de l'intelligence et de la personnalité.

Le contexte du délit

Les éléments personnels sont présentés en termes généraux pour préserver l'anonymat du patient tout en donnant l'information la plus pertinente. Le patient est âgé d'une vingtaine d'années. Il est célibataire et il n'a pas d'enfant. Il n'est pas originaire du Canada, mais il est résident permanent depuis quelques années. Avant son arrestation, monsieur demeurait avec ses parents. Il était inscrit à un programme d'études et il était prestataire de la Sécurité du Revenu.

Le patient expliquait que le soir du délit, il s'était rendu au Collège pour son cours, mais que ce dernier avait été annulé. Il était quand même allé voir son professeur puis il s'est rendu au fumoir pour fumer une cigarette. C'est alors qu'il a contacté une personne, mais il n'a jamais voulu dire qui était cette personne et quel avait été le sujet de leur conversation. L'équipe soignante a tenté de lui faire parler de cet appel, qui serait en fait l'élément déclencheur majeur, mais monsieur a toujours refusé, alléguant que cette discussion « n'avait pas rapport », car il ne voulait pas culpabiliser cette personne. Toutefois, il affirme que : « c'est cette chose-là qui m'a frappé dans mon esprit ». Il reconnaissait que cette conversation téléphonique avait engendré « tout ce qui a de mauvais ». Par la suite, il s'est senti devenir de plus en plus nerveux. Il décrivait même de la haine et de la « furiosité », « j'étais comme un volcan ». Il se serait mis à trembler

et à ressentir une tension intolérable à l'intérieur de lui. Il se rappelait être sorti du Collège et qu'il voyait des voitures stationnées. Sa mère l'aurait appelé sur son cellulaire, mais il ne se rappelait pas ce qu'ils s'étaient dit : « J'étais comme dans un autre monde ». Par la suite, monsieur a toujours maintenu qu'il ne se souvenait pas de ce qui s'était passé. Il se serait « réveillé » en voyant l'homme ensanglanté qui courait et il se demandait pourquoi lui aussi courait : « je ne me rendais pas compte que j'avais un couteau dans les mains ». Il se serait alors arrêté et il aurait contacté les policiers. Le patient dit qu'il se sentait en pleine confusion et qu'il tentait de comprendre ce qui se passait : « je savais pas vraiment que c'était moi pis pourquoi le gars était en train de mourir ». Concernant l'arme du crime, il savait que ce couteau lui appartenait, mais il alléguait qu'il n'a jamais compris pourquoi il l'avait en sa possession.

Le patient rapportait que la journée où il a commis son passage à l'acte, il avait bu environ 300 ml de vodka cinq heures avant les événements. Il aurait pris trois grammes de cocaïne plus tôt dans la journée (le délit a été fait vers 21 h). Il affirmait par contre qu'au moment où il a poignardé l'homme, il ne se sentait pas du tout en état d'ébriété. Dans les rapports policiers, au moment de l'arrestation, on a noté une haleine éthylique chez le patient.

Dans les semaines précédant le passage à l'acte, selon le patient, il allait de moins en moins bien. Il consommait plus d'alcool et de cocaïne. Il ne dormait presque plus. Il prenait des substances telles que « Énergex » et d'autres produits pour tenter

d'augmenter son appétit et son énergie. Il avait perdu du poids. Il reconnaît qu'il était nettement plus irritable avec sa famille et suite à une altercation, ses parents avaient même contacté les policiers pour qu'ils viennent le chercher. Il était quand même retourné vivre chez lui. Quelques nuits avant le drame, le patient était chez lui et il fut réveillé par le détecteur de fumée. Sa mère lui aurait alors dit qu'il avait mis son portefeuille dans le four. Il ne se souvenait pas pourquoi il avait fait cela, mais il a admis avoir consommé de l'alcool et des drogues au cours de cette soirée.

Lors des rencontres avec les parents du patient, ceux-ci ont confirmé que dans les semaines précédant l'arrestation de leur fils, il ne dormait pas la nuit. Il travaillait à l'ordinateur ou il regardait la télévision. Ils ne peuvent même pas affirmer s'il dormait le jour. Environ trois jours avant les gestes commis, le patient aurait brûlé tous ses documents personnels telles sa carte d'assurance-maladie, sa carte d'assurance sociale, etc. La mère précisait que ses documents, pour eux qui sont des immigrants, sont extrêmement importants et qu'elle ne comprenait pas pourquoi son fils avait posé ce geste. Les parents du patient étaient inquiets de la condition de leur fils. Il ne dormait plus, il avait perdu l'appétit et il était de plus en plus irritable. Quelques jours auparavant, il avait même frappé sa sœur lorsqu'il avait voulu s'asseoir à sa place devant l'ordinateur. Les parents du patient avaient dû contacter les policiers et lorsque les agents sont arrivés, leur fils est resté muet et n'a même pas contesté. Il avait été amené au poste de police, puis relâché. Par la suite, les parents du patient avaient accepté que leur fils revienne vivre à la maison. Pendant quelques semaines, il ne parlait plus et il

mangeait seul dans sa chambre. La mère racontait qu'elle était très inquiète la veille des événements. Donc, la journée du drame, elle aurait contacté souvent son fils sur son cellulaire pour savoir comment il allait. Son dernier appel aurait eu lieu vers 21 heures et il lui aurait dit de ne pas s'inquiéter, qu'il s'en venait. Voyant qu'il était en retard, elle aurait tenté de le rappeler au cours de cette soirée, mais il ne répondait plus. Par la suite, ses parents ont reçu l'appel des policiers leur expliquant que leur fils venait d'être mis en état d'arrestation et accusé de tentative de meurtre.

Perception de soi

Tout comme il en avait parlé avec son psychiatre traitant à l'établissement psychiatrique précédent, monsieur a l'impression depuis de nombreuses années qu'il a une deuxième personnalité qui vit à l'intérieur de lui. Le patient a discuté longuement de cette « nervosité » qui l'habite et qui peut être déclenchée par la moindre frustration. Selon ses dires, dans ces moments, il se sent extrêmement nerveux, ses mains tremblent et il dit même qu'il a de la difficulté à les contrôler. Toujours selon lui, il devient en lutte contre lui-même et, la majorité du temps, il perdait cette lutte, et conséquemment, le contrôle de ses gestes. Il a raconté plusieurs événements pour démontrer cette situation. Par exemple, deux ou trois semaines avant les gestes dont on l'accuse, il se trouvait dans le métro. Deux hommes de race noire fumaient de la marijuana et, par la fumée, ils incommodaient une jeune femme qui s'est mise à tousser. Monsieur considérait que ça n'avait pas de sens et il aurait demandé à un des hommes de cesser de fumer. L'autre aurait répondu : « c'est quoi ton problème ». Arrivé à sa station, les deux hommes

l'auraient suivi et ensuite le patient affirme qu'il ne se souvenait plus de ce qui s'était passé. Le lendemain à son réveil, il a vu près de son lit une machette ensanglantée qui ne lui appartenait pas. Il n'était pas blessé. Plus tard dans la journée, un camarade de classe lui a dit qu'il l'avait vu se battre avec deux hommes la veille dans une station de métro.

Le patient a aussi raconté que des évènements similaires s'étaient produits lorsqu'il se trouvait détenu au Centre de détention lors de son arrestation pour le présent délit et à l'institut psychiatrique précédent son transfert au Centre Hospitalier du Centre-de-la-Mauricie. À la prison, il partageait sa cellule avec un codétenu qui aurait été confiné dans sa cellule pour des raisons disciplinaires. Le patient ne pouvait lui non plus intégrer sa cellule. Il aurait argumenté avec la gardienne, puis il aurait senti monter sa nervosité. Il s'est mis à marcher de long en large, il ressentait comme des engelures au bout des doigts puis dans toute sa main jusqu'à sa nuque. Il s'est senti trembler et devenir très agressif. Il croit qu'il a même crié. Il ne savait pas ce qu'il avait fait par la suite, mais il fut amené à l'infirmerie et calmé par les gardiens qui lui ont parlé. On aurait alors soulevé l'hypothèse d'une crise d'épilepsie. Un événement semblable serait survenu, toujours à l'institut psychiatrique précédent, et par la suite, on lui aurait dit qu'il s'était frappé la tête sur les murs et qu'il aurait donné des coups de poing dans une porte. Ceci a d'ailleurs été mentionné dans le rapport de son médecin. Le patient se souvenait seulement de s'être senti très nerveux et qu'il avait été pris de tremblements.

Histoire personnelle

Les informations concernant l'histoire du patient ont été rapportées par le père et la mère du patient, par lui-même lors d'entrevues cliniques ainsi que dans le dossier psychiatrique. Le patient est âgé de 21 ans. Selon la mère, sa grossesse a été difficile, car à sept mois de gestation, madame a été témoin d'une crise d'épilepsie de son beau-frère. Elle dit avoir eu un choc, et par la suite, elle aurait eu des saignements et on lui aurait recommandé de rester couchée pendant plusieurs semaines. L'accouchement aurait été difficile, mais l'enfant était normal. Madame rapporte que le patient était un enfant difficile. Il pleurait beaucoup, et elle devait l'avoir dans ses bras continuellement. Il ne semblait jamais satisfait. Elle l'a nourri au sein jusqu'à l'âge d'un an. Concernant son développement psychomoteur, il aurait parlé rapidement et marché tôt. C'était un enfant précoce, mais il était très colérique. Il faisait des crises et il aimait se disputer. Il était jaloux de sa sœur qui est de deux ans sa cadette. À l'âge de cinq ans, à la garderie, il se cachait et riait de voir les éducateurs le chercher. Il a commencé à jouer au soccer très tôt. Il était très talentueux et passionné de ce sport.

À l'école primaire, selon la mère, il était intelligent, mais indiscipliné. Il réussissait bien, particulièrement en sciences. Elle rapporte que le patient ne comprenait pas les limites. Vers l'âge de dix ans, il disait à ses copains qu'il se casserait le bras en sautant d'un mur. Il aurait sauté au moins une dizaine de fois avant d'effectivement finir par se casser le bras. Vers l'âge de douze ans, il aimait jouer à « faire semblant » qu'il tuait sa sœur. Également, il aurait fait très peur à sa grand-mère, qui le gardait, en essayant de

descendre du balcon du troisième étage où il demeurait. La mère a décrit un tableau d'hyperactivité assez typique chez son fils qu'elle caractérisait comme un enfant qui n'accordait pas d'importance aux choses, il brisait souvent des objets. Il bougeait sans arrêt. Il faisait plusieurs activités en même temps, mais également, il s'en lassait rapidement. Il écoutait peu en classe à l'exception des mathématiques. Il interrompait les autres, il argumentait. La mère décrit également son fils comme étant « dur ». Il se faisait souvent mal en jouant, mais il ne pleurait pas.

À l'école secondaire, monsieur a eu des difficultés scolaires. Il n'étudiait pas, il était peu concentré. Ses parents l'ont changé d'école, mais sans succès. Il restait à la maison et il jouait au soccer. Vers l'âge de 17 ou 18 ans, son entraîneur de soccer l'aurait mis à la porte et il devint encore plus renfermé sur lui-même. Il consommait alors de l'alcool et il se serait même retrouvé hospitalisé, car il était trop intoxiqué. Il fut gardé vingt-quatre heures. Ses parents affirment qu'ils ignoraient que leur fils pouvait boire autant et qu'ils étaient étonnés d'apprendre aujourd'hui qu'il présentait un problème d'abus d'alcool et de cocaïne.

Le patient décrit son adolescence comme une période d'errance, de questionnements. Sa pire période de consommation a eu lieu entre 16 et 18 ans. Il expliquait qu'il lisait des livres de philosophie pour trouver un sens à sa vie et des réponses à ses questions. Il s'est mis à lire Rimbault et il s'est associé à ses écrits. Durant cette période, monsieur croyait qu'il devait être « en folie constante » pour

comprendre la vie. Il se droguait par l'alcool, les Valiums, et il s'est injecté de la morphine. Il racontait qu'il écoutait de la musique bizarre. Son rythme de vie était complètement chambardé. Cet épisode aurait duré des mois. Il s'est mis à écrire des poèmes et à dessiner. Il croyait voir des esprits, et il est devenu un « disciple de Jim Morrison ». Tout comme Jim Morrison, il croyait qu'un esprit était entré dans son corps : « j'étais vite devenu avec une énergie étrange en dedans de moi ». Il ne fonctionnait plus du tout, il ne travaillait pas. Il aurait battu son père et sa sœur et brisé des objets. Il n'endurait aucune frustration de la part de sa famille. Il croit maintenant que ce mode de vie l'a rendu impulsif, comme une bête. Il dit : « j'ai travaillé pour devenir nerveux, pour faire entrer le mal ».

À son arrivée au Canada, le patient a continué à consommer de l'alcool et dans les dernières semaines avant le délit, il consommait de la cocaïne. Il expliquait qu'il sortait seul dans un bar. Il buvait de la vodka, il prenait de la cocaïne, et ce, plusieurs fois par semaine. Selon les dires du client : « Je faisais ça pour me sortir de mon deuxième ». Il affirmait que lorsqu'il consommait de la cocaïne, cette substance diminuait « sa nervosité ».

Le patient est demeuré très évasif concernant ses relations amoureuses, prétextant qu'elles avaient été « tellement blessantes ». Il a toutefois raconté que depuis son arrivée au Canada, il avait fait la connaissance d'une jeune fille dont il est tombé très amoureux. Ils travaillaient ensemble puis ils ont commencé à se fréquenter en dehors des ateliers.

Monsieur a été très énigmatique face à l'évolution de cette relation. Il a mentionné : « qu'elle voyait la peinture, mais que parfois elle a vu le peintre, elle a vu que le peintre n'était pas parfait ». Il a aussi rapporté qu'elle n'a pas su quelle sorte de vie il menait. Comme il fut mentionné dans la situation délictuelle, monsieur aurait contacté « une chose » peu avant le délit et cet appel a déclenché une grande colère. L'équipe soignante a donc émis l'hypothèse que cet appel ait pu être en relation avec une rupture amoureuse ou une autre forme d'abandon, mais le patient n'a jamais voulu nous confirmer cette hypothèse.

Guerre civile et séquestration

La mère du patient a aussi donné des détails concernant le climat politique dans leur pays natal. Une guerre civile qu'elle décrit comme une « contre-révolution » a éclaté, alors que le patient était âgé de quatorze ans. Sa mère rapporte que les magasins d'armes étaient ouverts à tous. Plusieurs personnes auraient été blessées. Le patient aurait toujours été attiré par les armes, mais son père le surveillait et il aurait toujours empêché son fils d'en posséder une. À la même époque, le patient aurait disparu pendant environ vingt-quatre heures. Ses parents étaient très inquiets, ils n'avaient aucune nouvelle de lui. Il serait revenu blessé au visage, disant qu'il avait passé tout ce temps chez un ami. C'est seulement lors de sa première hospitalisation, suite à son arrestation, qu'il aurait raconté ce qui s'est passé pendant ces vingt-quatre heures. Il n'en avait jamais parlé à ses parents auparavant. La mère rapportait qu'après cette journée de disparition, le patient était devenu beaucoup plus agressif, et ce, sans raison. Il passait

rapidement d'un état à l'autre, il était plus impulsif et plus colérique. En fait, le patient et un ami auraient été kidnappés par un gang. Ils auraient été fait prisonniers durant une journée. Pendant ces vingt-quatre heures, le patient aurait été frappé, humilié, maltraité physiquement et psychologiquement. Il aurait été gardé près d'un cadavre et on lui répétait qu'il lui arriverait la même chose. Il était certain de mourir, d'autant plus qu'on lui aurait tiré une balle près de la tête. Le patient et son copain furent ensuite relâchés, car les gens de la gang se sont rendus compte qu'ils se trompaient sur leur identité et que ce n'était pas eux qu'ils recherchaient. Ils ont marché environ cent mètres, puis se seraient fait tirer dessus par la gang. C'est le gardien d'une usine à proximité qui les aurait aidés. Ils ont finalement réussi à retourner à leur domicile. À son arrivée chez lui, le patient s'est fait questionner par ses parents sur ses blessures au visage. Il n'a jamais voulu se confier à eux de peur de mettre sa famille en danger. Il aurait toutefois conçu un plan pour se venger. Il aurait voulu faire exploser le bar que fréquentait ce gang, mais il n'aurait pas mis son plan à exécution pour ne pas mettre en péril leur projet d'immigration au Canada.

Suite à cet enlèvement, il racontait qu'il s'était mis à faire des cauchemars. Il avait régulièrement des « flash-back » de certaines scènes. Il éviterait les tunnels depuis. Il racontait aussi qu'il s'est senti désabusé et détaché de tout. Il aurait alors entrepris une quête pour trouver un sens à sa vie. Il se cherchait une « philosophie de vie ». Le patient affirme qu'il a cru qu'il aurait dû mourir, mais que Dieu avait changé d'idée. La mère de monsieur expliquait que le climat était terrible lors de cette guerre civile, qu'il y avait

beaucoup de prostitution et de fraudes. Dans la pire période, la famille du patient se barricadait la nuit pour se protéger et même la mère avait organisé un placard pour que ses enfants puissent s'y cacher. Elle rapportait que plusieurs personnes étaient décédées accidentellement en raison de balles perdues.

Intégration au Canada

Avant son arrivée au Canada, cela faisait environ cinq ans que ses parents avaient entrepris des démarches pour obtenir leur résidence permanente au pays. Le patient expliquait qu'au début, il s'est senti « plus que dépaysé ». Il expliquait que, dans les premiers temps, il n'avait pas d'ami, il ne connaissait pas la culture. Ensuite, sa mère lui a trouvé un emploi dans un atelier jeunesse où il avait comme tâches d'assembler des lampes et de remplir des boîtes de vis. C'est surtout à cet atelier qu'il a appris à parler le français. Il rapportait qu'il s'est débrouillé assez rapidement, mais il ne savait pas écrire. À cette époque, il était en attente pour fréquenter un « carrefour d'intégration ». Lorsqu'il fut appelé, on a constaté qu'il était assez avancé au niveau de la conversation. Monsieur mentionnait qu'un de ses professeurs l'avait grandement aidé et qu'il s'est aussi fait quelques amis. Environ un an plus tard, il s'est inscrit à un Collège afin de poursuivre son apprentissage du français. Il voulait jouer au soccer, mais les règlements le lui interdisaient. Il a toutefois aidé à superviser les gardiens de but. Parallèlement à ses études, il fréquentait régulièrement l'Église où il aidait son pasteur. Le patient affirmait que le jour il était correct, mais le soir il sortait : « je faisais une double vie, j'étais un ange le jour et un diable le soir ».

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Le patient aurait subi plusieurs traumatismes crâniens avec au moins une commotion cérébrale dans l'enfance alors qu'il aurait reçu un coup de pied à l'œil droit. Cet accident aurait causé une cécité partielle de son œil droit suite à un décollement rétinien. Le patient a rapporté également d'autres traumatismes crâniens dans des contextes d'accidents ou lors de joutes de soccer. Depuis son arrivée au Canada, le patient aurait subi des chirurgies au laser à quatre reprises pour ses traumatismes à l'œil droit. Il en garde une vision centrale qu'il évalue à environ 30%. Par ailleurs, autant au cours de son séjour à notre institut qu'au précédent, le patient a subi des tests sanguins qui se sont avérés normaux, tout comme l'examen physique qui fut effectué par le médecin de notre établissement. Un CT scan cérébral a été refait et il s'est avéré normal. Le patient souffrait de paralysie du sommeil depuis l'enfance. Ce trouble du sommeil avait été fluctuant au fil des ans. Lorsqu'il a été évalué à l'autre établissement psychiatrique, son médecin a débuté l'administration du médicament Topamax et son trouble du sommeil a été nettement amélioré depuis.

Antécédents psychiatriques familiaux

Le père du patient aurait présenté des difficultés d'adaptation avec des symptômes anxio dépressifs vers l'âge de vingt ans. On sait également que l'oncle paternel serait connu pour souffrir d'épilepsie. Par ailleurs, il n'y a pas d'histoire de schizophrénie ou de trouble affectif bipolaire dans la famille. Il n'y a pas eu non plus de suicide dans la famille.

Diagnostics antérieurs dans la cause actuelle

Durant cette démarche d'évaluation, comme il a été mentionné précédemment, plusieurs hypothèses diagnostiques ont été élaborées. Nous avons débuté notre évaluation avec la lecture des dossiers antérieurs du patient lors de son séjour à l'autre établissement psychiatrique. Le psychiatre qu'il l'a rencontré a noté les diagnostics suivants : abus et dépendance aux drogues (cocaïne) et à l'alcool, possibilité d'un trouble déficitaire de l'attention forme résiduelle de l'adulte et traits de personnalité limite. De plus, le psychiatre ne croyait pas à l'histoire de double personnalité ainsi qu'à la dissociation. Il mentionnait que son geste non motivé de l'extérieur ne répondait pas à une condition psychotique et qu'il serait survenu dans un contexte toxique. Il n'aurait pas non plus d'indicateur que les gestes reprochés au patient puissent être un phénomène d'origine épileptique ou lié à une maladie neurologique. Les facteurs déclencheurs immédiats de son délit, selon le rapport de la psychiatre, étaient donc un abus accru de cocaïne et d'alcool et une privation importante de sommeil.

Conclusion de la problématique

Les questions préliminaires quant à l'état mental de celui qui a posé un tel geste d'agression sont maintenues et mêmes accentuées. L'histoire récente ou éloignée de cette personne décrit un fonctionnement psychologique très précaire et imprévisible qui pointe davantage vers un comportement impulsif que vers un comportement prémédité. Les hypothèses d'une dissociation ou d'une décompensation psychotique momentanée sous l'effet ou non d'alcool et/ou de drogues sont toujours plausibles. L'hypothèse d'un

syndrome de stress post-traumatique est davantage vraisemblable après les détails de son histoire alors que l'hypothèse de psychopathie l'est moins.

Le chapitre suivant rapporte les écrits théoriques et empiriques pertinents à cette problématique dans le but d'apporter un éclairage sur un tel phénomène et de préciser les hypothèses à vérifier.

Chapitre 2

Contexte théorique

Le mandat de l'évaluation psychologique consistait essentiellement à établir la possibilité ou non d'un épisode psychotique chez le patient lorsqu'il a posé le geste hétéroagressif. Nous débutons donc notre recherche avec cette première interrogation. Le patient était-il ou non psychotique lorsqu'il a agressé cet inconnu?

Le délit commis par le patient est rare, mais il n'est pas unique. Des chercheurs et cliniciens se sont intéressés à ces crimes sans motif apparent dont les auteurs disent ne pas se souvenir. Le patient a toujours affirmé de ne pas savoir pourquoi il avait commis ce geste, et même qu'il n'en avait aucun souvenir. Sa mémoire lui serait revenue lorsqu'il a vu sa victime ensanglantée en train de courir pour demander de l'aide. Selon Millaud (1998), il arrive fréquemment que les patients ne se reconnaissent pas dans leur passage à l'acte. Ceux-ci affirment que leur corps agit comme s'il ne leur appartenait plus, que des forces extérieures à eux les ont contrôlés, ont contrôlé leur cerveau pour les faire agir. Toujours selon Millaud (1998), cette incongruence entre ce qui est dit et ce qui est fait est associée à un défaut de mentalisation, celle-ci jouant le rôle « d'agent unificateur » de la parole et de l'action. Léveillé (2001) définit le processus de mentalisation comme l'action de mettre des mots sur les tensions internes.

Millaud (1998) affirme que la mentalisation est toujours très perturbée dans la structure psychotique. Le processus de mentalisation est inexistant du fait d'une incapacité du patient à organiser sa pensée. Le psychisme du psychotique étant incapable de contenir les pulsions, les agirs sont donc les témoins de cette emprise.

De plus, Millaud (1998) parle de l'homicide par « concrétisation de l'agressivité » dans les cas de schizophrénie.

Dans ces cas, le délit est précédé d'une période dans laquelle le schizophrène se montre très anxieux, agité du point de vue psychique et moteur, présente un état délirant et verbalise des contenus agressifs envers son entourage. Cette période peut être suivie, apparemment sans lien, de la décharge de ces tensions dans un acte meurtrier qui arrive à l'improviste et dont il n'est pas capable immédiatement après le délit de donner des explications. Ce genre d'homicide est souvent accompli avec une technique d'exécution brutale et apparaît fréquemment à un niveau plus manifeste comme une agression réactionnelle. (Millaud, 1998, p. 86).

Guttmacher (1965) affirme également qu'il existe des cas d'homicide commis par des personnalités pathologiques et dont les circonstances sont évocatrices d'un acte psychotique sans que rien, tant au moment de l'évaluation psychiatrique qu'ultérieurement, ne permette d'affirmer l'existence d'une psychose.

Le diagnostic du trouble de la personnalité limite était également considéré comme probable chez ce patient. Millaud (1998), affirme que dans les organisations limites, il est possible de croire que le dysfonctionnement du processus de mentalisation se traduit souvent sur le mode de la tentative d'évacuation de la pensée. Le passage à l'acte est donc l'outil utilisé pour éviter tout contact avec l'angoisse ou plutôt pour l'évacuer.

Selon Duguay et al. (1984), le caractère impulsif et imprévisible est caractéristique des états-limites. Kernberg (cité dans Duguay & al., 1984) différencie un niveau inférieur d'organisation et un niveau supérieur de l'organisation limite. Au bas de l'échelle, il place le prépsychotique, l'antisocial et l'impulsif. Il est donc possible qu'un épisode psychotique puisse survenir chez l'état-limite, se situant au bas de l'échelle, suite à des stress intenses. L'état-limite tolère mal les situations stressantes et réagit avec une perte de contrôle. Suite à une étude comparative d'individus limites avec et sans passage à l'acte hétéroagressifs, Léveillé (2001) identifie des différences quant aux indices de mentalisation au Rorschach. Les protocoles des individus limites ayant commis des agirs hétéroagressifs présentent une rigidité des défenses plus élevées, des forces du Moi plus limitées, moins d'affects dépressifs et moins d'agressivité exprimée de manière directe.

Pour ce qui est de la présence de psychopathie chez le patient, cette hypothèse a également été considérée. À première vue, certains items de l'échelle de psychopathie de Hare (1996) semblaient caractériser ce patient : surestimation de soi, l'absence de remords ou de culpabilité, faible maîtrise de soi, apparition précoce de problèmes de comportement, impulsivité, irresponsabilité, et l'incapacité d'assumer la responsabilité de ses faits et gestes. Lors des rencontres multidisciplinaires, cette hypothèse a été rejetée d'emblée par le psychiatre traitant affirmant que le patient ne correspondait pas au profil du psychopathe. Son profil correspondait davantage à un jeune homme antisocial et immature présentant des difficultés dans le contrôle de ses pulsions internes.

Nous avons mentionné dans l'histoire personnelle du patient qu'il avait vécu, pendant quelques années, une guerre civile dans son pays natal. En plus d'être exposé à cette violence, il a vécu un traumatisme important lorsqu'il a été victime d'un enlèvement durant vingt-quatre heures par une bande rivale. Il aurait eu peur pour sa vie et celle de son ami lorsqu'ils ont été placés près d'un cadavre et qu'ils auraient eu une arme pointée sur leur tête. La possibilité que le patient ait vécu un stress post-traumatique n'est donc pas à négliger.

Selon Osseiran-Houballah (2003),

L'adolescent est exposé, spécifiquement dans des groupes armés, à réaliser des actions morcelées qui l'habituent à l'incohérence de l'investissement extrême de systèmes d'actions clos. La vivacité de ces passages à l'acte le met dans l'incapacité de mentaliser. Par ailleurs, la tension psychique interne constante à laquelle l'adolescent est soumis dans les conflits armés met en échec toute tentative d'investissement des processus de mentalisation. Cela se traduit dans la réalité par l'irruption de passages à l'acte soudains ou par des épisodes de confusion ou de déréalisation transitoire. (p. 41).

Cette description semble pertinente pour expliquer les processus sous-jacents aux actes du patient, qui seraient davantage compréhensibles chez quelqu'un en état de stress post-traumatique.

Un second élément que nous devons considérer lors de l'évaluation psychologique et la clarification diagnostique se rapporte à la possibilité d'une dissociation lors du geste délictueux. En effet, le patient affirme ne pas se souvenir du moment où il a attaqué sa victime. Sa mémoire étant revenue seulement lorsque la victime tentait de

s'enfuir. Il est revenu à lui, a remarqué ses mains ensanglantées, un couteau de pêche à la main et la victime courir. À ce moment, il ne comprenait pas ce qu'il avait fait, il a utilisé son téléphone cellulaire pour contacter les policiers. Le patient n'a pas tenté de s'enfuir, il est demeuré au même endroit jusqu'à l'arrivée des policiers. Le patient a admis avoir consommé de la cocaïne et de l'alcool avant son geste ainsi que les semaines précédentes comme l'indique son anamnèse.

Lors de l'évaluation psychologique et psychiatrique, il a été difficile d'affirmer si le patient avait vécu une période de dissociation au moment de son geste. Étant donné sa consommation de drogue et d'alcool, les causes possibles d'une période dissociative ou d'amnésie sont d'autant plus sombres. De plus, certains critères diagnostiques se chevauchent entre différents troubles ce qui augmente la difficulté de clarifier le diagnostic final.

En effet, Dutton, Ginkel et Landolt (cités dans Blackburn, 2000) observent chez des hommes violents des symptômes reliés au choc post-traumatique (dépression, anxiété, trouble du sommeil et symptômes rattachés à la dissociation tels que dépersonnalisation, retours en arrière et vertiges). Les hommes qui ont des comportements violents ont donc un profil qui ressemble, dans d'autres études, à ceux qui ont satisfait les critères du syndrome post-traumatique. Dans ces mêmes études sur les hommes violents, Ginkel et Landolt (cité dans Blackburn, 2000) observent des liens entre la jalousie, l'attachement craintif, la personnalité borderline et les états de stress

post-traumatique. Ils ont donc émis l'hypothèse que les traumatismes vécus dans l'enfance combinés à un attachement insécuré seraient à l'origine de la personnalité borderline qui craint l'abandon et qui réagit de manière pathologique à la séparation. Dutton (cité dans Blackburn, 2000) mentionne que la personnalité borderline pourrait régresser vers un état de dissociation étant donné sa fragilité intrapsychique face à la peur de perte d'objet. L'auteur fait référence aux trois niveaux de fonctionnement chez les personnalités borderlines émis par Gunderson (1984). Si ces personnalités se sentent en contact avec un objet qui les supporte, le sens de la réalité est intact. Lorsque l'objet se fait menaçant par la présence de frustrations ou la possibilité d'une perte, le sens de la réalité devient fragile, mais demeure intact. Cependant, lorsque l'objet devient absent, soit que le sens de la réalité demeure fragile, soit qu'il se produise des phénomènes de dissociation (dépersonnalisation, déréalisation) qui se rapportent à des tentatives intrapsychiques de ramener l'objet perdu.

Concernant la perte de souvenir, Guttmacher (1965), indique que :

Dans le type inorganisé, la rupture avec le réel est rendue évidente par le caractère chaotique de l'explosion, qui peut aller jusqu'à la perte de la conscience et du souvenir. Dans les éclats agressifs plus organisés, psychopathiques ou antisociaux, les altérations de la conscience sont rares, et la rupture avec le réel est susceptible d'être masquée par des rationalisations ou des justifications. (p.47).

Selon Debray, Granger et Azais (cité par Duguay & al., 1984), l'origine du trouble dissociatif est émotionnelle. Ces troubles sont observables chez les individus émotifs ayant une personnalité sensible. Cependant, leur survenue répétée, à partir d'un

traumatisme initial, peut être à l'origine d'une personnalité pathologique telle que la personnalité limite où l'angoisse et le flou autobiographique sont des éléments prédominants.

Pour conclure, les éléments élaborés dans le contexte théorique nous amènent à aller vérifier des hypothèses pouvant nous aider à mieux comprendre et expliquer le geste du patient, soit une tentative de meurtre. Cette vérification se fera à travers les résultats aux différents tests ainsi qu'avec l'aide des éléments de son anamnèse.

Les hypothèses à examiner concernent, en premier lieu, la possibilité que la structure de personnalité du patient soit dans le registre état-limite, située à un échelon inférieur selon la théorie de Kernberg (1979). Suite à des traumatismes ou des stress importants, la personnalité du patient aurait basculé vers la lignée psychotique et il aurait vécu un épisode psychotique lors du geste dont on l'accuse. Nous examinerons également certains indices au Rorschach.

Concernant l'hypothèse de la présence d'un état de stress post-traumatique chez notre patient, il est possible de croire, suite aux éléments qu'on connaît de son histoire personnelle, qu'il puisse avoir des symptômes résiduels d'un traumatisme antérieur. L'important ici est de savoir quels sont ces symptômes qui peuvent avoir contribué à commettre cette tentative de meurtre.

En troisième lieu, l'hypothèse d'une période dissociative lors du geste demeure à vérifier. Le patient peut ne pas avoir de souvenir de l'acte qu'il a commis, mais quelle est la cause de cette amnésie? Il est probable qu'on retrouve chez lui un trouble dissociatif suite à un état de stress post-traumatique. Il est également possible qu'il ait régressé vers un état dissociatif dû à la fragilité de sa personnalité état-limite ainsi que suite à un stress important ou à une situation d'abandon.

Chapitre 3

Méthodologie

Le chapitre de méthodologie présente la pertinence d'utiliser une batterie de tests. Il présente aussi les différents instruments utilisés et leur justification.

Le mandat et la recherche qui y est associée ont d'abord été expliqués au patient qui les a acceptés (voir en Appendice C le formulaire de consentement ainsi que le formulaire d'engagement de l'étudiant et du directeur de recherche).

Étant donné la complexité de l'histoire personnelle du patient, la difficulté à expliquer son geste délictueux et à clarifier son diagnostic, l'utilisation de plusieurs tests a été suggérée afin d'en arriver à saisir le mieux possible la dynamique de sa personnalité. Selon Exner (1995), le rationnel de l'utilisation des tests en batterie a été largement commenté (Rapaport, Gill & Schafer, 1946; Piotrowski, 1958; Harrower, 1965). Il repose essentiellement sur deux éléments. D'une part, il n'existe aucun test qui puisse tout mesurer. Étant donné que différents tests se concentrent sur diverses dimensions ou fonctions d'un sujet, l'application d'une batterie de tests fournit donc en ensemble plus large de données qui permettent d'évaluer la personne totale. D'autre part, les tests se recouvrent souvent partiellement, donc cela permet ainsi de faire une validation croisée des résultats obtenus à un test. On considère que la procédure en batterie permet de diminuer les erreurs et de maximiser la précision. Les partisans de

l'utilisation d'une batterie de tests proposent de la considérer comme un échantillonnage de comportements divers et ils remarquent que les résultats obtenus à partir d'un test unique engendrent plus de spéculation, alors qu'un ensemble de données tirées de plusieurs instruments donne aux conclusions un caractère plus sûr.

Au cours du processus d'évaluation et des rencontres multidisciplinaires concernant le patient, une difficulté rencontrée était que ce qui ressortait des tests ne correspondait pas toujours à ce qu'on pouvait observer du patient sur l'unité ou en entrevue. En fait, ce qui est observable en entrevue clinique ne révèle pas toujours la psychopathologie au niveau intrapsychique. C'est ce qui nous a amenés à vouloir approfondir notre compréhension de ce patient en utilisant une batterie de tests psychométriques et projectifs.

Notre mandat consistait donc à faire une évaluation psychologique complète puisque l'évaluation précédente ne comprenait pas les tests de personnalité, qui, selon nous, peuvent apporter des éléments importants afin de comprendre la problématique de ce patient et aider à la clarification du niveau de sa responsabilité criminelle. Donc, à partir de l'anamnèse, de son dossier psychiatrique et des tests psychométriques, nous tenterons d'élucider le motif de l'agression dont le patient est accusé.

Afin de répondre le mieux possible au mandat demandé, plusieurs tests ont été administrés au patient : le test projectif du Rorschach, l'inventaire de personnalité

multiphasique du Minnesota-2, l'inventaire clinique multiaxiale de Millon-III, ainsi que la troisième édition de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes. Le patient a refusé de passer les méthodes graphiques. L'analyse des résultats du Rorschach sera présentée en annexe.

Le choix des instruments a été fait en fonction de leur spécificité et de leur complémentarité. En premier lieu, les tests de personnalité ont été priorités, car ils permettent d'obtenir des données sur l'état psychologique d'un individu. Ils donnent des indices sur la psychopathologie de celui-ci et sur des caractéristiques de sa personnalité. Ces tests sont de deux types : les tests objectifs et les tests projectifs. En ce qui concerne les tests objectifs ou les inventaires de personnalité, l'Inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota (MMPI-II) et l'Inventaire clinique multiaxial de Millon (MCMI-III) ont été choisis. Selon Villaggi (2001), le MMPI-II est l'instrument le plus soutenu par les recherches empiriques pour évaluer la présence d'un syndrome clinique spécifique à l'Axe I du DSM IV. L'individu doit choisir parmi des centaines de comportements les comportements qu'il reconnaît avoir. En comparant les réponses de l'individu à une population psychiatisée qui a servi à la validation, le test présente un profil selon plusieurs échelles cliniques et une interprétation spécifique à l'individu. Le MCMI-III sert aussi à prédire et à déterminer un large éventail de caractéristiques cliniques chez l'adulte. Ce test a été interprété en utilisant le Système d'interprétation MMPI-2 Windows développé par Gagnon (1997) en plus de la méthode traditionnelle. Par ailleurs, selon Villaggi (2001), le MCMI-III est souvent considéré comme

complémentaire au MMPI-II parce qu'il a été construit pour évaluer les traits de la personnalité et ses troubles selon l'Axe II du DSM IV.

Plutôt que de choisir des comportements qui s'apparentent aux leurs, les méthodes projectives de la personnalité exigent quant à elles que la personne évaluée fournisse une production ou des réponses à partir de stimuli plus ou moins ambigus. Ces méthodes visent davantage une évaluation de l'unicité de l'individu, le fonctionnement de sa pensée et les particularités de sa personnalité. Elles fournissent des informations sur les pulsions, les mécanismes de défense et les conflits intrapsychiques. Ces méthodes donnent accès aux aspects cachés de la personnalité. Il est plus difficile de feindre ou de simuler un comportement dans ces tests. Dans cette évaluation psychologique, les tests projectifs qui ont été choisis sont : le Rorschach, et le test des dessins. Le Rorschach est interprété selon la méthode d'Exner (1995, 1998 et 2003). La démarche détaillée de l'interprétation est présentée en appendice A.

Dans les inventaires de personnalité, le patient peut contrôler rationnellement ses réponses, il peut se montrer mieux ou pire qu'il ne l'est en réalité. Ces résultats nous donnent davantage des données qui sont plus près de ce qui est observable et conscient chez le patient alors que les méthodes projectives nous donnent accès aux problématiques inconscientes du patient. Selon Chabert (1997), la finesse du Rorschach rend possible la détection, chez un individu, de signes discrets pouvant révéler la présence cachée de processus psychologiques qui avaient échappé à l'observation et à

l'entrevue clinique. De plus, le Rorschach conduit à une estimation dynamique des ressources actuelles et latentes d'un individu, ainsi que de ses points vulnérables. En fait, si les inventaires s'adressent davantage au niveau conscient, le Rorschach et les dessins s'adressent respectivement à des niveaux de plus en plus inconscients. Les épreuves graphiques sont les moins structurées étant donné que le patient se retrouve devant une feuille blanche. Elles peuvent aller chercher des éléments encore plus archaïques que le Rorschach. En utilisant ces divers instruments, il est possible d'avoir des informations sur l'ensemble du fonctionnement psychologique d'un patient à plusieurs niveaux d'organisation (Lemaire, 2005).

Un dernier instrument a été sélectionné lors de cette évaluation : l'échelle d'intelligence de Weschler pour adulte. En plus de sa contribution à la clarification de la problématique générale, nous avons choisi ce test pour une raison plus précise. Lors d'une évaluation préliminaire dans un autre établissement psychiatrique, le patient avait passé seulement quelques sous-tests de cette échelle d'intelligence et on soupçonnait des difficultés de concentration et d'attention qui devaient être vérifiées plus profondément. De plus, ce test peut aussi permettre, selon Villaggi (2001), d'identifier des problèmes cérébraux et, dans certains cas, des troubles profonds de la personnalité tels que la psychoses ou les délires.

En ce qui concerne la validité et la fiabilité des tests, Parisien (cité dans Villaggi, 2001) affirme que le MCMI-III, le MMPI-II et le Rorschach sont parmi les tests de

personnalité qui ont donné lieu aux plus grand nombre de publications. L'échelle d'intelligence de Weschler est un instrument classique dans la mesure de l'intelligence. Elle a été perfectionnée au fil du temps, modifiée et présentée sous diverses formes, et adaptée à des populations diverses.

Le chapitre suivant présentera les résultats du patient à ces tests.

Chapitre 4

Présentation des résultats

Les résultats tirés des observations cliniques et des entrevues sont maintenant présentés complétés des résultats aux différents tests. Ces résultats sont suivis d'une synthèse et de recommandations.

Observations et entrevues cliniques

Lors de la présentation de la procédure d'évaluation, à la première rencontre, le patient se montre collaborant et satisfait de l'aide qu'il lui est apportée. Cependant, au cours de l'évaluation, il se montre défensif en dénigrant les tests utilisés et en disant qu'il n'en voit pas la pertinence pour comprendre son problème. Il dit aimer mieux les entrevues cliniques, mais il y démontre encore une fois de la réticence et du contrôle en voulant décider lui-même des thèmes à aborder. Il décide du moment de ses pauses en se plaignant de problèmes de concentration et de patience. Il adopte à l'occasion une attitude hautaine face à l'évaluatrice en disant qu'elle ne pourrait pas comprendre ce qui se passe dans sa tête. À quelques reprises, il refuse de répondre aux questions. Il préfère ne pas donner d'information sur son passé et il devient alors plus agité.

Le patient est bien orienté dans les trois sphères. Ses propos sont cohérents. Il y a absence de délire et d'hallucination. Son regard est soutenu et son expression verbale est adéquate (ton et débit). La présence de culpabilité chez le patient face à son geste est

difficilement observable. Lorsqu'on le questionne à ce sujet, il dit qu'il sait que c'est mal, qu'il regrette et qu'il est heureux que la victime n'ait pas été une femme, un enfant, ou une personne âgée. De façon générale, ses affects semblent plutôt neutres.

Il affirme avec une certaine insistance posséder deux personnalités : une bonne et une mauvaise. Il dit craindre de ne pas être cru par son équipe traitante. Il ajoute que s'il va au centre de détention et qu'il n'a pas de traitement, il va probablement aller jusqu'à tuer quelqu'un suite à sa libération. Il demande de l'aide ouvertement et dit qu'il se sent mieux depuis qu'il a été arrêté parce qu'il ne peut plus faire de mal à personne.

Résultats au MMPI-II

Les échelles de contrôle indiquent que les résultats sont valides. Cependant, il est possible que le patient ait adopté une attitude défensive vis-à-vis du test.

En premier lieu, le test indique la présence très importante d'éléments de psychopathologie. On note des problèmes d'adaptation générale allant de très importants à majeurs. Le patient semble correspondre au profil des personnes qui éprouvent souvent des difficultés de concentration, des problèmes de mémoire, des problèmes de la pensée et des idées bizarres. Ces personnes craignent souvent de perdre le contrôle et elles semblent lutter pour maintenir un contact avec la réalité.

Au niveau de l'axe II, les résultats au MMPI indiquent la présence d'un trouble de la personnalité limite. Ce trouble de la personnalité paraît se caractériser chez le patient par des colères intenses et inappropriées et par l'angoisse d'abandon. Il tolère mal les situations stressantes et peut réagir avec pertes de contrôle, par des gestes impulsifs. Selon le MMPI, en période de grand conflit, stress ou abandon, il peut aller jusqu'à se sentir persécuté et présenter des symptômes de dissociation (dépersonnalisation). De plus, l'instabilité et l'impulsivité qu'on retrouve chez le patient peuvent être accompagnées par l'abus de substances.

En plus des traits limites, le patient présente, selon le test, des traits de la personnalité histrionique et antisociale. Les traits histrioniques semblent se caractériser chez lui par une tendance à l'extraversion, des réponses émotionnelles excessives et par la recherche d'attention. De plus, on remarque la présence de plaintes somatiques multiples de même que des difficultés à exprimer son hostilité. Pour ce qui est des traits antisociaux, on remarque une tendance au mépris d'autrui et à la transgression des normes de la société. De plus, le passage à l'acte hétéro agressif peut être une réaction fréquente lorsqu'il fait face à une situation complexe et angoissante.

Il se peut qu'il ait tendance à la manipulation dans le sens où il est possible qu'il utilise ses symptômes pour parvenir à des gains secondaires. Les résultats au MMPI suggèrent également la présence d'un niveau important de colère et d'hostilité. Le patient peut être perçu comme quelqu'un d'irritable, d'impatient, susceptible de perdre

le contrôle et être physiquement abusif. Son instabilité et sa désinhibition peuvent l'amener à adopter une attitude agressive. De plus, il aurait de la difficulté à accepter les conséquences de ses gestes. Des éléments dépressifs sont également retrouvés de façon significative tels que la rumination, des pensées négatives récurrentes, un manque d'énergie et le sentiment d'être envahi par les problèmes.

Résultats au Rorschach

Le patient s'est montré collaborant lors de la passation du test tout en contrôlant son implication.

Les résultats au Rorschach démontrent que le patient adopterait un style extraversif en ce qui concerne ses stratégies d'adaptation. Ses prises de décision sont influencées par ses émotions et celles-ci semblent prendre le dessus de façon significative. En ce qui concerne sa capacité de contrôle et de tolérance au stress, les résultats au Rorschach indiquent que le patient est présentement en état de surcharge émotionnelle. Son état est tel que même dans un environnement structuré, il est susceptible de perdre le contrôle et de se désorganiser. Il semble être vulnérable à la surcharge idéationnelle et affective de manière chronique. Des erreurs de jugement, des désorganisations affectives et des comportements irréfléchis sont très probables ainsi qu'une tendance importante à l'impulsivité. De plus, il semble que les conséquences psychologiques du stress soient diffuses et qu'elles interfèrent à la fois sur la pensée et sur les affects. Monsieur manque de ressources internes pour composer avec les stress qui proviennent de son

environnement. Il paraît ressentir de la pression qui lui cause des souffrances psychologiques. Celles-ci semblent être en lien avec une introspection centrée sur des traits négatifs, ainsi qu'avec la présence d'affects internes retenus, étouffés, à coloration dépressive. Cependant, il semble possible que ses affects dépressifs s'expriment à travers une défense maniaque, une fuite de la dépression plutôt qu'un ressenti conscient. De plus, les résultats démontrent la possibilité que les éléments dépressifs ne soient pas uniquement provoqués par une situation particulière, mais relèvent plutôt de caractéristiques de sa personnalité.

Au niveau affectif, le Rorschach démontre la présence d'un problème affectif important et handicapant chez le patient. On remarque une tendance opposante qui peut être colérique envers l'environnement et qui peut influencer sa prise de décision. En effet, le patient tend à mêler ses émotions à sa pensée lors des opérations de résolutions de problèmes. De plus, il paraît moins préoccupé par la nécessité de moduler ou de contrôler ses manifestations affectives. Donc, il semble que très peu de décisions soient prises en dehors de l'influence des émotions. La confusion émotionnelle semble donc présente, ce qui augmente le risque de débordement émotionnel étant donné sa tendance à complexifier les éléments de son environnement. Cette confusion émotionnelle l'amène à éviter les conflits ou bien à utiliser l'intellectualisation afin d'éviter d'être en contact avec ses émotions. Cette défense semble être utilisée de façon massive dans les situations stressantes. Cependant, il tend à devenir plus vulnérable à la désorganisation au cours d'expériences affectives intenses, car la défense devient moins efficace au fur et

à mesure qu'augmentent les stimuli affectifs. En effet, l'intellectualisation est pauvrement utilisée. Le discours intellectualisé et contrôlé est souvent désorganisé.

Au niveau cognitif, il semble que le patient analyse plus que la moyenne des gens. Beaucoup d'efforts sont investis lors du traitement de l'information et il semble très alerte et attentif à son environnement. De plus, ses attentes dépassent ses capacités ce qui augmente la probabilité de l'échec et les expériences de frustration.

Au niveau de la perception de la réalité, il semble que le patient est capable de voir la réalité comme tout le monde de façon générale, lors de situations évidentes. Cependant, une perte considérable est remarquée lors d'autres circonstances. Il se peut que cette perte d'efficacité soit provoquée par des interférences émotionnelles ou idéationnelles. Les résultats suggèrent la présence de distorsions perceptuelles et cognitives importantes. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que la tendance à produire des comportements non conventionnels est induite par des problèmes dans la perception de la réalité plutôt que de l'individualisme. De plus, ses comportements inappropriés semblent être teintés de colère et d'agressivité qu'il ressent face à son environnement.

Les résultats démontrent que le processus de pensée du patient est considérablement perturbé. Il tend à être désorganisé, décousu et fréquemment marqué par des jugements erronés. On remarque des discontinuités, de la difficulté à contrôler

ses pensées, de la confusion dans les limites internes et externes, ce qui peut amener l'hypothèse d'un processus de pensée se rapprochant du registre psychotique. De plus, il y a présence de rigidité cognitive qui l'amène à avoir de la difficulté à modifier ses attitudes et à regarder ses problèmes sous un autre angle.

Au niveau de la perception de soi, le patient semble manquer d'introspection. Si l'autocritique est présente, celle-ci est davantage centrée sur des traits négatifs de lui-même. Le Rorschach suggère l'hypothèse d'une préoccupation significative pour le corps. La voie somatique peut être une issue pour lui.

Au niveau des relations interpersonnelles, il semble voir les relations de façon mauvaise et il perçoit l'agressivité comme faisant naturellement partie des relations. Il est probable que l'agressivité soit un moyen de défense puisqu'il perçoit les relations comme agressives. On remarque également de l'immaturation ainsi que de la prudence dans des situations de proximité interpersonnelle.

Résultats au MCMI-III

Les échelles de validité du MCMI indiquent que le test est valide et utilisable. Au niveau des troubles de la personnalité sévères, les résultats indiquent la présence significative de traits ressemblant au trouble de la personnalité limite, ce qui va dans le même sens que le MMPI. Également, comme au MMPI, le MCMI démontre la présence de traits antisociaux.

L'échelle mesurant le trouble de la personnalité passive-agressive est également élevée dans le MCMI sans toutefois refléter un trouble, mais plutôt des traits de personnalité. Il se peut que son comportement oscille entre la complaisance et l'opposition, qu'il soit irritable et hostile, qu'il ait des explosions de colère à un moment et ensuite être embarrassé et ressentir de la honte. Il semble qu'il se sent incompris par son entourage, que ses relations soient instables et conflictuelles et qu'il ait des problèmes avec l'autorité.

En ce qui concerne les syndromes cliniques, les résultats au MCMI indiquent la présence importante d'éléments anxiogènes. Le patient paraît rapporter une variété de plaintes somatiques, il se sent nerveux et agité. De plus, monsieur rapporte des éléments pouvant nous faire penser à un état de stress post-traumatique. En effet, il affirme avoir des cauchemars d'événements qui ont mis sa vie en danger, de même que des souvenirs d'expériences difficiles venant hanter ses pensées.

Résultats aux épreuves graphiques

Le patient a refusé de compléter cette épreuve en disant qu'il n'est pas bon en dessin et qu'il n'aime pas dessiner. Le test comprenait le dessin d'une personne, d'un arbre, d'une maison et d'une personne de sexe opposé à la première. Le patient n'a exécuté que le dessin de l'arbre, ce qui empêche l'interprétation de cette épreuve par manque de matériel interprétatif et d'indices graphiques.

Résultats au WAIS-III

À l'échelle d'intelligence générale, le rendement intellectuel global se situe dans le registre de la moyenne selon les catégories de classification de l'intelligence Weschler. De façon plus spécifique, il est possible de dire qu'environ 50% de la population obtient un résultat inférieur. Un faible écart est remarqué entre les habiletés non verbales et les capacités verbales au profit de ces dernières. On ne remarque donc pas de préférence significative pour l'utilisation d'une forme d'intelligence plutôt qu'une autre (abstraite ou concrète).

À l'échelle verbale, les rendements sont hétérogènes. Les résultats recueillis se situent dans le registre de la moyenne faible pour la manipulation mentale d'informations, la mémoire de travail et le raisonnement mathématique. Ces résultats suggèrent l'interférence d'anxiété et une capacité de concentration affaiblie dans ce type d'épreuve. Quant aux épreuves associées à la formation de concepts et aux connaissances générales, la performance obtenue se situe entre la moyenne et la moyenne forte. Les connaissances générales acquises et la relation entre des objets ou concepts similaires semblent être chez ce patient des expériences bien intégrées. Les sous-tests vocabulaire, connaissances et compréhension sont les tâches les mieux réussies par le patient au niveau verbal, même si ces sous-tests sont sensibles aux variations environnementales et culturelles. Il est donc possible de croire que le patient ait évolué dans un environnement familial riche et stimulant sur le plan intellectuel.

Les résultats obtenus à l'échelle non verbale se dispersent quant à eux entre la moyenne faible et la moyenne. Bien que la performance associée à la coordination visuo-graphique et à la capacité de raisonnement logico-déductif non verbal se situe dans le registre de la moyenne faible, les capacités que l'on retrouve chez le patient au niveau des tâches d'analyse visuelle fine, de la vitesse de discrimination visuelle fine et des habiletés visuo-constructives semblent aussi bien conservées que celles retrouvées chez la plupart des gens du même groupe d'âge.

Finalement, les sous-tests sensibles à la présence d'anxiété et demandant une attention soutenue sont les plus faibles chez ce patient. Un déficit de l'attention pourrait conséquemment être envisageable de même que l'hypothèse d'impulsivité n'est pas à rayer du tableau clinique. Cependant, les tâches reliées aux capacités d'évaluer une situation sociale sont mieux réussies comparativement à la moyenne des gens.

Synthèse

Le patient présente des éléments de personnalité limite évidents avec des composantes antisociales, paranoïdes et narcissiques observées cliniquement. Au niveau intrapsychique, l'angoisse présente concerne une angoisse d'abandon, de perte d'objet et de dépression. Les personnes aux prises avec ce type d'angoisse utilisent différents moyens de défense pour éviter d'être en contact avec cette affect. Selon Kernberg (1979), la structure état limite se retrouve sur un continuum allant de l'échelon inférieur à l'échelon supérieur selon les mécanismes de défense utilisés entre autres. En ce qui

concerne le patient, celui-ci semble se situer davantage vers l'échelon inférieur. On remarque une fragilité du Moi importante qui est susceptible de le faire basculer vers la lignée psychotique. En effet, on observe l'utilisation de défenses plus primitives qui l'amènent à éviter les conflits, la dépression, dont l'issue est l'agir et le contrôle omnipotent. Les limites internes et externes sont floues pour lui. De plus, il est actuellement débordé émotionnellement et il ne possède pas les ressources internes nécessaires pour composer avec l'environnement et contenir ses pulsions, ce qui l'amène à se commettre dans l'agir d'autant plus que la consommation problématique d'alcool et de drogues constitue un amplificateur des risques de passage à l'acte. Le Rorschach indique qu'il semble contrôler ses pulsions dans par des tentatives d'intellectualisation et par une défense maniaque pour fuir la dépression. Cependant, il est probable que l'orientation de la pensée vers les processus primaires puisse ne pas être remarquée cliniquement, mais ressortir à travers le test projectif.

Recommandations

Suite à cette évaluation, il est possible de dire que certains traits de personnalité constitue un terrain propice aux passages à l'acte. Compte tenu de la présence d'impulsivité élevée, d'immaturité, du manque d'introspection et de la fragilité des limites, le patient a besoin de structures externes pour l'aider à se contenir, donc un traitement est hautement indiqué.

Un travail thérapeutique pour l'amener à mentaliser ses affects au lieu de les éviter est essentiel. Plus il sera en contact avec ses émotions, ses affects dépressifs, moins il sera dans l'agir. L'énergie psychique mobilisée pour éviter les conflits lui est néfaste et coûteuse et augmente la probabilité d'une désorganisation de sa personnalité. Il doit apprendre à contrôler ses pulsions, à ne plus redouter ses émotions et à leur donner un sens. Étant donné son histoire personnelle, un travail plus précis sur les événements traumatiques vécus serait important. Une thérapie à long terme est indiquée pour les motifs expliqués précédemment, mais également pour l'amener à réduire la confusion au niveau de son identité, car le processus d'identification semble précaire. Finalement, l'absence de consommation de substances est essentielle étant donné la fragilité de sa structure psychique.

Chapitre 5

Discussion

Cette recherche visait, en premier lieu, à clarifier le niveau de responsabilité d'un individu accusé de tentative de meurtre. L'objectif académique, quant à lui, était de démontrer la contribution spécifique de l'évaluation psychologique et des tests psychométriques dans la compréhension de la dynamique humaine et de certains comportements qui peuvent nous sembler inexplicables et incompréhensibles. En effet, suite à la lecture des résultats, il est possible d'observer des différences dans l'apport des différents tests. Comme il a été mentionné précédemment, l'utilisation d'une batterie de tests est préférable pour obtenir une évaluation psychologique plus complète, valide et fidèle. De plus, la spécificité de chacun d'eux permet d'obtenir des informations selon différentes facettes d'un individu.

La contribution de cet essai a été essentiellement l'apport des tests projectifs. En effet, nous avons pu constater que la dynamique sous-jacente à ce qui est observé cliniquement a pu nous éclairer face aux gestes commis par le patient. Puisque ce travail de recherche a été effectué après l'évaluation psychiatrique et le jugement de la Cour, il nous est permis de constater l'importance de la contribution de l'évaluation psychologique afin d'éclairer les conclusions de la psychiatre et la décision du juge. Un résumé du Jugement de la Cour est présenté en appendice B. Lorsqu'on fait la lecture du rapport psychiatrique de la partie défenderesse, nous constatons que nos résultats et nos

conclusions sont littéralement insérés dans le rapport de la psychiatre. Dans son rapport, plus spécifiquement dans la partie décrivant l'examen mental, la psychiatre décrit ses observations du patient et elle poursuit avec les résultats de l'évaluation psychologique ainsi que les conclusions de l'évaluatrice. En effet, on retrouve les conclusions suivantes dans son rapport afin de décrire l'état mental du patient :

Au niveau intrapsychique, on notait une angoisse d'abandon et de perte d'objet et de dépression. On notait aussi une fragilité du Moi importante qui était susceptible de faire basculer monsieur vers la lignée psychotique. En effet, les tests démontraient l'utilisation de défenses plus primitives qui l'amèneraient à éviter les conflits, les limites internes et externes apparaissent floues pour lui.

Ensuite, plus loin dans son rapport, lorsque la psychiatre se prononce sur la responsabilité criminelle du patient, on retrouve cette conclusion :

Ce dernier (le patient) présente des faiblesses du Moi importantes avec des difficultés à tolérer l'anxiété, à gérer les stress et un manque de contrôle des impulsions. On retrouve aussi une incapacité majeure à subir l'abandon, qu'il soit réel ou imaginaire. Comme l'ont démontré les tests psychométriques et son histoire clinique, dans un contexte de grand stress ou de grande angoisse, monsieur manque de ressources internes pour y faire face, ce qui entraîne chez lui une désorganisation affective ainsi que des comportements impulsifs et irréfléchis. Monsieur n'est actuellement pas psychotique. Toutefois, son contact avec la réalité est fragile et peut s'interrompre facilement lorsqu'il est soumis à des stressseurs importants (...). À mon avis, au moment des gestes délictueux, c'est effectivement ce qui s'est passé.

Dans son jugement, le juge revient sur ces conclusions de la psychiatre afin d'expliquer sa décision. En effet, un facteur à considérer lorsqu'on s'acquitte de la défense d'automatisme est l'intensité de l'élément déclencheur. Ce qui revient à dire que selon la dynamique de personnalité du patient, l'élément déclencheur a été suffisamment

intense pour déclencher sa perte de contrôle aussi forte. Lorsqu'on parle d'automatisme, cela veut dire conscience diminuée.

Cela nous ramène à souligner l'importance de l'apport des tests psychométriques dans cette évaluation psychologique puisque les conclusions de la psychiatre, qui tenaient compte des résultats de l'évaluation psychologique, ont influencé directement la décision du juge dans cette affaire. Le jugement nous démontre sans équivoque que l'évaluation psychologique a été déterminante pour l'ordonnance de non responsabilité pour cause de troubles mentaux chez le patient. Effectivement, les observations cliniques ne révélaient pas de signe d'un processus de pensée de type psychotique. Ce sont les tests projectifs qui ont permis de mettre en évidence certaines particularités du fonctionnement psychologique qui ont eu une incidence dans les gestes hétéro-agressifs qu'il a commis.

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre qui concerne la description des tests utilisés, les inventaires de personnalité (MMPI-II et MCMI-III) se rapportent au niveau conscient de l'individu. Le sujet rapporte les symptômes qu'il désire et de façon consciente. Les résultats de ces tests nous indiquent donc un profil de personnalité qui est observable cliniquement. Dans cette présente évaluation psychologique, nous avons observé lors des entretiens cliniques que le patient utilisait la manipulation, qu'il adoptait une attitude condescendante avec l'évaluatrice et qu'il préférait les entretiens cliniques plutôt que les tests. Ces comportements nous laissant supposer qu'il préfère

être au centre de l'attention et qu'il aime se raconter. Ces éléments qui ont été observés cliniquement se retrouvent dans les résultats des inventaires de personnalité. En effet, les résultats du MMPI-II indiquaient la présence d'un trouble de la personnalité limite, de comportements manipulateurs chez le sujet, ainsi que certains traits du trouble de la personnalité histrionique, antisociale et passive-agressive.

La cohérence entre ce qui avait été observé cliniquement et les résultats aux inventaires de personnalité est significative dans cette évaluation. Il est donc possible de parler de convergence d'indices entre les tests utilisés. Les inventaires de personnalité tout comme le test projectif ont décrit la présence de trait de personnalité limite chez le patient. De plus, le juge mentionne dans son jugement que les psychiatres s'entendent sur un point et c'est la présence d'un trouble de la personnalité limite chez le patient, ce qui vient renforcer l'importance de nos résultats.

Pour ce qui est de l'échelle d'intelligence de Weschler, ce test est davantage un test de performance non contrôlable par le patient. Les résultats au WAIS-III viennent confirmer, encore une fois, la contribution des tests psychométriques pour décrire certaines facettes d'un individu. On remarque que le patient réussit moins bien aux tâches en lien avec l'anxiété et la concentration, des symptômes qui avaient été également ressortis à travers les inventaires de personnalité.

Concernant les tests projectifs, ceux-ci nous donnent des informations sur la dynamique de personnalité, sur son fonctionnement psychique plutôt que sur ses symptômes. La fragilité psychique du patient qui l'a fait basculer vers la psychose ne s'est révélée qu'à travers les tests projectifs.

Lors de son jugement, le juge a tenu compte principalement de la dynamique de personnalité expliquée à travers les résultats aux tests projectifs plutôt que ce qui avait été observé du patient. La première évaluation psychiatrique ne comportait pas de tests psychométriques et le psychiatre ne reconnaissait pas la possibilité d'une non responsabilité chez le patient. Lors de la deuxième évaluation psychiatrique, les données observables cliniquement par le psychiatre confirmaient celles de la première évaluation. Cependant, des nuances essentielles sont venues s'ajouter avec l'évaluation psychologique et les tests psychométriques.

La première évaluation psychiatrique ne révélait aucun indice d'une pensée psychotique. Lors des entrevues cliniques, on ne remarquait pas la présence d'hallucination ou de délire et le processus de pensée du patient semblait cohérent. Cependant, c'est lorsque nous avons commencé l'interprétation des tests projectifs que certains processus de pensée nous ont semblé se rapprocher du registre psychotique. En fait, Kernberg (1979) affirme que l'orientation de la pensée vers les processus primaires chez l'état-limite peut ne pas être remarquée en clinique, mais ressortir à travers les tests projectifs. L'hypothèse d'une structure de personnalité limite, se situant à un niveau

inférieur d'organisation, ayant basculé vers la lignée psychotique semblait donc possible. L'analyse du Rorschach démontre, en effet, la présence d'indices témoignant d'une carence de mentalisation chez le patient : un M inférieur à la moyenne qui est un indice des forces du Moi, selon Léveillé (2001) ainsi qu'une sollicitation à l'évaluateur en dénigrant la nature du test.

Par ailleurs, l'analyse du Rorschach a permis d'affaiblir l'hypothèse de psychopathie qui avait été soulevée. Les réponses PER et Vista du patient ne correspondaient pas à ce qui est attendu d'un psychopathe. En effet, des chercheurs ont pu confirmer la présence plus fréquente de réponses PER (référence personnelle) chez les sujets psychopathes (Gacono, Meloy, cités dans Desbiens, 1998). Dans le protocole de notre client, on ne retrouve aucune réponse PER. De plus, selon Exner (1998), les réponses Vista (estompage et perspective) peuvent être rattachées à un sentiment de culpabilité, à une souffrance psychologique découlant d'une introspection douloureuse chez le sujet. Or, précisément, les réponses Vista sont souvent absentes du protocole du psychopathe (Gacono, Meloy, Greiner, Nunno, cités dans Desbiens, 1998), alors que nous observons deux réponses Vista dans le protocole de notre patient. L'hypothèse de la présence d'une personnalité psychopathique, chez notre patient, a donc été infirmée.

Certaines pistes auraient pu être investiguées davantage dans cet essai. En premier lieu, une évaluation plus approfondie concernant les symptômes résiduels d'un état de stress post-traumatique aurait été enrichissante pour appuyer l'hypothèse de la

dissociation. La présente évaluation s'est penchée davantage sur le trouble de la personnalité limite plutôt que sur le stress post-traumatique pour tenter de comprendre le mécanisme de la dissociation. Le diagnostic d'un état de stress post-traumatique antérieur chez cet individu aurait pu contribuer à préciser davantage la question en litige qui concernait spécifiquement l'état d'amnésie du patient lorsqu'il a commis les gestes délictueux. Ceci n'aurait pas changé les conclusions finales, mais aurait offert une explication supplémentaire.

Comme autre piste, il aurait été intéressant d'investiguer le trouble déficitaire de l'attention comme forme résiduelle chez l'adulte puisque des difficultés d'attention et de concentration ont fait partie du tableau clinique. Une revue de la littérature en lien avec ce trouble chez l'adulte et des comportements dissociatifs ou violents auraient pu être ajoutée à cet essai.

Conclusion

L'objectif de cet essai était de démontrer, en premier lieu, l'importance de l'évaluation psychologique comme champ de pratique de la psychologie, mais également la complémentarité des tests psychométriques et la puissance des tests projectifs afin de décrire la dynamique de personnalité d'un individu, sous-jacente à ce qu'on peut observer objectivement. Des entretiens cliniques ont été effectués, l'utilisation d'inventaires de personnalité, de tests projectifs ainsi qu'une mesure de l'intelligence.

Cet essai comprenait la problématique, soit l'explication du geste commis par l'accusé. Nous avons ensuite poursuivi avec l'anamnèse de l'individu à partir des entretiens cliniques et de la lecture du dossier psychiatrique. Le contexte théorique a été ensuite inséré dans l'ouvrage. Des études pouvant nous aider à comprendre des crimes d'une telle ampleur, sans motif apparent ont été citées. Nous avons poursuivi avec l'évaluation psychométrique plus spécifiquement les tests utilisés dans cette recherche. Les résultats ont été présentés par la suite ainsi que les réflexions qui ont découlé de cette expérimentation.

L'évaluation psychométrique et plus spécifiquement les tests projectifs ont permis d'éclairer la motivation du geste agressif commis par l'accusé. L'objectif de l'étude a été

atteint au niveau de la recherche puisque la contribution des tests psychométriques a été mise en évidence en décrivant la dynamique de personnalité du patient. Au niveau des retombées cliniques, la valeur de cette recherche réside dans l'impact des résultats de l'évaluation dans le jugement de la Cour. À la suite de cette évaluation, le patient a pu bénéficier de soins psychiatriques adéquats dans une institution.

Références

Références

- Anzieu, D., & Chabert, C. (1961). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF
- Bernier, J-J., & Pietrulewicz, B. (1997). *La psychométrie. Traité de mesure appliquée*. Montréal : Gaetan Morin Éditeur.
- Bisson, T. (1997). *Le MMPI. Pratique et évolutions d'un test de personnalité*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Blackburn, Manon. (2000). *Mesure des symptômes dissociatifs chez des individus borderlines coupables de l'homicide de leur conjointe*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Brelet-Foulard, F., & Chabert, C., (2003). *Nouveau manuel du TAT. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Brunet, L. (2001). *L'expertise psycholégale. Balises méthodologiques et déontologiques*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Debray, Q., Granger, B., & Azais, F. (1998). *Psychopathologie de l'adulte*. Paris: Masson.
- Desbiens, J. (1998). *La psychopathie et le Rorschach : le déni des malaises psychiques en mode euphorique*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Duguay, R. et collab. (1984). *Précis pratique de psychiatrie*. St-Hyacinthe : Edisem.
- Exner, J.E. (1995). *Le Rorschach. Un système intégré*. Paris : Éditions Frison-Roche.
- Exner, J.E. (1998). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*. Paris : Editions Frison-Roche.
- Exner, J.E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. Paris : Editions Frison-Roche.
- Gagnon, P., & Piché, É., (1997). *Système d'interprétation MMPI-2 WINDOWS*, Gatineau : Centre hospitalier Pierre-Janet.

- Guttmacher, M. (1965). *La psychologie du meurtrier*. Paris : Presses universitaires de France.
- Hare, R. D. (1996). *L'échelle de psychopathie de Hare-révisée PCL-R*. Toronto : Multi-Health Systems Inc.
- Kernberg, O. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat.
- Kim-Chi, N (1989). *La personnalité et l'épreuve de dessins multiples : Maison, arbre, deux personnages*. Paris : Presses universitaires de France.
- Lemaire, M. (2005). Communication privée. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Léveillé, S. (2001). *Étude comparative d'individus limites avec et sans passages à l'acte hétéroagressifs quant aux indices de mentalisation au Rorschach*. Revue québécoise de psychologie, vol. 22, n.3.
- Millaud, F. (1998). *Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris : Masson.
- Osseiran-Houballah, M. (2003). *L'enfant-soldat : victime transformée en bourreau*. Paris : O. Jacob.
- Villaggi, J-P. (2001). *L'évaluation psychologique dans le contexte légal : sources et commentaires*. Cowansville : Y. Blais.
- Wechsler, D. (2005). WAIS- III Échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes. 3^e édition, version pour francophone du Canada. *Manuel technique et d'interprétation*. Toronto : Harcourt Assessment.

Annexe A

L'interprétation du Roschach

Le système intégré d'Exner est la méthode d'analyse et d'interprétation du Rorschach qui est utilisée dans cet essai. Avant la venue du système intégré, plusieurs auteurs tels que Klopfer (1958), Rapaport (1946) et Potrowski (1958) proposaient chacun une approche particulière face au Rorschach. Dans le but de trouver le meilleur outil pour le test, Exner a étudié et fait la synthèse de ces divers systèmes. La normalisation effectuée a indiqué la possibilité de fournir des balises pour la production de scores et a ainsi permis une approche psychométrique du test. Exner Jr. (2003) regroupe les indices d'interprétation par ensembles : capacité de contrôle et tolérance au stress, stress situationnel, affects, traitement de l'information, médiation cognitive, idéation, perception de soi, perception des relations et comportements interpersonnels. Cependant, l'ordre dans lequel ces ensembles sont abordés n'est pas toujours le même. Le système intégré d'Exner identifie douze variables clés présentées par ordre d'importance : $PTI > 3$, $DEPI > 5$ et $CDI > 3$, $DEPI > 5$, $D < Adj D$, $CDI > 3$, $Adj D$ négatif, $LAMBDA > 0,99$, $Fr + rF > 0$, EB introversif, EB extratensif, $p > a+1$, HVI positif. L'ordre d'analyse des indices sera déterminé par la première variable clé qui atteint le seuil significatif préétabli. L'objectif est de choisir le meilleur ordre possible pour l'analyse des ensembles. En effet, la première variable clé qui atteint un niveau de signification indique la combinaison de deux ou trois ensembles de données susceptibles de fournir le maximum d'informations sur les caractéristiques fondamentales d'un sujet. Ces deux ou

trois ensembles décrivent les éléments dominants de la structure de la personnalité qui ont un impact majeur sur l'organisation psychologique du sujet. Leur influence est significative sur la façon dont d'autres traits seront organisés et ils donnent des indices sur la direction du fonctionnement psychologique. Le point de départ de l'analyse des ensembles est donc important, car le résultat de cette analyse constituera la pièce centrale du réseau de conclusions descriptives qui seront produites.

Dans le cas de ce protocole, la première variable positive est $DEPI > 5$. Cette variable constitue un indice de dépression. Il est composé de sept items. Ceux-ci sont soit liés à l'affect, soit à la cognition. Les items liés à l'affect sont : les associations couleur estompage, le déterminant C' et l' Afr . Ceux liés à la cognition concernent l'item MOR , l'indice d'égoцентриté, le déterminant FD et l'indice d'intellectualisation. Selon Exner Jr. (2003), cette variable se réfère à la structure de la personnalité, de même qu'elle est plus directement liée à la présence de psychopathologie ou à un potentiel de désorganisation. En fait, avec une valeur de 5, le $DEPI$ devient positif, mais il n'entraîne pas d'hypothèse initiale nette. Il se peut que le sujet présente des caractéristiques communes aux personnes qui ont reçu un diagnostic de dépression ou de trouble affectif. Cependant, il peut aussi indiquer simplement que l'organisation psychologique du sujet est vulnérable à la dépression, ou susceptible de provoquer des fluctuations de l'humeur. Des valeurs de 6 ou 7 ont un sens beaucoup plus affirmé. Les sujets qui présentent ces valeurs sont généralement diagnostiqués comme présentant un problème affectif important. Dans le présent protocole, la valeur du $DEPI$ est 7. On peut donc valablement

partir de l'hypothèse initiale que le patient se trouve dans un état de perturbation affective grave. L'ordre d'analyse de chacun des ensembles sera donc la suivante : affects, contrôle, perception de soi, relations interpersonnelles, traitement de l'information, médiation et idéation.

Le premier ensemble : les affects

Le premier ensemble de variables à interpréter dans ce cas-ci est celui des affects. Selon Exner Jr (2003), l'objectif de cette interprétation est de déterminer autant qu'il est possible de le faire le rôle des émotions dans l'organisation et le fonctionnement psychologique du sujet. Afin d'alléger le texte, nous aborderons seulement les variables significatives, dans le sens où elles indiquent la présence de caractéristiques particulières. Celles-ci sont significatives lorsqu'elles dépassent un certain score ou la fourchette attendue. Cependant, nous tiendrons compte, dans le rapport synthèse, de certaines variables qui n'étant pas positives peuvent nous renseigner sur les forces ainsi que sur les possibilités de changement du patient.

La marche à suivre selon le système intégré d'Exner Jr. (2003) débute par les variables *DEPI* et *CDI*. Le *CDI* est l'indice de l'incompétence sociale. Les gens qui présentent des valeurs de 4 ou 5 sont des personnes qui souffrent de relations sociales appauvries ou insatisfaisantes. Elles peuvent avoir de la difficulté à affronter les exigences normales de la société. Étant donné que le *DEPI* est positif 7(+), mais pas le *CDI* 3(-), l'ensemble affects sera à analyser dans une perspective particulière. En effet,

lorsque la valeur du *DEPI* est de 6 ou 7 et la valeur du *CDI* est inférieure à 4, on peut conclure qu'il existe un problème affectif important et probablement handicapant. Le sujet peut se plaindre de détresse ou de dépression et il peut présenter un dysfonctionnement comportemental. Cependant, il se peut que le sujet ne se plaigne pas particulièrement d'être déprimé, mais qu'il présente des symptômes dépressifs tels que de la tension, de la distraction, de l'insomnie ou une perte d'appétit, par exemple. Ce résultat doit donc être évalué avec soin lorsque se posent des questions de diagnostic et de traitement.

La première variable significative est le *EB*, en lien avec le *Lambda*. Pour ce qui est du client en question, le style de coping est extratensif, car le côté droit (2 :4,0) est le plus élevé d'au moins deux points et que le *EA* est inférieur à dix. Selon Exner Jr. (2003), les extratensifs sont plus intuitifs et ils tendent à utiliser leurs affects plus directement dans le processus de prise de décision en les mêlant à la pensée. Ils n'hésitent pas à essayer d'appliquer diverses approches lorsqu'ils prennent des décisions ou lorsqu'ils résolvent des problèmes. La valeur du *Lambda* ici est de 0,42, donc elle n'indique pas la présence d'un style évitant. Selon Exner Jr. (2003), lorsque le *EB* indique la présence d'un style de coping extratensif et que le *Lambda* est inférieur à 1,0, on peut en conclure que de manière habituelle, le sujet tend à mêler ses émotions à sa pensée pendant les opérations de résolution de problèmes ou de prise de décision. Ces individus ont tendance à utiliser les affects et à être influencés par eux et, d'une manière générale, ils sont disposés à tester leurs idées et leurs hypothèses par des comportements

d'essai et d'erreur. Lorsque ce comportement est très habituel pour l'extratensif, il se montre plus tolérant et moins préoccupé lorsqu'il est confronté à des erreurs dans sa résolution de problème. De plus, il est enclin à manifester ouvertement ses émotions et il tend à être moins préoccupé par la nécessité de moduler ou de contrôler ses manifestations affectives.

La variable suivante significative se rapporte au côté droit du *eb* (6 :7). Il s'agit d'étudier le côté droit du *eb* et les valeurs des variables qui le composent pour repérer un éventuel vécu de détresse. En général, le côté droit a une valeur qui se situe entre 2 et 5 et il est inférieur au côté gauche. Lorsque la valeur du côté droit du *eb* est plus élevée que celle du côté gauche, comme c'est le cas pour le présent protocole, cela signale la présence d'une détresse psychique ou d'un autre malaise émotionnel. Ce malaise peut prendre plusieurs formes. Pour en connaître les indices, on évalue chacune des variables qui contribuent à l'élévation du côté droit du *eb*. On remarque ici la présence d'une élévation des *vista* ($V=2$) qui peut être associée à un sentiment de culpabilité ou de remords, selon l'histoire personnelle du client, ou cela peut indiquer la présence d'un sentiment angoissant ou d'affects négatifs générés par une autocritique négative et par de la dévalorisation de soi. On observe également que $C'=4$ ce qui signale la présence d'une irritation psychique ou d'affects négatifs causés par une tendance inhabituelle à inhiber l'expression des émotions et à en supprimer l'impact. Selon Exner Jr. (2003), la variable *C'* reflète une sorte de rétention émotionnelle et d'internalisation des affects que le sujet aurait préféré libérer.

La variable suivante concerne le rapport affectif (*Afr*). Selon Exner Jr. (2003), elle est liée à l'intérêt du sujet pour les stimulations affectives et sociales. Les valeurs moyennes du *Afr* diffèrent selon les styles. La valeur moyenne du style extratensif se situe entre 0,60 et 0,89. La valeur obtenue par le patient est de 0,42. Selon Exner Jr. (2003), ceci indique une tendance marquée à éviter les stimulations émotionnelles. Si l'histoire du patient indique des problèmes de modulation ou de contrôle, cette caractéristique peut signaler une certaine conscience de ces problèmes et une inclination à éviter des situations où ces difficultés pourraient être exacerbées.

L'index d'intellectualisation ($2AB + Art + Ay$) est la prochaine variable significative à interpréter. Selon Exner Jr. (2003), l'intellectualisation est un processus qui permet de réduire, voire de neutraliser l'impact des situations émotionnelles ou du vécu affectif en les traitant à un niveau idéationnel et non pas émotionnel. Cette tactique défensive est courante, cependant elle ne doit pas être utilisée de manière excessive. La valeur de cet index dans ce protocole est 10. Cela signifie que le patient utilise l'intellectualisation comme mécanisme de défense de façon excessive dans des situations qui sont perçues comme stressantes sur le plan affectif. Il tend à devenir plus vulnérable à la désorganisation au cours d'expériences affectives intenses parce que la tactique devient moins efficace au fur et à mesure qu'augmentent les stimuli affectifs.

Le rapport $FC : CF + C$ est également significatif. Selon Exner Jr. (2003), il donne des informations sur la modulation des décharges émotionnelles ou des manifestations

affectives. Les réponses *FC* sont en lien avec des expériences émotionnelles mieux contrôlées ou modulées tandis que les réponses *CF* et *C pur* se rapportent à des formes de décharges affectives moins retenues. Le rapport du patient est 3 : 2. Selon Exner Jr. (2003), il indique que celui-ci module généralement les manifestations affectives. Toutefois, dans certaines situations, des failles dans le contrôle peuvent apparaître.

Ici, nous nous concentrons sur l'interprétation des réponses *C pur*. Selon Exner Jr. (2003), celles-ci peuvent varier de façon importante quant à leur degré d'élaboration, qui peut aller d'un niveau primitif à un niveau plus sophistiqué. Dans le présent protocole, il y a présence d'une seule réponse contenant un *C pur* et celle-ci fait référence à du feu. Selon Exner Jr. (2003), cette réponse peut être vue comme étant plus primitive et refléter une sorte de laisser-aller dans le contrôle.

L'interprétation qui suit s'applique aux réponses dans le blanc (*S*). Selon Exner Jr. (2003), si le nombre de réponses *S* est excessif, on doit envisager la présence de négativisme, d'opposition et même de colère. L'endroit où se situent ces réponses dans le protocole est important, car certaines personnes abordent le test de façon négative. Il devient alors essentiel de différencier celles qui auraient un caractère plus situationnel de celles qui indiqueraient un trait de caractère. Dans le présent protocole, on observe la présence de trois réponses *S* dont deux aux deux premières planches. Selon Exner Jr. (2003), il est donc possible que le patient ait répondu de manière défensive aux

demandes de la situation. Bien que cela puisse refléter une tendance à l'opposition, il est plus prudent ici d'émettre l'hypothèse que celle-ci est liée à la situation.

Ici, nous interprétons les *blends* en fonction du *EB* et du *Lambda*. Un *blend* est la présence de plusieurs déterminants dans une même réponse. Selon Exner Jr. (2003), le nombre de *blends* fournit une estimation grossière de la complexité psychologique actuelle du sujet. En fait, le degré de complexité chez certaines personnes n'est pas une donnée statique. Cette fluctuation peut dépendre du stress vécu, des besoins insatisfaits ou des conflits non résolus. La valeur attendue de *blends* varie en fonction du style du *EB* et du *Lambda*. Les extratensifs donnent des protocoles dans lesquels environ 25% des réponses sont des *blends*. Dans le présent protocole, on remarque la présence de 35% de *blends*. Selon Exner Jr. (2003), cela indique que le fonctionnement psychologique du patient est plus complexe qu'attendu. Comme la plupart de ceux-ci comportent des variables liées aux affects, on peut supposer que la complexité inattendue a un fondement affectif. Si les ressources du patient sont plus limitées ou s'il y a des problèmes dans la modulation et le contrôle des émotions, une augmentation de la complexité des expériences psychologiques augmente le risque que ses affects aient une influence néfaste sur la régularité de ses comportements ou sur sa stabilité.

Maintenant, notre analyse se concentre sur la complexité inhabituelle d'un sujet. En fait, certains niveaux inhabituels de complexité psychique ne sont pas toujours repérés lors de l'analyse des variables précédentes. Selon Exner Jr. (2003), environ trois quarts

des *blends* sont formés par une association de deux déterminants et environ le quart aura trois déterminants. Il est rare qu'un *blend* en comprenne plus de trois. Le présent protocole comprend un *blend* de quatre déterminants. Selon Exner Jr. (2003), on peut donc conclure que parfois le fonctionnement psychologique du sujet est extrêmement complexe. Ce surcroît de complexité est presque toujours le résultat d'expériences affectives. Bien que cela ne soit pas un handicap, cela peut amener des dysfonctionnements, surtout si les ressources du patient sont limitées ou s'il y a des difficultés dans le contrôle ou la modulation.

Les variables suivantes concernent les *blends couleur-estompage*. Selon Exner Jr. (2003), un *blend couleur-estompage* est une réponse qui contient en même temps des déterminants de couleur chromatique (*FC, CF, C*) et de couleur achromatique (*FC', C'F, C'*) ou un déterminant estompage (*diffusion, texture, vista*). Toujours selon Exner Jr. (2003), ces *blends* indiquent la présence d'incertitude, de confusion ou d'ambivalence à propos des affects. Dans le présent protocole, on retrouve la présence d'un *blend couleur-estompage* qui est dû à la variable *C'*. Selon Exner Jr. (2003), on peut donc penser que le patient est parfois incertain ou confus par les affects ou les situations émotionnelles.

Le deuxième ensemble : la capacité de contrôle, de tolérance au stress,
de même que le stress situationnel

Selon le manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré (2003), la marche à suivre pour l'interprétation de cet ensemble débute par l'analyse des variables *DAj* et *CDI*. La variable *DAj* est le meilleur indicateur direct au Rorschach de la capacité du sujet de garder le contrôle dans les situations d'exigences ou de stress. Dans le protocole du patient, le *DAj* est égal à -2 et le *CDI* à 3. Selon Exner Jr. (2003), si le score *DAj* est inférieur à -1, on peut en conclure que le patient est très vulnérable aux pertes de contrôle et à la désorganisation sous stress, quelle que soit la valeur du *CDI*. Les personnes présentant ce score ont souvent des biographies qui comportent de nombreux événements caractérisés par un jugement erroné, des désorganisations affectives ou des comportements inappropriés. Elles sont, de manière chronique, vulnérables à la surcharge idéationnelle ou affective. Elles ne fonctionnent généralement de manière adéquate que lorsqu'elles sont dans des environnements très structurés. Cette structure leur permet d'avoir un sentiment de contrôle.

La deuxième variable à interpréter est le *EA*. Selon Exner Jr. (2003), il représente les forces internes du patient, ses ressources disponibles, et il permet d'évaluer la crédibilité du score *DAj*. Dans le protocole du patient, le *DAj* est égal à -2 et la valeur du *EA* de notre patient est 6 et la moyenne est 6,5. Selon Exner Jr. (2003), on peut conclure que l'interprétation faite pour le *DAj* est crédible.

Les variables suivantes concernent le *EB* et le *Lambda*. Selon Exner Jr. (2003), cette analyse débute par une vérification des composantes du *EB* et ensuite du *Lambda* afin de vérifier la validité du *EA*. Étant donné que, dans le protocole, la valeur des deux côtés du *EB* est supérieure à zéro, que le *EA* est supérieur à 3,5 et que la valeur du *Lambda* est inférieure à 1,0, le *EA* est probablement sûr et permet de valider les informations concernant le *DAj*, selon Exner Jr. (2003).

L'analyse qui suit se consacre à la variable *es ajusté*. Selon Exner Jr. (2003), celle-ci apporte des informations sur les pressions du stimulus ressenties par le patient. Étant donné que sa valeur (13) est supérieure à la fourchette attendue (entre 5 et 9) et que la fiabilité du *EA* n'apparaît pas contestable, il est possible que le *DAj* sous-estime les capacités de contrôle et la tolérance au stress du patient. Ce *adj es* élevé suggère la probabilité de rencontrer une complexité psychologique inhabituelle. Cette probabilité sera étudiée plus loin.

L'interprétation consiste ici à regarder les valeurs du *eb* (6:7) et celles des variables habituellement considérées comme non situationnelles entrant dans le *Adj es* (*FM*, *SumC'*, *SumT*, *SumV*). Selon Exner Jr. (2003), l'objectif est d'évaluer les activités psychologiques qui sont des indices de pressions internes. La question qui se pose ici est de savoir si des valeurs inhabituelles entrent dans la composition du *Adj es*. En premier lieu, étant donné que le côté droit du *eb* est plus élevé que le côté gauche et que le *es* (13) est supérieur à 4, selon Exner Jr. (2003), on peut conclure que le patient éprouve un

certain malaise, comme nous l'avons vu plus haut. Ces malaises ressentis peuvent être causés par une internalisation des affects étant donné que le $C'=4$, ou par une introspection négative, le $SumV$ étant égal à 2. On peut donc conclure que le malaise du patient n'est probablement pas causé par des éléments situationnels.

Les premières variables de l'ensemble se rapportant au stress situationnel concernent le D , EA , es et es ajusté. Selon Exner Jr. (2003), l'analyse consiste à revoir le score D en référence à la différence entre $EA-es$ et $EA-es$ ajusté en cherchant à déterminer si le résultat ne serait pas faussement positif. Cette recherche doit être faite lorsqu'on remarque une différence entre le score D et le score D ajusté. Si c'est le cas, on doit rechercher les variables qui pourraient être en lien avec un stress situationnel. Dans notre protocole, il n'y a pas de différence entre les scores D , donc ce résultat n'implique pas la présence d'un stress situationnel.

Les variables suivantes sont le m et $SumY$. Elles se rapportent au stress situationnel et celui-ci peut avoir des conséquences diverses sur la pensée ou les émotions. L'impact sur l'un ou l'autre se reflète par l'amplitude des valeurs du m et du $SumY$. Selon Exner Jr. (2003), le m est lié à des formes d'idéation intempestive qui ne se trouvent pas au centre de l'attention du sujet. Lorsque ces pensées parasites augmentent, cela tend à interférer avec l'attention et la concentration et peut altérer le jugement. La variable y est, quant à elle, associée aux affects provoqués par un sentiment d'impuissance. Si ceux-ci augmentent, cela peut se manifester sous forme d'anxiété et d'appréhension.

Pour ce qui est de notre protocole, le $m=1$ et le $SumY=1$. Ces variables ne sont pas significatives, elles n'indiquent donc pas la présence de stress situationnel chez le patient, mais ne l'excluent pas non plus.

L'interprétation qui suit se réfère au *score D*. Selon Exner Jr. (2003), il faut revoir sa valeur pour aborder la question de la surcharge de stimulus et de la possibilité d'impulsivité et revoir si nécessaire les valeurs du *C pur*, *M-* et *M sans forme*. Le *M-* signifie une réponse comprenant un mouvement humain dont la qualité formelle est aberrante et déformée. Le *M sans forme* représente une réponse abstraite ou symbolique. Dans notre protocole, le *score D* est de -2. Selon Exner Jr. (2003), lorsque le *score D* a une valeur négative, cela indique un état de surcharge dans lequel le patient ressent plus de pressions internes que ce à quoi il peut répondre adéquatement. Par conséquent, la capacité de contrôle est amoindrie. Il est possible que des décisions et des comportements soient pris sans suffisamment de réflexion. Il existe donc une tendance à l'impulsivité. Selon Exner Jr. (2003), quand le *score D* est négatif et qu'il y a présence d'au moins un *C pur* dans le protocole, cela suggère que l'impulsivité risque de se manifester dans des démonstrations affectives. Également, lorsqu'il y a présence de *M-* ou de *M sans forme*, cela dénote la possibilité d'une perturbation des contrôles idéationnels en raison de l'état de surcharge du sujet. Dans notre protocole, on retrouve un *C pur* et un *M-* avec un *score D* de -2. Cela indique donc que ces conclusions peuvent se rapporter à notre patient.

L'analyse suivante se rapporte aux *blends* dus aux variables *m* et *Y*. Selon Exner Jr. (2003), on veut savoir si la complexité psychique du patient a été significativement augmentée à cause d'une augmentation des demandes de stimuli qui ont été créées par la présence d'un stress situationnel. Pour ce faire, on compte le nombre de *blends* du protocole qui ont été composés exclusivement par la présence d'un *m* ou d'un *Y* et ensuite on établit le pourcentage du nombre total de ces *blends*. Les données de notre protocole nous donnent un pourcentage de 17%. Selon Exner Jr. (2003), on peut donc conclure que l'augmentation de la complexité psychique du patient peut être due à un stress situationnel ou que le stress situationnel ressenti par le patient peut entraîner une diminution de ses capacités et qu'il montrera moins d'efficacité dans des circonstances complexes et de ce fait même, davantage de confusion émotionnelle.

La dernière analyse consiste à regarder les *blends couleur-estompage* qui, par leur présence, signalent de la confusion et de l'ambivalence concernant les sentiments, selon Exner Jr. (2003). Ensuite, on doit déterminer s'il y a des *blends* qui seraient exclusivement créés par la combinaison d'un déterminant de couleur chromatique et d'un déterminant *Y*. Ceux-ci suggèrent que la confusion émotionnelle serait d'origine situationnelle. Dans notre protocole, on retrouve un *blend couleur-estompage* et aucun *blend* créé par la combinaison d'un déterminant de couleur chromatique et d'un déterminant *Y*. Selon Exner Jr. (2003), on peut conclure qu'une certaine confusion à propos des émotions était préexistante.

Le troisième ensemble : la perception de soi

Selon Exner (2003), la perception de soi se réfère ici à deux éléments : l'image de soi et l'investissement de soi. Exner Jr. (2003) affirme que l'image de soi est constituée des impressions qu'un sujet a envers ses propres caractéristiques. Cependant, elles ne sont pas toutes accessibles à la conscience. En effet, il arrive que celles qui sont indésirables soient réprimées, voire refoulées. De plus, ces caractéristiques forment une représentation interne de soi tel que l'individu se perçoit. Il est donc important, pour le potentiel d'adaptation, qu'il y ait un certain degré de congruence entre l'image de soi et la réalité. Toujours selon Exner Jr. (2003), l'investissement de soi découle de l'image de soi. Cette deuxième notion se réfère à la quantité d'attention et de préoccupation que le sujet se porte à lui-même par rapport à ce qu'il peut porter au monde extérieur. L'investissement de soi peut jouer un rôle important dans les aspirations d'un individu.

La première variable significative de cet ensemble concerne l'index d'égoïsme ($(3r + (2)/R)$). Cet index donne une estimation de la préoccupation de soi. Dans notre protocole, la valeur de l'index d'égoïsme est 0,29. Selon Exner Jr (2003), lorsque la valeur est inférieure à la fourchette attendue (entre 0,33 et 0,45), il est possible de dire que l'estimation de la valeur personnelle du patient tend à être négative.

L'analyse suivante consiste à regarder les variables *FD* et *SumV*. Selon Exner Jr. (2003), celles-ci sont en lien avec le comportement d'introspection. Le *FD* se rapporte davantage à la capacité d'introspection, tandis que les réponses *vista* indiquent une

tendance à se regarder, mais le processus engendre des émotions négatives. Pour ce qui est de notre protocole, il y a absence de *FD* et on retrouve deux réponses *vista*. Selon Exner Jr. (2003), la présence d'une ou plusieurs réponses *vista*, quel que soit le nombre de *FD*, signifie une préoccupation qui se rapporte aux caractéristiques négatives, ce qui amène des affects douloureux.

L'interprétation qui suit consiste à analyser la variable $An+Xy$ qui se rapporte aux réponses anatomiques. Selon Exner Jr. (2003), cette variable indique le niveau d'attention et de préoccupation portées au corps. Dans le présent protocole, la valeur de $An+Xy$ est 3. Selon Exner (2003), lorsque la valeur est supérieure à 2, il est très probable qu'il existe une attention particulière ou une inquiétude portée au corps. Il se peut que cette préoccupation soit plutôt une rumination à propos du corps ou de l'image de soi. Cela pourrait indiquer un sentiment inconfortable de vulnérabilité.

La variable significative suivante concerne les réponses à contenus morbides (*MOR*). Selon Exner Jr. (2003), celles-ci sont cotées selon deux classes : lorsqu'un objet est décrit comme mort, détruit, dégradé ou blessé, ou lorsqu'un sentiment ou un caractère dysphorique est attribué à un objet tel que dépression, triste, malheureux. Notre protocole en contient deux. Selon Exner Jr. (2003), il est probable que certains traits négatifs font partie de la conception de soi du patient, ce qui contribue à une vision pessimiste de lui-même.

L'analyse qui suit se rapporte aux réponses de contenu humain. Selon Exner Jr. (2003), elle se divise en deux parties. La première consiste à regarder la fréquence des réponses *H pure*. La deuxième étudie les caractéristiques de cotation des réponses de contenu humain.

Pour ce qui est de la première partie, l'analyse se tourne vers le rapport $H:(H)+Hd+(Hd)$. La catégorie *H* s'applique à des réponses qui incluent des personnages humains réels entiers. La catégorie *Hd* inclut des réponses avec des formes humaines incomplètes ou des parties du corps humain. La catégorie *(H)* contient des réponses à forme humaine entière, mais de nature fictive ou mythologique. Quant aux contenus *(Hd)*, ils incluent des formes humaines incomplètes de nature fictive ou mythologique. Pour ce qui est du présent protocole, le rapport est 1 : 3. Selon Exner Jr. (2003), l'image de soi ou la valeur de soi du patient tend à être fondée davantage sur des impressions imaginaires ou des déformations de l'expérience réelle. Il se peut que le patient entretienne souvent des représentations très déformées de lui-même. Cette limitation de la conscience de soi peut avoir des effets négatifs sur ses prises de décision et ses résolutions de problèmes, de même que cela peut créer des difficultés au niveau relationnel.

Concernant la deuxième partie, nous devons examiner les cotations des contenus humains. Selon Exner Jr. (2003), il n'y a pas de règle absolue pour l'interprétation des cotations, mais il faut différencier les réponses qui incluent des éléments positifs de

celles qui contiennent des éléments négatifs. Dans le présent protocole, trois des quatre réponses comprenant des contenus humains contiennent des éléments négatifs tels que : des cotations spéciales autres que *COP (AB, FABCOM, MOR)*, la présence des contenus *Hx* et *An*, une qualité formelle *moins (-)*, la présence de *vista*, ainsi qu'une localisation en *W* associé à un *S*. Étant donné qu'on retrouve des réponses à contenu humain comportant des cotations spéciales relatives aux perturbations cognitives, cela peut indiquer des distorsions dans la représentation de soi. De plus, selon Exner Jr (2003), il est possible que le patient présente souvent des problèmes de contrôle des impulsions idéationnelles et par conséquent, plusieurs caractéristiques de l'image de soi peuvent s'en trouver déformées. En effet, le protocole du patient contient deux réponses comprenant le contenu *Hx* (vécu humain) et la cotation spéciale *AB* (abstrait). Selon Exner Jr (2003), il est probable que le patient tente d'aborder les questions liées à l'image de soi et à la valeur de soi d'une manière excessivement intellectuelle qui peut ne pas tenir compte de la réalité.

Le quatrième ensemble :

la perception des relations et les comportements interpersonnels

La première variable significative se rapporte aux *réponses de texture (T)*. Selon Exner Jr. (2003), celles-ci donnent des renseignements sur le niveau de reconnaissance des besoins affectifs et de rapprochement. Notre protocole contient seulement une *réponse texture*. Selon Exner Jr. (2003), cela suggère généralement que le patient a tendance à reconnaître ou à exprimer ses besoins affectifs d'une manière inhabituelle. Il

est important de mentionner que cela n'indique pas que le patient n'éprouve pas ces besoins, mais plutôt qu'il est prudent dans des situations de proximité ainsi que dans le maintien de liens affectifs proches avec les autres.

La variable significative suivante concerne la somme des *contenus humains* et les réponses *H pur* (contenu humain qui représente des personnes réelles). Dans notre protocole on observe une réponse *H pur* et la somme des *contenus humains* est quatre. Selon Exner Jr. (2003), ce résultat indique que le patient est aussi intéressé aux autres que la moyenne des gens, mais il semble qu'il ait tendance à mal interpréter les gestes relationnels.

La troisième variable significative correspond aux cotations spéciales attribuées aux réponses de représentation humaine bonnes (*GHR*) et faibles (*PHR*). Le rapport obtenu dans le protocole du patient est $GHR : PHR = 2 : 7$. Selon Exner Jr. (2003), cela indique que le patient adopte généralement des formes de conduites relationnelles qui risquent d'être moins adaptées à la situation qu'on le souhaiterait. Par ailleurs, toujours selon Exner Jr. (2003), plus les valeurs du *PHR* et *GHR* s'éloignent l'une de l'autre, plus augmente la probabilité que les comportements interpersonnels du patient seront moins efficaces dans plusieurs situations et que ces comportements seront pris de façon défavorable par les autres.

La variable significative qui suit concerne les mouvements de coopération (*COP*) et d'agression (*AG*). Dans notre protocole, on retrouve un mouvement de coopération et trois mouvements d'agression. Selon Exner Jr. (2003), il est probable que le patient perçoive l'agressivité comme étant naturelle dans ses relations interpersonnelles. Il se peut qu'il soit agressif dans ses comportements quotidiens. De plus, selon Exner Jr. (2003), ces comportements représentent parfois une stratégie défensive afin de compenser un sentiment d'insécurité dans des situations interpersonnelles, mais cela peut également refléter une façon apprise d'interagir avec les autres.

Le cinquième ensemble : le traitement de l'information

Le traitement de l'information implique le balayage du champ du stimulus et la formation d'image dans la mémoire à court terme. La première variable significative est la valeur du *Zf*. Selon Exner Jr. (2003), celle-ci donne une estimation de l'effort investi par le patient dans le traitement de l'information. Dans notre protocole, la valeur du *Zf* est 14. Selon Exner Jr. (2003), cela suggère que le patient a investi plus d'efforts qu'il n'est habituel dans le traitement du champ du stimulus. Exner Jr. (2003) souligne que l'investissement de plus d'efforts n'aboutit pas forcément à un meilleur traitement de l'information, mais cela signifie plutôt que la personne a investi plus d'efforts qu'il ne semblait utile dans cette situation.

La variable significative suivante concerne le rapport *W : D : Dd*. Selon Exner Jr. (2003), celui-ci aborde l'effort de traitement sous l'angle stratégique et économique.

Dans notre protocole, le rapport est 11 : 5 : 1. Selon Exner Jr. (2003), ce résultat renforce l'affirmation que le patient investit plus d'efforts qu'attendus dans le traitement de l'information.

La troisième variable significative se rapporte au rapport $W : M$. Selon Exner Jr. (2003), il donne de l'information concernant l'effort investi par le patient en fonction de ses capacités. Le rapport de notre patient est 11 : 2. Selon Exner Jr. (2003), cela indique que le patient s'efforce d'accomplir plus de choses qu'il ne semble raisonnable en fonction de ses capacités fonctionnelles actuelles. Si cette tendance se retrouve dans les comportements de tous les jours, la probabilité de vivre des échecs augmente, causant ainsi des expériences de frustration.

Le sixième ensemble : la médiation cognitive

Selon Exner Jr. (2003), la médiation cognitive réfère à la façon dont l'image est identifiée et traduite. Les premières variables significatives sont les $XA\%$ et $WDA\%$. Elles s'analysent ensemble et elles fournissent des renseignements à savoir dans quelle mesure les activités médiationnelles ont produit des réponses appropriées à la situation. Les résultats de notre protocole nous indiquent les valeurs suivantes : $XA\% = 0,71$ et $WDA\% = 0,75$. Selon Exner Jr. (2003), ces valeurs indiquent un niveau modéré de dysfonctionnement médiationnel. Cela peut refléter un problème dans la perception de la réalité causé par des interférences affectives ou médiationnelles.

La deuxième variable significative est le $X\%$. Selon Exner Jr. (2003), cette variable constitue la proportion des réponses *moins* dans le protocole. Les réponses *moins* (réponse où la forme est utilisée de manière aberrante, déformée) représentent un mépris de la réalité ou une distorsion de celle-ci. La valeur du $X\%$ dans notre protocole est 0,29. Selon Exner Jr. (2003), cela indique la présence d'une atteinte médiationnelle sévère et que la perturbation est généralisée. De plus, le problème serait handicapant puisque l'ingrédient de base qui permet une perception adéquate de la réalité semble très perturbé.

La prochaine analyse consiste à vérifier où se situent les réponses *moins* afin d'en arriver à spécifier quels sont les précurseurs du dysfonctionnement médiationnel. Dans notre protocole, on retrouve cinq réponses *moins* dont trois ont été données à des planches de couleur chromatique. Selon Exner Jr. (2003), cela indique que la médiation a été perturbée par les affects. On retrouve également trois réponses *moins* comprenant des déterminants de mouvement. Toujours selon Exner Jr. (2003), cela signifie que des activités de pensée étranges contribuent à déformer la réalité. De plus, le niveau de distorsion d'une réponse suggère la probabilité d'apparition de certains comportements qui seront très déviants par rapport à ceux attendus dans une situation donnée.

La dernière variable significative dans cet ensemble est le $X+\%$. Selon Exner Jr. (2003), il représente la proportion des réponses ordinaires (réponse dont la forme est mentionnée de manière simple et évidente). La valeur du $X+\%$ dans notre protocole est

0,29. Selon Exner Jr. (2003), la valeur de notre $X+\%$ interprété avec la valeur du $X-\%$ indique une forte probabilité qu'apparaissent des comportements plus atypiques, inappropriés. Cette tendance à produire ce genre de comportement est très probablement induite par des formes de dysfonctionnement médiationnel et des problèmes dans le testing de la réalité plutôt que de l'individualisme.

Le septième et dernier ensemble : l'idéation

Selon Exner Jr. (2003), l'idéation se réfère à la manière dont les traductions des intrants sont conceptualisées et utilisées. En fait, ce processus de la pensée implique l'organisation de symboles ou de concepts et qui leur donne un sens pour l'individu. Toujours selon Exner Jr. (2003), la pensée conceptuelle est un ingrédient essentiel pour le testing de la réalité. L'idéation constitue le centre de l'activité psychologique d'où s'élaborent toutes les décisions et les comportements délibérés.

La première variable significative est le rapport $a : p$ (mouvements actifs : mouvements passifs). Selon Exner Jr. (2003), celui-ci nous informe sur le caractère fixé ou non des attitudes ou des valeurs, ce qui affecte le processus conceptuel. Dans notre protocole, le rapport est $7 : 3$. Selon Exner Jr. (2003), il est possible d'émettre l'hypothèse que les orientations et les valeurs idéationnelles du patient sont relativement bien fixées et pourraient être difficiles à modifier. Cette rigidité tend à réduire l'éventail des possibilités conceptuelles que le patient est prêt à examiner et elle peut se manifester dans plusieurs situations psychologiques et comportementales

La variable significative suivante, qui est l'index d'intellectualisation, a déjà été interprétée dans l'ensemble des affects. Cependant, nous décrivons quand même l'impact de cette tactique défensive en rapport avec l'idéation. En effet, selon Exner Jr. (2003), la valeur élevée de cet index (10) indique que le patient serait très susceptible d'accepter et de maintenir des concepts déformés et son activité idéationnelle peut en arriver à se désorganiser lors d'expériences émotionnelles intenses puisque la défense devient moins efficace lorsque l'ampleur des stimuli stressants augmente.

La troisième variable significative se concentre sur les cotations spéciales critiques qui servent à identifier les difficultés dans la pensée conceptuelle. Selon Exner Jr. (2003), chaque cotation spéciale indique quel genre de ratés cognitifs ou idéationnels sont présents, de même que le degré de difficultés qui est identifié par des coefficients. La somme pondérée des cotations spéciales dans le protocole du patient est 78. Selon Exner Jr. (2003), cela signifie que la pensée est considérablement perturbée chez le patient.

Plus spécifiquement, si on regarde chacune des cotations spéciales critiques dans le protocole du patient, on retrouve la présence de 4 *INCOM* de niveau 1, 6 *DR* dont 2 de niveau 1 et 4 de niveau 2, 4 *FABCOM* de niveau 2 et 1 *CONTAM*. Selon Exner Jr. (2003), les cotations *INCOM* identifient des combinaisons inappropriées dans un même percept, les *FABCOM* identifient des combinaisons inappropriées entre des percepts, les cotations *DR* identifient des réponses déviantes, et les *CONTAM* identifient la fusion

inappropriée de deux concepts. Selon Exner Jr. (2003), la présence élevée de cotations *INCOM* indique la présence d'un raisonnement concret. Les cotations *DR*, quant à elles, signalent un manque de contrôle sur les impulsions idéationnelles, de même que le patient aurait beaucoup de difficultés à rester centré sur un élément. Concernant les cotations *FABCOM*, celles-ci supposent un très grand mépris pour la réalité et les jugements du patient seraient souvent erronés ou submergés, car l'idéation ne serait pas bien contrôlée. Finalement, la cotation *COMTAM* indiquerait que la pensée du patient est nettement détachée de la réalité.

Appendice B

Résumé du Jugement de la Cour

Les faits

Les faits ne sont pas contestés. C'est l'état mental de l'accusé au moment des gestes reprochés qui est contesté. La défense soulève l'automatisme en raison de troubles mentaux qui est soutenu par une expertise psychiatrique. La poursuite ne reconnaît pas la défense par une contre-expertise.

La question en litige

La question en litige est que les deux psychiatres s'entendent sur le fait qu'il s'agit d'un cas difficile, complexe, que l'accusé n'est pas psychotique et que le trouble de la personnalité limite n'entraîne pas une déresponsabilisation au sens de l'article 16 du code criminel. C'est donc la crédibilité de la version de l'accusé qui entraîne un diagnostic différent des deux experts quant à l'état de l'accusé au moment du crime et quant au caractère volontaire de son geste. La défense soutient qu'elle a prouvé par prépondérance de preuve que l'accusé a agi par automatisme et que cet état est relié à son trouble de personnalité limite. Conséquemment, l'accusé devrait être déclaré non coupable en raison de troubles mentaux, ce que conteste la poursuite.

Le droit applicable

La défense d'automatisme a été analysée par la Cour suprême dans l'arrêt R. c. Fontaine (2004) et dans l'arrêt R. c. Stone (1999). L'accusé a le fardeau de présenter la défense d'automatisme qui, à cette étape, est soumise à la règle de la vraisemblance. L'allégation du caractère involontaire de l'acte et le témoignage d'un expert compétent suffisent normalement pour satisfaire à ce fardeau.

Dans l'arrêt Stone, la Cour suprême a énuméré quelques facteurs pertinents qui doivent être pris en considération pour déterminer si la défense s'est acquittée de cette charge :

- a) l'intensité de l'élément déclencheur
- b) les témoignages corroborants d'observateurs
- c) les antécédents médicaux corroborant l'état de dissociation
- d) l'existence du mobile du crime
- e) la question de savoir si la personne qui aurait déclenché l'état d'automatisme est victime de la violence en ayant résulté

Une fois la charge de présentation satisfaite, la défense a un fardeau de persuasion selon la prépondérance des probabilités que l'acte est involontaire et inconscient. Si cette preuve est faite, le tribunal décidera s'il s'agit d'un automatisme avec ou sans trouble mental. Trois critères permettent de déterminer s'il s'agit de troubles mentaux :

- a) la théorie de la cause interne

b) la théorie du risque subsistant

c) le facteur d'ordre public

La défense doit prouver que l'accusé était incapable de juger de la nature et de la qualité de son acte au moment de sa perpétration ou de savoir qu'il était bon ou mauvais.

Les expertises psychiatriques

L'état mental de l'accusé est interprété différemment par les psychiatres dépendamment s'ils croient ou non à son état d'esprit et son amnésie. Les faits ne sont pas contredits, quatre hypothèses sont à vérifier :

- une explosion de colère sans dissociation
- un état causé par un abus d'alcool et de drogue
- une simulation de son état
- un épisode de dissociation relié à sa personnalité limite

La simple explosion de colère explique difficilement le comportement de l'accusé. Si tel était le cas, pourquoi rester sur les lieux, appeler la police, les interpellé pour leur remettre le couteau. Il serait surprenant qu'une colère aussi explosive puisse se dissiper aussi rapidement. L'alcool et la drogue ont pu jouer un rôle à court et long terme selon les psychiatres, mais la consommation ce jour-là avait eu lieu le matin et les policiers ont remarqué seulement une odeur d'alcool. Il est possible que l'intoxication ait été un facteur contributif, mais selon la preuve, il ne l'a pas été au point où l'article 33.1 du

Code criminel puisse s'appliquer. La défense n'en est pas une d'intoxication extrême ou de psychose toxique. Dans l'arrêt Fontaine, l'abus de drogue n'a d'ailleurs pas empêché la défense d'automatisme.

La simulation a pu être possible lorsque l'accusé a été sous évaluation, mais elle ne peut pas expliquer les gestes posés par l'accusé et les observations des différents témoins. Il reste l'état de dissociation qui doit être évalué en fonction des différents critères mentionnés par la Cour suprême dans l'arrêt Stone.

En raison de l'ensemble de la preuve, le juge croit l'accusé lorsque ce dernier dit qu'il ne se souvient plus des gestes posés et qu'il a réalisé ce qui s'était passé seulement après les gestes.

Appliquant l'arrêt Stone, le juge considère que le fardeau de présentation a été rempli puisque l'allégation du caractère involontaire de l'acte est appuyée par l'opinion logiquement probante d'un expert compétent. L'évaluation demeure donc les critères de l'arrêt Stone dans le contexte du fardeau de persuasion.

L'intensité de l'élément déclencheur

L'accusé a appris dans l'après-midi que son amie ne voulait pas s'engager dans une relation affective avec lui. Il a téléphoné à celle-ci le soir et le résultat a été le même. Il s'agit d'une situation qui peut avoir une forte charge émotionnelle chez une personne avec

une personnalité limite qui tolère difficilement l'abandon. La psychiatre de la défense mentionne dans son rapport :

« Divers auteurs célèbres (Grinker, Gunderson, Kernberg) ont étudié le trouble de personnalité limite et ont élaboré des hypothèses dynamiques (c'est d'ailleurs ainsi que nous en sommes venus aux critères diagnostiques du DSM-IV). Tout comme ces auteurs l'ont décrit et comme on le constate chez le patient, ce dernier présente des faiblesses du Moi importantes avec des difficultés à tolérer l'anxiété, à gérer les stress et un manque de contrôle des impulsions. On retrouve aussi une incapacité majeure à subir l'abandon, qu'il soit réel ou imaginaire. Comme l'ont démontré les tests psychométriques et son histoire clinique, dans un contexte de grand stress ou de grande angoisse, le patient manque de ressources internes pour y faire face, ce qui entraîne chez lui une désorganisation affective ainsi que des comportements impulsifs et irréfléchis. Le patient n'est actuellement pas psychotique. Toutefois, son contact avec la réalité est fragile et peut s'interrompre facilement lorsqu'il est soumis à des stressseurs importants. Par ailleurs, il est aussi fort bien connu que les patients souffrant de trouble de personnalité limite sont plus à risque de souffrir de symptômes dissociatifs. Malheureusement, le patient présente aussi un facteur de risque de plus puisqu'il a présenté un état de stress post-traumatique suite à un traumatisme important. À mon avis, au moment des gestes délictueux, c'est effectivement ce qui s'est passé. À l'histoire, monsieur a eu une conversation téléphonique qui l'a grandement déstabilisé et engendré une colère intense. Il faut aussi mentionner que ses facultés de contrôle étaient déjà amoindries par l'abus d'alcool et de cocaïne. Le patient a alors été plongé dans un état de surcharge émotionnelle. Il s'est désorganisé et il a déchargé ses pulsions sur la première personne venue. À ce moment précis, en raison de cette colère et de cette charge émotionnelle trop intense, monsieur présentait un état dissociatif où sa conscience était coupée de ses comportements comme en témoigne l'amnésie qui résulte de cet événement. Il ne pouvait donc pas formuler l'intention de tuer la victime qui s'est malheureusement retrouvée sur son chemin à ce moment précis ».

L'accusé refusait d'accepter cette rupture amoureuse. Il a téléphoné à son amie dans la soirée et l'explosion de colère a suivi. Ceci est un élément déclencheur très intense.

Les témoignages corroborants d'observateurs

Le juge mentionne que toutes les personnes sur les lieux ont confirmé les versions de l'accusé et de la victime quant au déroulement des événements. L'attaque gratuite vis-à-vis un inconnu et l'appel subséquent au 911 par l'accusé et son comportement sont certainement plus compatibles avec l'état d'une personne qui dissocie plutôt qu'avec celui d'une personne qui agit froidement en toute connaissance. De toute évidence, il s'est réveillé après l'attaque et il a agi comme témoin qui voit une personne blessée. Lorsque la téléphoniste lui demande ce qui s'est passé, il est incapable de répondre. Le juge affirme qu'il ne croit pas qu'il s'agisse de simulation.

Les antécédents médicaux corroborant l'état de dissociation

L'expertise de la partie défenderesse retient un stress post-traumatique suite à un événement, et aussi une dissociation lors d'une attaque à la machette dans le métro. L'autre psychiatre ne retient pas ces événements racontés selon lui de façon trop théâtrale. Cependant, les psychiatres s'entendent sur le fait que l'accusé souffre d'un trouble de personnalité limite et qu'ainsi il est plus susceptible de dissocier. Le juge retient que les évaluations psychiatriques confirment toutes que l'accusé est susceptible de se trouver en état de dissociation.

L'existence du mobile du crime

La preuve ne révèle aucun mobile chez le patient. Il ne connaissait pas l'individu, il n'avait eu aucune altercation avec lui, rien ne se serait dit ou fait qui aurait pu le provoquer. Le juge se réfère à l'arrêt Stone et au témoignage d'une psychiatre dans cette affaire : « puisque l'esprit et le corps d'une personne en état de dissociation sont séparés, elle s'attendrait à ce qu'il n'y ait habituellement aucun lien entre les actes involontaires accomplis en état d'automatisme et le contexte social qui les a précédés immédiatement ».

La question de savoir si la personne qui aurait déclenché

l'état d'automatisme est victime de la violence en ayant résulté

Le juge se réfère ici encore une fois à l'arrêt Stone pour répondre à cette question; la Cour suprême s'était exprimée ainsi : « Pour déterminer si la défense a présenté une preuve qui permettrait à un jury ayant reçu des directives appropriées de conclure, selon la prépondérance des probabilités, que l'accusé a agi involontairement, le juge du procès devrait se demander si le crime en cause peut s'expliquer indépendamment de l'automatisme allégué. S'il est possible de répondre à cette question par la négative, la plausibilité de l'allégation de caractère involontaire par l'accusé sera accrue ».

Le juge affirme que c'est exactement le cas ici et c'est le hasard qui a mis la victime sur la route de l'accusé. Compte tenu de l'ensemble de la preuve et des témoignages des psychiatres, le juge arrive à la conclusion que la défense s'est

déchargée du fardeau de démontrer par la balance des probabilités que l'accusé a vécu un épisode dissociatif lors de cette attaque d'un inconnu et que son geste était involontaire et inconscient. Il reste à analyser si cet état résulte d'un trouble mental selon les trois critères établis lors de l'arrêt Stone :

- 1) la théorie de la cause interne
- 2) la théorie du risque subsistant
- 3) le facteur d'ordre public

En appliquant ces facteurs, il ne fait aucun doute ici qu'il s'agit d'un automatisme avec trouble mental. D'ailleurs, la couronne ne le conteste pas. S'il y a eu dissociation chez l'accusé, c'est en raison de son trouble de personnalité limite, un trouble mental selon la définition de l'article 2 du Code criminel et l'interprétation de la Cour suprême. Une personne normale n'aurait jamais sombré dans cet état suite à un refus de partager un amour. Le critère du risque subsistant justifie aussi un verdict d'aliénation mentale. Selon le psychiatre de la défense, le patient demeure un individu à risque qui a besoin de traitements et d'un encadrement sévère. Finalement, le facteur d'ordre public justifie de toute évidence un tel verdict.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Tribunal a déclaré l'accusé non responsable pour cause de troubles mentaux et il a ordonné sa détention dans une institution psychiatrique.

Appendice C

Formulaire de consentement et
engagement de l'étudiant et du directeur de recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche

Le projet de recherche : « Utilisation d'une batterie de tests psychométriques pour des fins de comparaison d'indices, d'une description du fonctionnement psychologique ainsi que pour préciser un diagnostic auprès d'un individu » est réalisé par Nathalie Lelièvre, dans le cadre de son programme de doctorat. Ce projet est sous la responsabilité de monsieur André Pellerin, directeur de recherche et professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette recherche est partie intégrante de l'internat final du doctorat en psychologie. Il se déroule sous la responsabilité institutionnelle de la Dre Marie-Frédérique Allard, médecin psychiatre, et sous la supervision clinique de madame Pierrette Déziel, psychologue au Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie et superviseuse d'internat.

Le but de cette recherche vise à évaluer un individu à l'aide d'une batterie de tests psychométriques ainsi que d'entrevues cliniques afin de comparer les résultats (convergences et divergences d'indices) et de préciser un diagnostic ou éliminer des diagnostics antérieurs. De plus, cette évaluation pourra permettre une meilleure compréhension du fonctionnement psychologique de l'individu afin d'élaborer un plan de traitement thérapeutique et pharmacologique approprié.

Le sujet d'âge adulte est référé à l'étude par le docteur Allard dans le cadre des services psychiatriques rendus par le Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie. Les informations contenues au dossier du patient seront utilisées pour des fins de recherche. La participation à cette recherche implique de la part du participant :

- une entrevue clinique effectuée en deux parties d'environ une heure et demie qui sera faite au Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie.
- la passation de la batterie de tests composée d'instruments couramment utilisés en psychologie :

MCMI-III (L'inventaire clinique multiaxiale de Million),

MMPI-II (L'inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota-2),

WAIS-III (L'échelle d'intelligence de Wechsler pour adulte, troisième édition),

Le test projectif du Rorschach,

Les épreuves graphiques (dessins de l'arbre, de la maison et des deux personnages).

La durée de passation respectera le rythme du patient et sera probablement d'environ six heures. Certains tests peuvent être administrés en deux temps différents et l'administration des tests se fera au Centre Hospitalier du Centre de la Mauricie.

Il n'y a pas de risque significatif associé à une telle évaluation. Le patient pourrait ressentir une certaine fatigue et il en sera tenu compte dans l'étalement de la passation des tests. Les avantages, découlant de cette recherche, sont des interventions psychologiques et psychiatriques appropriées déterminées par un diagnostic plus précis.

Les informations recueillies lors de ces épreuves seront utilisées uniquement par les personnes impliquées dans la recherche et seront traitées de façon strictement confidentielle. Le nom du participant ne figurera sur aucun questionnaire ou tests utilisés (seulement son numéro de dossier de l'institution sera noté). De plus, le formulaire de consentement sera placé dans un classeur sous clé pour assurer la confidentialité. Les données recueillies sont sujettes au règlement institutionnel concernant la tenue de dossier. Elles seront donc versées confidentiellement dans le dossier psychologique du patient. Elles seront détruites toujours selon le règlement de l'institution.

Le participant est libre de se retirer de la recherche à tout moment, sans avoir à justifier sa décision et sans en subir de préjudice. La responsable de la recherche peut retirer le participant de la recherche, mais il doit lui en donner le motif.

Le participant autorise le chercheur à prélever les informations concernant son anamnèse et son motif de consultation dans son dossier psychologique.

Le participant autorise le chercheur à transmettre les informations des différentes épreuves qu'il a complétées à son médecin traitant, soit le psychiatre responsable de son dossier.

Le participant pourra connaître les résultats généraux de la recherche en les demandant à la responsable de la recherche.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, _____, reconnait avoir été suffisamment informé du projet de recherche : « Utilisation d'une batterie de tests psychométriques pour des fins de comparaison d'indices, d'une description du fonctionnement psychologique ainsi que pour préciser un diagnostic auprès d'un individu », et de bien comprendre ce que ma participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise la responsable à utiliser les résultats de ma participation selon les informations qu'elle m'a fournies.

Signature du participant

ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT ET DU DIRECTEUR DE RECHERCHE

Je, Nathalie Lelièvre, étudiante au doctorat en psychologie, sous la supervision de monsieur André Pellerin, professeur au département de psychologie, m'engage à mener la présente recherche portant sur l'utilisation d'une batterie de tests psychométriques pour l'évaluation psychologique d'un individu, selon les dispositions acceptées par le Comité permanent de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale du participant tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir au participant tout le support permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Nathalie Lelièvre
Étudiante au doctorat en psychologie
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

André Pellerin, Ph.D.
Directeur de recherche
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières