

Faculté de droit et de criminologie

Influence de la subjectivité sur l'expertise psychiatrique

Romainville Lola
Bitzer Sonja
Année académique 2025-2026
Master en criminologie – Finalité intervention

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 107 à 114 du règlement général des études et des examens.

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

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

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

Engagement d'intégrité – Travaux écrits et mémoires d'étudiant.e.s

Je reconnais avoir pris connaissance des règles d'or de l'honnêteté intellectuelle ainsi que des Lignes directrices sur l'usage responsable des outils d'intelligence artificielle de l'UCLouvain (disponibles sur le site www.uclouvain.be/drt - page "règlements") et je m'engage à respecter les valeurs d'intégrité et d'honnêteté qui fondent les règles et recommandations adoptées au sein de la communauté universitaire.

En particulier :

Engagement sur l'authenticité de mon mémoire/travail écrit

- Je déclare sur l'honneur que j'ai préparé et rédigé moi-même ce mémoire/travail écrit.

Reconnaissance du plagiat comme faute

- Je suis conscient·e que le plagiat consiste à réutiliser d'autres documents et sources, même partiellement, sans mentionner le nom de l'auteur ni/ou de la source. Reproduire littéralement des passages d'un autre document, éventuellement traduits, sans les placer entre guillemets, même si l'auteur et la source de cette œuvre sont mentionnés, constitue également un plagiat.
- Je reconnais que le plagiat constitue une faute grave qui entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du Règlement général des études et des examens (RGEE).
- Je m'engage à ce que mon mémoire/travail ne constitue pas une reprise, même partielle, d'un autre document publié ou non, attribué à une personne ou anonyme.

Engagement à citer mes sources

- Je m'engage à attribuer à leur(s) auteur(s) toutes les idées, informations, données sur lesquelles je m'appuie. Je m'engage à référencer tous les emprunts intégrés au mémoire/travail (sous la forme de phrases, graphes, cartes, schémas, tableaux, etc.). Les références (par exemple, en note de bas de page) sont conformes aux exigences académiques et scientifiques (telles que présentées dans les cours de méthodologie, les séances de formation liées au Séminaire d'accompagnement des mémoires en Master et les guides de citation).

Engagement quant à l'usage d'outils d'intelligence artificielle (IA) générative

- Je m'engage à utiliser les outils d'IA générative, en particulier les générateurs de textes, de manière responsable, comme complément de mon apprentissage et sans chercher à contourner les exigences académiques.
- Je m'engage à respecter les Lignes directrices relatives à l'usage responsable de l'IA générative. Elles m'obligent notamment à référencer adéquatement les outils d'IA lorsque je reprends de manière littérale les contenus qu'ils ont générés. En revanche, certains usages de ces outils, par exemple comme assistant linguistique (pour corriger l'orthographe, la syntaxe ou le style), ne doivent pas être mentionnés.
- Je suis conscient·e que les contenus générés par ces outils d'IA ne reflètent pas nécessairement les faits/sources et je m'engage donc à toujours vérifier l'exactitude de ces contenus dans une démarche scientifique.
- Je m'engage à respecter toutes les consignes spécifiques pour le travail/mémoire, ainsi que les exigences de transparence et de documentation du processus ayant abouti au travail/mémoire, notamment en sauvegardant les conversations avec ces outils d'IA.
- Je m'engage à fournir, sur demande, des explications sur la manière dont j'ai utilisé ces outils.
- Je reconnais que le non-respect de ces exigences et de l'intégrité académique peut constituer un abus et être considéré comme une irrégularité au titre des articles 107 et suivants du RGEE et entraîner des sanctions telles que prévues aux articles 111 et suivants du RGEE.

Remerciements

Au terme de longs mois de recherche, d'analyses et de rédaction, j'éprouve un sentiment de fierté et de soulagement à voir ce mémoire achevé. Ce parcours n'a pas été sans embûches ni détours inattendus, mais il aura été porteur d'un vrai enthousiasme du début à la fin. Ce travail n'aurait toutefois pas pu voir le jour sans le soutien de plusieurs personnes que je tiens à remercier ici.

Je remercie chaleureusement Madame Sonja Bitzer, ma promotrice, pour son encadrement tout au long de ce projet : ses conseils avisés, son ouverture face à mes propositions, et ses retours toujours pertinents m'ont amenée à approfondir et à affiner ce travail bien au-delà de ce que j'aurais fait seule.

Je remercie également John Divoy, dont l'accompagnement fidèle et la disponibilité constante, tout au long de ce mémoire, ont largement dépassé ce que j'aurais pu espérer.

Un immense merci à mes amies, qui m'ont épaulée à travers les doutes et les moments de découragement : merci de m'avoir encouragée à tenir bon, d'avoir été présentes dans les moments plus difficiles, et d'avoir apporté tant de légèreté et de rires à cette aventure.

Enfin, je remercie ma famille, et tout particulièrement ma maman, pour sa présence indéfectible à mes côtés. Je lui suis infiniment reconnaissante, aussi bien pour sa relecture attentive et ses corrections orthographiques que pour son écoute, son soutien constant et sa bienveillance sans faille, qui m'ont portée tout au long de ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
PARTIE THÉORIQUE	6
CHAPITRE 1 – L’EXPERTISE PSYCHIATRIQUE	7
CHAPITRE 2 – LA SUBJECTIVITE	16
CHAPITRE 3 – L’INFLUENCE DU GENRE	25
PARTIE EMPIRIQUE	35
CONSTRUCTION DES HYPOTHESES	37
CONSTRUCTION DU MATERIEL.....	39
ÉCHANTILLONNAGE ET POPULATION VISÉE	40
PROCÉDURE.....	40
RÉSULTATS	41
DISCUSSION.....	54
LIMITES.....	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE.....	64
ANNEXES.....	73
Annexe 1 – Matériel de l’étude	73
Annexe 2 - Questionnaire	93
Annexe 3 – Données quantitatives	96
Annexe 4 - Analyses qualitatives	109

INTRODUCTION

La définition légale de l'expertise psychiatrique la présente comme une mesure visant à répondre objectivement à des questions telles que la responsabilité pénale, la dangerosité ou la nécessité d'un internement (Loi du 5 mai 2014). Cette prétention à l'objectivité a toutefois été interrogée par plusieurs auteurs, qui soulignent la part irréductible de subjectivité clinique qu'elle comporte (Dumoulin, 2013 ; Viaux, 2012). Les jugements cliniques, même dans des contextes experts, sont susceptibles d'être influencés par des biais cognitifs opérant de façon automatique et inconsciente (Kahneman, 2011 ; Neal & Grisso, 2014). Parmi les variables susceptibles d'activer ces schémas implicites, le genre du prévenu retient l'attention : plusieurs études indiquent que les évaluateurs forensiques n'appréhendent pas de la même façon un prévenu masculin et une prévenue féminine présentant des profils identiques (Ali & Adshead, 2022 ; Thompson, 2010 ; Yourstone et al., 2008). Si ces travaux documentent l'existence de ces biais, ils interrogent peu la manière dont ils opèrent dans un cadre juridique précis tel que celui défini par la loi belge du 5 mai 2014.

Le présent mémoire vise à combler cette lacune en ayant pour objectif principal d'examiner la mesure dans laquelle la nature de l'infraction et le genre du prévenu influencent les jugements formulés dans le cadre d'une expertise psychiatrique simulée. Parallèlement, l'influence des caractéristiques de l'évaluateur (sa formation universitaire, sa connaissance perçue du cadre légal, et son genre) est également analysée. Trois hypothèses générales guident cette recherche : la première postule que la nature de l'infraction influence les évaluations selon les quatre critères légaux de la loi de 2014¹ ; la deuxième postule que le genre du prévenu influence ces mêmes évaluations de façon directionnelle, dans le sens d'une médicalisation plus marquée de la déviance féminine ; la troisième postule que les caractéristiques de l'évaluateur influencent ses conclusions, sans qu'il soit possible d'en prédire la direction a priori pour l'ensemble de ces caractéristiques.

Pour répondre à ces questions, une méthode expérimentale par vignettes a été retenue (Garb, 2021 ; Neal & Grisso, 2014). Six dossiers cliniques fictifs, construits à partir de cas réels anonymisés, ont été soumis à des étudiants en psychologie et en psychiatrie selon un plan croisant nature de l'infraction et genre du prévenu. Ce mémoire s'articule en deux grandes parties. Une première partie théorique aborde l'expertise psychiatrique, la subjectivité et ses manifestations dans le système pénal et l'influence du genre sur le jugement clinique. Une seconde partie empirique présente la méthodologie, les résultats et leur discussion.

PARTIE THÉORIQUE

Cette première partie pose les bases théoriques nécessaires à la compréhension de l'étude empirique. Le premier chapitre situe l'expertise psychiatrique dans son cadre légal et professionnel belge ; le second explore la notion de subjectivité et ses manifestations dans le contexte pénal ; le troisième se concentre sur l'influence spécifique du genre dans le jugement clinique, permettant d'articuler ces trois axes avec les hypothèses de recherche développées en partie empirique.

CHAPITRE 1 – L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

1. Notion d'expertise et d'expert

Avant de se pencher sur le terme spécifique d'« expertise psychiatrique », il paraît cohérent de clarifier les notions d'« expertise » et d'« expert ». En effet, la manière dont on définit ce qui fait un « expert » et ce qui constitue une « expertise » n'est pas neutre : elle engage des questions de légitimité, d'objectivité et de subjectivité qui se retrouvent au cœur des pratiques d'expertise psycho-légale.

Dans le sens commun, l'expertise désigne souvent une compétence jugée solide, même si elle ne dépasse pas radicalement celle d'un professionnel agréé (Bourne et al., 2014; Campitelli et al., 2015). Selon la littérature scientifique, elle est plus restrictive : il s'agit d'un niveau de performance exceptionnellement élevé ou spécifique dans un domaine donné, très supérieur à celui de la population ordinaire (Bourne et al., 2014). Cette performance repose sur des critères objectifs tels que des tests, des tâches standardisées et des analyses reproductibles (Ericsson & Charness, 1994). La notion d'expertise peut alors être décrite comme un savoir volontairement mobilisé pour l'action, qui se différencierait par ses objectifs pratiques (Dumoulin, 2013).

Aujourd'hui, le terme « expert » occupe une place importante dans le discours médiatique et public. Ce statut perçu d'expert active un mécanisme bien documenté en psychologie sociale : l'argument d'autorité, selon lequel les individus tendent à accorder une crédibilité accrue à un message en fonction du statut perçu de la personne qui l'énonce, plutôt qu'en fonction de la validité du message lui-même (Cialdini, 2009). Ce mécanisme a été illustré empiriquement par l'« effet blouse blanche » : des patients jugent un médecin en blouse blanche plus digne de confiance, plus compétent et plus autoritaire que le même médecin en tenue ordinaire, alors que rien d'autre ne diffère dans la situation (Tiang et al., 2017). Historiquement, ce phénomène a également été démontré par Petty et al. (1981) dans

le cadre du modèle de la probabilité d'élaboration, selon lequel un message attribué à une source perçue comme experte est traité de façon moins critique par l'auditoire.

Ce constat mérite toutefois d'être nuancé aujourd'hui. Avec la montée de la désinformation et la polarisation politique, la confiance envers les experts s'est fragilisée dans certains groupes de la population, comme l'ont montré les controverses autour des avis d'experts pendant la pandémie de COVID-19 et la mouvance antivaccin (Ecker et al., 2022). L'autorité perçue d'un expert ne suffit donc plus toujours à convaincre : elle reste efficace dans certains contextes, comme le montre l'effet blouse blanche en médecine, mais se heurte ailleurs à une méfiance croissante envers les institutions.

Dans ce travail, le terme « forensique » est employé au sens large, pour désigner toute discipline mobilisant des connaissances scientifiques ou cliniques au service de la justice. Cette famille disciplinaire recouvre notamment la psychiatrie et la psychologie forensiques, la médecine légale, ainsi que la criminalistique. Cette dernière renvoie plus spécifiquement à l'analyse technique des indices matériels (empreintes, traces biologiques, balistique), un champ distinct de celui abordé dans ce mémoire. Le terme « médico-légal », quant à lui, désigne ici la dimension médicale de cette pratique et correspond notamment au titre professionnel de « psychiatre médicolégal », officiellement reconnu en Belgique depuis 2015 (arrêté ministériel du 28 octobre 2015).

2. Évolution de l'expertise mentale

Il existe une multitude d'expertises portant sur des domaines variés, tels que le bâtiment, l'économie, la médecine, la forensique, l'informatique, ou encore la psychologie. Parmi ces diverses expertises, celles qui mobilisent la psychologie et la psychiatrie occupent une place particulière, car elles portent sur des phénomènes humains complexes tels que les comportements, états mentaux, intentions, qui ne peuvent jamais être entièrement réduits à des indicateurs objectifs (Dumoulin, 2013). Cette tension entre référent scientifique et appréciation clinique constitue un terrain privilégié pour interroger la part de subjectivité dans l'expertise.

La psychiatrie forensique belge constitue à cet égard un cas particulièrement illustratif. Pendant des décennies, les psychiatres experts ont acquis leurs compétences sur le terrain, sans formation structurée ni cadre légal protégeant le titre d'expert (Leistedt, 2021). Cette absence de régulation permettait à tout psychiatre généraliste de se déclarer

expert du jour au lendemain, parfois sans les compétences nécessaires, ce qui a nui à la crédibilité de la profession, notamment à travers des affaires judiciaires médiatisées (Avril, 2008).

Sous la loi de défense sociale du 1^{er} juillet 1964, l'expertise psychiatrique reposait principalement sur des appréciations cliniques comportant une part significative de subjectivité. Ces expertises étaient fréquemment réalisées par un nombre restreint de psychiatres, dans un contexte de pénurie progressive d'experts et d'augmentation du volume de missions confiées à chacun (Cartuyvels & al., 2010).

Le cadre juridique a été substantiellement réformé par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, entrée en vigueur en 2016, ainsi que par l'arrêté royal du 25 septembre 2018. Ces textes ont introduit plusieurs mécanismes visant à structurer et encadrer la pratique expertale : élaboration d'un canevas standardisé, création d'un registre national des experts judiciaires, conditions d'agrément spécifiques pour les psychiatres et encouragement de la collaboration avec les psychologues (Loi du 5 mai 2014). Ce dispositif s'inscrit dans une volonté d'harmonisation avec les standards européens, notamment en matière de respect des droits fondamentaux et de caractère contradictoire de la procédure. Il intègre également le recours à des instruments structurés d'évaluation du risque (Leistedt, 2021).

Par ailleurs, le titre professionnel de psychiatre médico-légal a été officiellement reconnu en 2015, avec une entrée en vigueur au 1^{er} avril 2016, définissant pour la première fois des critères spécifiques d'agrément et de formation pour la discipline (arrêté ministériel du 28 octobre 2015). L'objectif global de cette réforme est d'assurer une plus grande cohérence méthodologique et une transparence dans les avis rendus, tout en limitant les effets de la subjectivité inhérente à toute évaluation clinique. Paradoxalement, malgré ces avancées normatives, la psychiatrie forensique belge fait face à une désertification croissante de la profession : les experts sont de plus en plus sollicités, tout en étant de moins en moins nombreux (Leistedt, 2021).

3. L'expertise psychiatrique aujourd'hui

3.1. Définition légale

L'expertise psychiatrique, telle que définie par la loi belge du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes (art. 9, §2), est une mesure médico-légale ordonnée par le procureur du Roi, un juge d'instruction ou une juridiction de jugement, visant à vérifier chez

l'auteur présumé d'un crime ou délit contre autrui : (1) l'existence au moment des faits et au moment de la décision d'un trouble mental abolissant ou altérant gravement la capacité de discernement ou de contrôle des actes ; (2) un lien causal possible entre ce trouble et l'infraction ; (3) un risque de récidive dû au trouble, conjugué ou non à d'autres facteurs ; et (4) les modalités de traitement, de suivi ou de soins nécessaires à la réinsertion sociale (Loi du 5 mai 2014, art. 5 ; Leistedt, 2021).

Depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 25 septembre 2018, les psychiatres et psychologues sont tenus d'utiliser un canevas d'expertise psychiatrique standardisé pour structurer leurs rapports circonstanciés. Ce canevas, élaboré en concertation avec le Collège des procureurs généraux et les ordres professionnels, garantit une uniformité méthodologique, une exhaustivité des rubriques obligatoires et une meilleure intelligibilité pour les magistrats, tout en répondant aux critiques sur la subjectivité, l'usage de vocabulaires diagnostiques obsolètes ou l'omission de facteurs prédictifs (Vicenzutto et al., 2019). Il pallie les lacunes de l'ancienne pratique où aucune obligation légale ne précisait le contenu des expertises, malgré leur suivi quasi systématique par les juges. Il insiste sur une démarche évaluative rigoureuse reposant sur un entretien clinique variablement structuré et est complété par des outils d'évaluation standardisés. Il met l'accent sur la dualité positionnelle de l'expert, qui se trouve entre neutralité judiciaire et implication clinique inévitable lors de la rencontre avec le sujet, un enjeu majeur qui expose à des tensions déontologiques et à des contestations (Vicenzutto et al., 2019).

3.2. Définition clinique

À côté de cette définition légale, une approche complémentaire met davantage l'accent sur la dimension relationnelle et interprétative de l'expertise. Jean-Luc Viaux (2012) la décrit comme un « *entretien, plus ou moins structuré, soutenu ou non par des outils, entre un clinicien et un sujet* », produisant des données formelles (âge, symptômes, tests quantifiés), subjectives (émotions, histoire personnelle) et un rapport écrit traduisant psychopathologiquement le fonctionnement psychique du sujet et son rapport à son histoire. Cette vision accentue ce que la définition légale tend à minorer : la subjectivité inhérente à la rencontre clinique et la part d'interprétation que le clinicien apporte inévitablement dans la lecture du sujet qu'il évalue. Là où la loi énumère des critères factuels à vérifier, la clinique rappelle que cette vérification passe toujours par le filtre d'un regard situé (Dumoulin, 2013). Utilisée principalement dans les affaires pénales où des atteintes à l'intégrité physique ou

psychique de tiers sont en jeu, elle éclaire le juge sur des éléments techniques échappant à sa compétence, tels que l'imputabilité ou la récidive potentielle (Bosly & al., 2010).

3.3. Les deux axes de l'expertise : psychiatrique et psychologique

Dans la pratique, l'expertise psychiatrique repose sur deux domaines interconnectés et complémentaires, la psychiatrie et la psychologie. L'axe psychiatrique est centré sur le diagnostic nosologique précis des troubles mentaux via la CIM-11 ou le DSM-5, ainsi que sur l'évaluation de leur gravité au moment des faits, et la mesure probabiliste de la dangerosité actuelle et future à l'aide d'instruments structurés comme le HCR-20 ou le SAVRY. Il établit également le lien causal éventuel entre le trouble et l'infraction commise.

Concernant l'axe psychologique, il approfondit l'analyse de la personnalité multidimensionnelle en mesurant l'intelligence, l'affectivité, la sociabilité, et identifie les facteurs étiologiques développementaux influençant le parcours du sujet. Il mobilise des tests tels que la WAIS-IV, le Rorschach, ou le MMPI-2 permettant d'objectiver des données non strictement pathologiques, sans aborder frontalement la responsabilité pénale (Vicenzutto et al., 2019).

Ces deux axes fonctionnent de manière complémentaire : le psychiatre pose le cadre nosologique et évalue la dangerosité, tandis que le psychologue apporte une analyse plus fine de la personnalité et des facteurs développementaux, soutenant les conclusions psychiatriques sans les dupliquer (Bosly et al., 2010).

3.4. La double finalité de l'expertise

L'expertise psychiatrique poursuit une double finalité. Sa finalité scientifique consiste à fournir un diagnostic objectif sur la présence de troubles mentaux abolissant ou altérant gravement le discernement ou le contrôle des actes, en s'appuyant sur une méthodologie rigoureuse et des outils standardisés. Sa finalité pratique est d'éclairer le juge sur des éléments techniques échappant à sa compétence, par un avis non contraignant mais qui, dans les faits, est suivi de façon quasi systématique par les magistrats (Dumoulin, 2013 ; Gowensmith et al., 2011). En ce sens, l'expertise constitue une interface entre psychopathologie et droit, essentielle pour humaniser la justice tout en répondant aux impératifs de protection de la société (Bosly et al., 2010).

Dans ce cadre, l'expertise est formalisée comme une mission distincte de la prise en charge thérapeutique, placée sous la responsabilité du psychiatre médico-légal (Loi du 5 mai

2014 ; Leistedt, 2021). L'objectif est d'assurer une plus grande cohérence méthodologique et une transparence accrue dans les avis rendus, tout en soutenant la décision judiciaire relative à la mesure d'internement, conçue à la fois comme mesure de sûreté et comme dispositif orienté vers la prise en charge et la réinsertion (Loi du 5 mai 2014). Ainsi, comparée au cadre antérieur de la loi de défense sociale du 1er juillet 1964, largement fondé sur l'appréciation clinique individuelle des experts, la loi du 5 mai 2014 tend à renforcer l'encadrement, la traçabilité et la standardisation des expertises psychiatriques, sans pour autant éliminer la part d'appréciation clinique inhérente à ce type d'évaluation (Vicenzutto et al., 2019) — une tension irréductible qui sera au cœur des sections suivantes.

4. Conséquences de l'expertise psychiatrique

Les jugements formulés dans le cadre de la santé mentale forensique ont des implications considérables, touchant à la fois la liberté des personnes évaluées, la sécurité de la collectivité et les responsabilités des professionnels de santé impliqués dans les procédures pénales (American Psychological Association, 2013 ; Neal, 2018).

Pour l'individu, les conséquences de l'expertise sont potentiellement très lourdes. Un rapport concluant à l'existence d'un trouble mental abolissant le discernement peut mener à un internement, suspendant la peine principale au profit d'une mesure de sûreté d'une durée indéterminée, renouvelable périodiquement, avec obligation de soins (Loi du 5 mai 2014). Cette mesure, dont l'exécution est supervisée par la chambre de protection sociale, prévoit un placement initial dans un établissement sécurisé ; la personne internée n'accède à une libération à l'essai qu'à condition que son trouble mental soit stabilisé et son risque de récidive considérablement réduit (De Spiegeleir, 2025). À l'inverse, l'expertise peut établir l'irresponsabilité pénale, permettant d'éviter la prison au profit d'un traitement adapté, ou recommander une sortie conditionnelle avec suivi ambulatoire (David, 2006).

Sur le plan sociétal, l'expertise psychiatrique remplit une fonction d'équilibre entre sécurité publique et droits du patient, mais elle n'est pas exempte de critiques. Plusieurs auteurs soulignent le risque de sur-internement lié à la recherche d'un "risque zéro", ainsi que les limites scientifiques de la prédiction de dangerosité, qui demeure probabiliste plutôt que certaine (Crampagne, 2013 ; Goffinet & al., 2011). Par ailleurs, l'expertise clinique traditionnelle est régulièrement jugée subjective et faible sur le plan prédictif, ayant tendance à surévaluer la dangerosité avec un nombre élevé de faux positifs, c'est-à-dire des individus considérés comme dangereux qui ne récidivent pas (Goffinet & al., 2011). Cette limite a

conduit au développement d'une expertise de type actuariel, axée sur l'identification de profils de risque à l'aide d'outils standardisés, mais qui soulève à son tour des questions sur la réduction de l'individu à des statistiques de groupe (Crampagne, 2013). Cette tension rejoint une critique plus large de la quantification comme mode de gouvernement des conduites humaines, où le recours au chiffre et à la catégorisation statistique tend à se substituer à l'appréciation singulière de la situation individuelle (Supiot, 2015). La confusion entre le rôle d'expert et celui de clinicien constitue également une tension déontologique majeure, ces deux fonctions étant fondamentalement incompatibles lorsqu'elles s'exercent à l'égard d'un même patient (Leistedt, 2021).

Dans les procédures pénales belges, l'expertise peut intervenir dès l'instruction pour approfondir le dossier, influençant la qualification des faits ou le débat sur l'altération du discernement (art. 69, Code pénal). Bien que son avis ne lie pas le juge, son impact est décisif dans la modulation des sanctions, priorisant parfois la protection sur la punition (Dumoulin, 2013). Elle peut être complétée par une expertise psychologique pour une analyse plus nuancée de la personnalité (David, 2006), et expose l'expert à des pressions contradictoires entre impératifs scientifiques, éthiques et judiciaires (Dumoulin, 2013). En somme, l'expertise psychiatrique constitue une interface fragile entre psychiatrie et droit, essentielle pour humaniser la justice, mais perfectible dans sa précision prédictive et son respect des libertés individuelles.

5. La posture de l'expert : entre neutralité et implication

5.1. La dualité positionnelle de l'expert

La complexité du dispositif expertoral tient en grande partie à sa dualité : l'expert psychiatre est à la fois un clinicien, formé à la rencontre thérapeutique et à l'empathie, et un auxiliaire de justice, mandaté pour produire un avis objectif au service de la décision judiciaire (Viaux, 2012). Cette double appartenance crée une tension structurelle que la standardisation des pratiques ne peut entièrement résoudre. Comprendre les processus subjectifs d'un sujet présumé criminel implique nécessairement de se placer dans une position d'empathie comportant des mouvements d'identification, ce qui entre en tension avec l'exigence de neutralité judiciaire (Ravit & Di Rocco, 2013). Autrement dit, l'expert ne peut pas simultanément suspendre tout investissement clinique et produire une évaluation psychopathologique pertinente, la rencontre avec le sujet comporte toujours une part irréductible d'implication subjective.

Cette tension est d'autant plus significative qu'elle opère souvent de façon implicite et non consciente. L'expert peut croire sincèrement qu'il évalue de façon neutre, alors même que ses représentations, ses expériences antérieures et ses schémas cognitifs orientent son attention et son interprétation (Neal & Grisso, 2014 ; Vicenzutto et al., 2019). C'est précisément cette dualité positionnelle qui constitue le terrain sur lequel s'inscrit la question de la subjectivité expertale.

5.2. L'incompatibilité déontologique entre rôle d'expert et rôle de thérapeute

Cette dualité positionnelle s'accompagne d'une incompatibilité déontologique explicite : selon l'article 43 du Code de déontologie médicale, un psychiatre ne peut pas être à la fois le thérapeute et l'expert d'un même patient (Ordre des médecins, 2018). La raison est que le psychiatre dans son rôle de soignant est tenu au secret professionnel de façon quasi-absolue envers son patient, alors que dans son rôle d'expert, il est habilité à communiquer à la justice les éléments directement liés à sa mission (Leistedt, 2021). Cette règle est toutefois difficile à respecter en pratique en raison du faible nombre de psychiatres forensiques disponibles en Belgique (Leistedt, 2021). La pénurie d'experts crée des situations où le même praticien peut se trouver impliqué dans des rôles incompatibles à l'égard du même patient, ce qui soulève des questions éthiques et renforce la nécessité de distinguer clairement les deux fonctions sur le plan institutionnel.

5.3. Le profil sociodémographique des experts : une population non neutre

Si la posture de l'expert est traversée par des tensions entre clinique et justice, elle est également façonnée par les caractéristiques sociodémographiques de ceux qui l'exercent. La psychiatrie forensique était autrefois une discipline à prédominance masculine. Cette tendance semble toutefois en cours de renversement chez les nouvelles générations de praticiens : aux États-Unis, la proportion de femmes parmi les internes en psychiatrie forensique est passée de 27,78% en 2007-2008 à 58,8% en 2020-2021, devenant majoritaire (Saboar et al., 2022). Les expertes féminines tendent à réaliser moins d'évaluations en matière pénale que leurs homologues masculins, et 80% des femmes contre seulement 41% des hommes estiment que le genre constitue un facteur dans la sélection des experts par les juges (Price et al., 2004). Ces données suggèrent que le corps professionnel des experts n'est pas homogène, et que ses caractéristiques démographiques peuvent elles-mêmes influencer la nature et l'orientation des évaluations produites.

Par ailleurs, la population des patients en psychiatrie forensique est elle aussi fortement genrée : les femmes ne représentent que 5 à 13% des patients forensiques en Europe, avec des variations selon les pays (Hodgins, 2022). Cette faible représentation des femmes dans les dossiers traités par les experts peut contribuer à une moindre familiarité avec les profils féminins, et donc à une plus grande susceptibilité aux schémas stéréotypés lors de leur évaluation. Ces constats démographiques constituent la base empirique qui justifie d'examiner l'influence du genre sur les conclusions expertales, ce qui fera l'objet du chapitre 3 du présent travail.

CHAPITRE 2 – LA SUBJECTIVITE

La subjectivité constitue un concept central pour comprendre les dynamiques à l'œuvre dans l'expertise psychiatrique forensique, les évaluateurs en santé mentale étant susceptibles de recourir à des raccourcis cognitifs qui orientent leur jugement (Neal & Grisso, 2014), et ce y compris lorsqu'ils rejettent consciemment ces biais (Devine, 1989). Avant d'examiner son influence dans ce contexte spécifique, ce chapitre en propose une définition progressive, allant du niveau cognitif et neurologique vers le niveau social et institutionnel. Dans un premier temps, les composantes fondamentales de la subjectivité seront présentées, puis le rôle des représentations et des stéréotypes dans la construction du jugement sera examiné. Dans un second temps, la relation entre subjectivité et objectivité sera interrogée, conduisant à une redéfinition de la subjectivité comme condition à toute production de connaissance. Enfin, ces éléments seront appliqués au système pénal et à la pratique d'expertise, avant d'aborder la question de la mesure de la subjectivité, qui prépare la démarche empirique du présent travail.

1. Composantes de la subjectivité

La subjectivité peut être définie comme l'ensemble des processus par lesquels un individu perçoit, interprète et expérimente le monde depuis une perspective de première personne (Zahavi, 2008). Elle renvoie au caractère phénoménal de l'expérience, c'est-à-dire « ce que cela fait » d'avoir une expérience (Nagel, 1974). Loin d'être une entité abstraite, la subjectivité constitue aujourd'hui un objet d'étude central en neurosciences et en psychologie cognitive, où elle est abordée comme un phénomène émergent résultant de l'interaction de plusieurs systèmes cérébraux (Dehaene, 2014 ; Koch, 2019).

La subjectivité ne correspond pas à une simple réception passive d'informations sensorielles, mais plutôt à une construction active. Le cerveau peut être décrit comme un système prédictif, qui génère en permanence des hypothèses sur le monde et ajuste celles-ci en fonction des données sensorielles. Dans ce cadre, la perception elle-même est déjà subjective, puisqu'elle dépend des attentes, des croyances et des modèles internes de l'individu. Ainsi, deux personnes exposées au même stimulus peuvent en avoir des expériences différentes, car leur cerveau interprète l'information à partir de cadres internes distincts. La subjectivité émerge donc de l'interaction entre les signaux sensoriels et les représentations internes, ce qui en fait un phénomène intrinsèquement individuel (Clark, 2013 ; Friston, 2010).

Une composante essentielle de la subjectivité est la conscience phénoménale, c'est-à-dire l'expérience vécue elle-même. Cette dimension repose sur des processus neuronaux impliquant le cortex préfrontal, les régions pariétales et les réseaux attentionnels (Dehaene, 2014 ; Koch, 2019). La subjectivité implique ici une intégration de multiples informations dans une expérience unifiée. Cette intégration est parfois décrite comme un "espace de travail global" (Global Workspace Theory), dans lequel certaines informations deviennent accessibles à la conscience et peuvent être rapportées verbalement (Baars, 1988). Cependant, toutes les informations traitées par le cerveau ne deviennent pas conscientes. La subjectivité correspond donc à une sélection particulière de contenus, qui accèdent à la conscience et constituent le vécu.

La subjectivité est également façonnée par la mémoire, dans le sens que les expériences passées influencent la manière dont les situations présentes sont interprétées. Ce phénomène montre que la perception est modulée par les souvenirs et les apprentissages antérieurs (Schacter et al., 2007). La mémoire autobiographique joue ici un rôle central : elle contribue à la formation d'un sentiment de continuité du soi (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Ainsi, la subjectivité n'est pas seulement une expérience instantanée, mais une construction temporelle, qui intègre le passé, le présent et les anticipations du futur.

Enfin, la subjectivité est profondément influencée par le contexte social et culturel. À un niveau macro, les normes, le langage et les interactions sociales modèlent la manière dont les individus perçoivent et interprètent le monde (Nisbett & Miyamoto, 2005). Le langage fournit des catégories pour nommer et organiser l'expérience, il oriente la perception avant même que le sujet en soit conscient. Les concepts émotionnels, par exemple, varient selon les cultures, ce qui influence la manière dont les individus identifient et décrivent leurs propres états internes (Boroditsky, 2001). À un niveau plus individuel, cette influence sociale se cristallise dans des biais cognitifs, définis comme des raccourcis de pensée automatiques et souvent inconscients par lesquels les croyances et attentes socialement construites orientent le jugement (Kahneman, 2011). Kahneman distingue à cet égard deux systèmes de pensée : un système rapide et automatique, siège des biais et des heuristiques, et un système lent et délibératif, capable de raisonnement explicite mais mobilisé moins fréquemment. La subjectivité n'est donc pas purement individuelle : elle est co-construite dans l'interaction avec autrui et les normes du groupe d'appartenance (Berger & Luckmann, 2018).

2. Représentations et stéréotypes

La perception, le langage, les émotions, la mémoire et les influences sociales convergent vers un même résultat : la formation de représentations mentales qui ne sont pas de simples copies du monde, mais des constructions situées, structurées par les expériences et les appartenances sociales de l'individu (Friston & Kiebel, 2009 ; Tulving, 2002). Parmi ces structures représentationnelles, les stéréotypes en constituent une forme saillante et directement pertinente pour l'analyse du jugement clinique (Fiske & Taylor, 1991).

Les stéréotypes correspondent à des croyances généralisées sur les caractéristiques des membres d'un groupe social, et fonctionnent comme des raccourcis cognitifs facilitant le traitement de l'information sociale. Fonctionnant comme des schémas cognitifs activés de manière rapide et souvent inconsciente, ils influencent automatiquement la perception, l'interprétation et la mémoire des comportements d'autrui, orientant l'attention et la catégorisation sociale avant toute délibération explicite (Fiske & Taylor, 1991). Par ailleurs, même lorsque les individus rejettent consciemment les stéréotypes, ceux-ci peuvent continuer à influencer automatiquement leurs jugements (Devine, 1989). Ainsi, sur la base de ces éléments, les stéréotypes participent à la structuration des représentations mentales et constituent un mécanisme central par lequel les influences sociales s'inscrivent dans la subjectivité individuelle.

3. Opposition à l'objectivité

Dans l'étude des sciences sociales, l'objectivité a longtemps été considérée comme un idéal central (Daston & Galison, 2021). Toutefois, l'objectivité n'est ni universelle ni stable, mais elle est historiquement située, construite et maintenue par des pratiques sociales, culturelles et politiques spécifiques (Shapin, 2011). Dans ce contexte, la subjectivité apparaît comme un outil critique permettant de déconstruire l'illusion d'une objectivité pure (Barnes et al., 1996 ; Bloor, 1996).

Cependant, cette utilisation de la subjectivité reste essentiellement négative. Elle est conçue comme ce qui « contamine » ou « perturbe » la connaissance objective, plutôt que comme un processus productif en soi. La subjectivité est souvent réduite à un ensemble hétérogène de facteurs qui viennent troubler la transparence supposée du rapport entre le sujet connaissant et le monde. Cette conception, parfois qualifiée de « vision poubelle »

(dustbin conception), empêche de penser la subjectivité comme un objet d'analyse rigoureux (Shapin, 2011).

4. Interdépendance de l'objectivité et de la subjectivité

L'opposition entre subjectivité et objectivité est non seulement simplificatrice, mais aussi trompeuse. En réalité, ces deux notions sont indissociables. Toute connaissance, même la plus rigoureusement scientifique, contient des éléments subjectifs : des cadres conceptuels, des catégories d'interprétation, des pratiques institutionnelles et des finalités humaines (Shapin, 2011). Ainsi, la connaissance scientifique ne porte jamais exclusivement sur le monde extérieur ; elle est également une expression des conditions dans lesquelles les sujets connaissent. Comme le souligne Shapin (2011, p. 171), « *ce qui semble être une connaissance purement objective contient inévitablement des éléments appartenant aux sujets, leurs connaissances préalables, leurs catégories, leurs coutumes, leurs conventions et leurs finalités.* »¹. Cette idée rejoint un principe fondamental de la sociologie de la connaissance : la production de savoir est toujours située (Haraway, 2013). Loin d'être un défaut, cette présence du subjectif est une condition de possibilité de la connaissance elle-même. Autrement dit, il n'existe pas de savoir totalement dépourvu de subjectivité ; celle-ci est constitutive de toute relation cognitive au monde.

5. De la subjectivité à l'intersubjectivité

Cette dimension sociale conduit à introduire le concept d'intersubjectivité, désignant la capacité des individus à partager et stabiliser leurs expériences subjectives dans la relation à autrui (Husserl et al., 1992). Contrairement à l'idée selon laquelle la subjectivité serait enfermée dans la sphère privée de chaque individu, elle peut être partiellement rendue publique. C'est parce que nous partageons le même monde et les mêmes expériences sensibles que la rencontre avec autrui est possible (Merleau-Ponty, 1976). Les communautés jouent un rôle essentiel dans ce processus. À travers des pratiques collectives, des normes et des langages communs, elles permettent de coordonner les expériences individuelles et de rendre les jugements comparables et discutables (Shapin, 2011). C'est le langage et l'échange entre sujets qui permettent de construire des accords partagés sur les normes et les valeurs (Habermas, 1981).

¹ Traduction libre. Citation originale : « That which seems to be transparently about objects in the world contains ineradicable elements belonging to subjects, their background knowledge, their categories, customs, conventions, and purposes ».

Dans cette perspective, la subjectivité n'est pas opposée à l'objectivité, mais constitue le point de départ d'un processus de mise en commun. L'objectivité peut être comprise comme une forme d'intersubjectivité, c'est-à-dire comme un accord obtenu entre sujets, plutôt que comme un accès direct à une réalité indépendante (Rorty, 1991). La subjectivité constitue ainsi le matériau premier de l'intersubjectivité : c'est à partir de la confrontation et de la mise en commun de subjectivités individuelles que peuvent émerger des formes de connaissance partagées, formes que l'on désigne alors, dans l'usage courant, sous le nom d'objectivité.

6. Vers une synthèse de la subjectivité

À partir de ces éléments, il est possible de proposer une synthèse de la subjectivité. Celle-ci ne doit plus être envisagée comme une simple source de biais ou d'erreur, mais comme un ensemble de pratiques par lesquelles les individus construisent et expriment leur rapport au monde (Shapin, 2011). Cette grille de lecture est nécessaire pour envisager les biais étudiés dans ce mémoire non comme des erreurs à éliminer, mais comme des manifestations structurelles du jugement humain.

La subjectivité est à la fois individuelle et sociale, privée et publique, stable et évolutive. Elle se manifeste dans des contextes spécifiques, à travers des interactions, des apprentissages et des dispositifs. Elle est structurée par des normes et des conventions, tout en conservant une dimension irréductiblement personnelle (Berger & Luckmann, 2018). En ce sens, la subjectivité apparaît comme une dimension fondamentale de l'expérience humaine et de la production de connaissance. Loin d'être un obstacle à la science, elle en constitue une condition essentielle (Haraway, 2013).

7. La subjectivité dans le système pénal

Le système pénal se présente comme un espace régi par des règles objectives, des procédures codifiées et des standards d'impartialité (Kaminski, 2015). Pourtant, l'approche psychologique de la justice repose sur un postulat inverse : les caractéristiques personnelles de toutes les personnes impliquées dans le système judiciaire - qu'il s'agisse du policier, de l'avocat, du juge, du juré ou de l'expert - affectent le fonctionnement de ce système (Przygodzki-Lionet & al., 2012). Cette lecture rejoint d'ailleurs les conclusions de la sociologie pénale elle-même : loin de fonctionner « à la loi », les pratiques des acteurs judiciaires relèvent d'arbitrages constants entre normes légales, organisationnelles et

professionnelles concurrentes (Kaminski, 2015). Autrement dit, la subjectivité n'est pas une anomalie que le droit parviendrait à éliminer par ses procédures ; elle est une composante structurelle de tout acte de jugement.

Cette idée a été formalisée dans la tradition juridique sous le concept d'intime conviction, qui reconnaît que la décision judiciaire ne repose pas uniquement sur une évaluation mécanique des preuves, mais sur la conviction interne du juge, construite au fil de l'audience et influencée par des impressions, des interprétations et des représentations (Przygodzki-Lionet & al., 2012). Si ce principe garantit une certaine souplesse dans l'appréciation des faits, il ouvre également la porte à des influences subjectives dont les acteurs judiciaires n'ont pas toujours conscience. La recherche en sentencing confirme empiriquement ce constat : loin d'être guidée de façon cohérente par des principes de philosophie pénale, la pratique décisionnelle des juges apparaît structurée par des considérations pragmatiques et contextuelles (Vanhamme & Beyens, 2007). Comme le souligne Faget (2018), l'exigence d'impartialité ne signifie donc pas l'absence totale de subjectivité, mais implique plutôt d'en reconnaître l'existence pour mieux en limiter les effets sur la décision.

Il n'est pas rare que les décisions pénales soient influencées par des facteurs extérieurs aux éléments strictement juridiques. Les caractéristiques sociales des prévenus telles que leur apparence, leur genre, leur origine, ou leur statut familial activent des représentations stéréotypées qui orientent les jugements de façon souvent implicite (Fiske & Taylor, 1991 ; Thompson, 2010). De même, le biais d'ancrage a été empiriquement confirmé dans le contexte judiciaire : les magistrats sont influencés par les premières informations reçues sur un dossier, et ajustent insuffisamment leur jugement à la lumière des éléments ultérieurs, et ce même lorsqu'ils sont expérimentés (Englich & al., 2005 ; Tversky & Kahneman, 1974). Ces effets ne sont pas le propre des novices : des études impliquant des magistrats expérimentés ont confirmé leur présence, suggérant que l'expertise professionnelle ne constitue pas en elle-même un rempart contre la subjectivité (Przygodzki-Lionet & al., 2012).

Dans ce contexte, l'expertise psychiatrique occupe une position particulièrement sensible. Elle intervient précisément à l'intersection entre subjectivité et objectivité : l'expert est mandaté pour fournir un avis scientifique sur des questions (l'état mental, la dangerosité, la responsabilité) qui résistent par nature à une objectivation complète. Son rapport, bien que non contraignant, est suivi de façon quasi systématique par les magistrats, ce qui confère

à sa subjectivité un poids institutionnel considérable (Gowensmith & al., 2011 ; Kamorowski et al., 2021). C'est précisément dans ce contexte que la question des biais cognitifs propres à l'expert prend toute son importance.

8. La subjectivité chez les experts légaux

Dans le champ de l'expertise forensique, les biais cognitifs sont souvent perçus de manière négative, car ils sont associés à un manque d'objectivité ou à un engagement personnel inapproprié de la part de l'évaluateur (Neal & Grisso, 2014). Or, comme l'ont montré les développements précédents sur la subjectivité, ces biais ne relèvent pas d'une défaillance morale ou d'une incompétence professionnelle : ils sont inhérents au fonctionnement cognitif humain et opèrent le plus souvent de façon automatique et inconsciente, y compris chez des professionnels hautement qualifiés (Kahneman, 2011 ; Devine, 1989). En ce sens, l'expert forensique n'échappe pas aux mécanismes généraux de la subjectivité décrits précédemment.

Neal et Grisso (2014) ont systématiquement appliqué au contexte forensique les travaux de Tversky et Kahneman (1974) sur les heuristiques cognitives, montrant que les évaluateurs en santé mentale sont susceptibles de recourir à des raccourcis de pensée qui orientent leur jugement indépendamment des éléments cliniques effectivement disponibles dans le dossier..

Une question est de savoir si les professionnels de l'expertise sont plus ou moins susceptibles aux biais que la population générale. Les données disponibles suggèrent que non : le niveau de biais observé chez les experts forensiques est comparable à celui de la population générale, et la formation professionnelle ne constitue pas en elle-même une protection suffisante (Fitzgerald & Hurst, 2017). Une enquête menée en 2017 auprès d'examineurs forensiques confirme ce constat : la majorité d'entre eux maintiennent ce qu'on appelle un biais de l'angle mort, reconnaissant qu'une information extérieure pourrait théoriquement influencer leur analyse, tout en affirmant que leurs propres conclusions n'en seraient jamais affectées, un phénomène renforcé par un manque de formation spécifique aux biais cognitifs (Kukucka et al., 2017). Plus troublant encore, les experts ont tendance à reconnaître les biais dans les jugements de leurs pairs plus facilement que dans les leurs, un phénomène connu sous le nom de biais de l'angle mort, qui rend l'introspection peu fiable comme stratégie de débiaisage (Neal & Brodsky, 2016).

Face à ces constats, plusieurs stratégies de réduction des biais ont été proposées : ancrer le jugement sur des taux de base populationnels, distinguer corrélation et causalité, envisager délibérément l'hypothèse contraire à celle que l'on est enclin à formuler, ou encore recourir à des instruments structurés d'évaluation qui contraignent l'évaluateur à considérer systématiquement un ensemble prédéfini de facteurs (Neal & Grisso, 2014 ; Neal & Brodsky, 2016). Toutefois, aucune de ces stratégies ne permet d'éliminer totalement la subjectivité : elle doit être comprise comme une dimension inhérente à la pratique expertale, que l'on peut tenter de contenir et de rendre plus transparente, mais non de supprimer.

9. Comment mesurer la subjectivité

Mesurer la subjectivité constitue un défi méthodologique, précisément parce que les processus subjectifs opèrent souvent en dehors de la conscience des individus. Deux grandes approches ont été développées en psychologie pour y répondre : les mesures implicites et les méthodes expérimentales par vignettes.

Les mesures implicites, dont la plus connue est l'Implicit Association Test (IAT) permettent d'évaluer les associations automatiques et inconscientes entre des concepts sociaux. En mesurant les temps de réaction lors de tâches de catégorisation, l'IAT révèle des associations que les participants ne rapporteraient pas spontanément dans un questionnaire, précisément parce qu'elles opèrent en dehors du contrôle conscient (Greenwald et al., 1998). Cette méthode a été appliquée à de nombreux domaines, incluant la justice pénale, pour documenter des biais implicites liés au genre, à la race ou au statut social (Greenwald et al., 1998). Toutefois, si l'IAT est particulièrement utile pour détecter la présence de biais implicites, il renseigne peu sur leurs effets concrets dans des situations décisionnelles réelles (Oswald et al., 2013).

Ensuite est utilisée la méthode expérimentale par vignettes, consistant à soumettre des participants à des cas fictifs, construits de façon à ne faire varier qu'une seule caractéristique à la fois (comme le genre ou l'origine du prévenu) puis à recueillir leurs évaluations. En maintenant constant l'ensemble du contenu clinique et en ne faisant varier que la caractéristique sociale d'intérêt, cette approche permet d'isoler l'effet causal de cette variable sur les jugements formulés, de façon analogue à un protocole expérimental contrôlé (Garb, 2021). Elle a été largement utilisée pour documenter les biais de genre et de race dans le jugement clinique psychiatrique (Garb, 2021) ainsi que dans les évaluations forensiques spécifiquement.

Cette méthode a été utilisée pour tester l'existence de biais de genre dans les évaluations d'irresponsabilité pénale, en soumettant des cliniciens, des juges et des étudiants en psychologie à des vignettes identiques d'homicides ne variant que par le genre de l'accusé. Leurs résultats ont mis en évidence des différences significatives dans les évaluations selon le genre présenté, confirmant que les jugements forensiques ne sont pas immunisés contre l'influence des représentations genrées (Yourstone et al., 2008). De même, plusieurs études synthétisées par Garb (2021) ont montré que des caractéristiques sociales telles que la race influencent les décisions diagnostiques des psychiatres à contenu clinique équivalent.

La méthode par vignettes présente cependant certaines limites à mentionner : elle repose sur des situations simulées dont la validité écologique peut être questionnée, et les participants peuvent adopter des comportements différents de ceux qu'ils auraient dans une situation réelle. Néanmoins, elle reste à ce jour la méthode la plus rigoureuse pour isoler l'effet de variables sociales spécifiques sur le jugement, tout en contrôlant l'ensemble des autres facteurs (Neal & Grisso, 2014). C'est précisément cette approche qui a été retenue dans le cadre de la présente étude, dont la méthodologie sera détaillée dans la partie empirique.

1. Genre comme construit social

Avant d'aborder l'influence du genre sur l'expertise psychiatrique, il est nécessaire de préciser ce que l'on entend par genre. Le genre, contrairement au sexe qui est attribué biologiquement à la naissance, renvoie à un ensemble de significations, de normes et de rôles socialement produits, qui sont stabilisés puis intériorisés dans les interactions quotidiennes et les institutions (Haslanger, 2000). Cette distinction entre sexe et genre a été largement mobilisée pour montrer que les différences entre hommes et femmes ne se réduisent pas à des caractéristiques biologiques, mais s'inscrivent aussi dans des rapports sociaux hiérarchisés qui organisent les attentes, les comportements et les sanctions sociales (Butler, 1999 ; Oakley, 2015).

Il convient de préciser que le genre, pas plus que le sexe, ne se réduit à une catégorisation binaire : une pluralité d'identités, notamment non binaires et transidentitaires, échappe à l'opposition homme/femme. Pour des raisons liées à la construction du matériel expérimental, ce travail opérationnalise néanmoins le genre de façon binaire, sans que ce choix méthodologique ne prétende refléter l'ensemble du spectre des identités de genre. Cette même limite se retrouve dans l'écriture de ce mémoire, qui emploie le masculin générique pour désigner les rôles d'expert et de prévenu. Une convention linguistique qui, comme le montre Viennot (2020), résulte d'une construction historique plutôt que d'une nécessité logique de la langue française. Cette tension mérite d'être nommée dans un travail portant précisément sur les biais de genre en expertise psychiatrique.

Le genre fonctionne comme une grille de lecture du monde social : il classe les individus, distribue des positions et rend certaines conduites plus ou moins légitimes selon qu'elles sont associées au masculin ou au féminin (Connell, 2005). Cette catégorisation sociale constitue le terrain sur lequel peuvent émerger des biais de genre, c'est-à-dire des traitements différenciés et non justifiés appliqués aux individus en fonction du genre qui leur est attribué. Ces traitements reflètent les stéréotypes de genre présents dans la société (Broverman & al., 1970 ; Seem & Johnson, 1998).

Dans le champ de l'expertise psychiatrique, cette construction sociale du genre est particulièrement importante, car l'évaluation clinique ne se fait jamais dans un vide neutre : elle s'inscrit dans des représentations sociales qui influencent la perception de la normalité,

de la dangerosité et de la responsabilité (Chaperon, 2013). Autrement dit, le genre n'est pas seulement une variable descriptive ; il constitue aussi une catégorie susceptible d'orienter, souvent de façon implicite, le regard de l'expert sur le prévenu, ses symptômes, sa trajectoire et sa manière de se présenter (Ali & Adshead, 2022 ; Chaperon, 2013).

1.1. La norme masculine comme référence implicite en psychiatrie forensique

Dans les travaux sur le genre, la masculinité est souvent décrite comme la norme dominante ou invisible, c'est-à-dire comme le point de référence à partir duquel sont évalués les autres comportements sociaux (Connell, 2005; Bourdieu, 2016). Cette hiérarchie symbolique fait que le masculin apparaît fréquemment comme universel, tandis que le féminin est pensé comme particulier ou second. Dans le champ médical et psychiatrique, cette asymétrie qualifiée d'« androcentrisme » peut conduire à ce que certaines manifestations cliniques soient interprétées à partir d'un modèle masculin de la normalité psychique, relationnelle ou comportementale (Chaperon, 2013 ; Rosser, 1992). Rosser (1992) a ainsi mis en évidence que les catégories diagnostiques disponibles dans les classifications psychiatriques peuvent elles-mêmes refléter des valeurs androcentriques, orientant le regard du clinicien en fonction du genre du patient plutôt qu'en fonction des seuls critères cliniques objectifs.

En psychiatrie forensique, la norme masculine agit souvent comme un référentiel implicite à partir duquel sont évalués les comportements et les affects du prévenu (Chaperon, 2013 ; Ali & Adshead, 2022). Cette référence n'est pas toujours formulée explicitement par l'expert, mais elle peut orienter la manière dont sont interprétés des éléments tels que la responsabilité, la capacité de contrôle des actes, l'agressivité ou l'expression émotionnelle (Chaperon, 2013). Autrement dit, ce qui est lu et interprété dépend en partie des attentes socialement construites autour du masculin et du féminin.

L'histoire de l'expertise psychiatrique rappelle d'ailleurs que l'évaluation n'a jamais été totalement étrangère aux jugements sociaux et moraux, même lorsqu'elle prétend à l'objectivité (Chaperon, 2013). Dans ce contexte, la « neutralité » de l'expertise peut masquer le fait que la comparaison se fait souvent à partir d'un modèle masculin devenu invisible parce que dominant (Connell, 2005; Bourdieu, 2016 ; Rosser, 1992). Cela a des effets concrets sur la lecture de la dangerosité, de la responsabilité pénale et de la nécessité d'une mesure d'internement ou de sûreté, puisque les comportements ne sont pas seulement

appréciés en fonction de leur contenu clinique, mais aussi en fonction de leur conformité aux attentes de genre (Ali & Adshead, 2022).

1.2.Genre et déviance : ce que transgresser la norme signifie selon le genre

Ces représentations genrées de la normalité ne restent pas cantonnées au champ clinique, elles s'articulent directement avec la manière dont la déviance est construite et interprétée dans les institutions pénales et psychiatriques. En effet, la déviance n'est jamais seulement une transgression objective : elle est aussi une construction sociale qui dépend des attentes collectives et du groupe auquel appartient l'individu évalué (Becker, 2020). Or, ces attentes sont genrées : un même comportement n'a pas nécessairement la même signification sociale selon qu'il est adopté par un homme ou par une femme (Butler, 1999).

Transgresser la norme de genre ne produit pas les mêmes effets symboliques selon le genre attribué à la personne, car les sanctions sociales ne portent pas sur les mêmes dimensions de l'identité (Connell, 2005). Le genre agit donc comme un cadre d'interprétation de la déviance, en rendant certaines conduites plus visibles, plus inquiétantes ou plus stigmatisantes que d'autres (Becker, 2020 ; Thompson, 2010).

2.1.Genre et violence : représentations asymétriques

La violence est elle aussi fortement genrée dans les représentations sociales, car elle reste souvent associée au masculin, à la force et à la domination (Bakan, 1966; Krug et al., 2002). Les travaux sur les rapports de genre montrent que les structures sociales produisent une distribution asymétrique du pouvoir et des ressources, ce qui contribue à rendre la violence masculine plus intelligible ou plus “attendue” dans l'imaginaire collectif (Messerschmidt, 2010). À l'inverse, la violence féminine est fréquemment perçue comme plus paradoxale, plus rare ou plus dérangeante, précisément parce qu'elle contredit les normes de féminité principalement associées au soin, à la passivité ou à la retenue (Ali & Adshead, 2022 ; Chaperon, 2013).

Cette asymétrie a des conséquences sur la manière dont les actes sont interprétés dans les institutions pénales et psychiatriques. Les violences commises par des hommes tendent plus facilement à être replacées dans une continuité d'attentes sociales ou de scénarios déjà connus, tandis que celles commises par des femmes peuvent être surinvesties psychologiquement ou moralement comme une rupture avec l'ordre attendu du féminin

(Chaperon, 2013). De même, les violences fondées sur le genre s'inscrivent dans des rapports de pouvoir et de hiérarchie qui ne sont pas symétriques, ce qui explique que les perceptions sociales de la violence soient elles-mêmes structurées par le genre (UNFPA, 2019).

2. Genre et représentations

2.1. Stéréotypes de genre

Les stéréotypes constituent l'une des formes les plus saillantes par lesquelles le genre structure la perception sociale (Fiske & Taylor, 1991). Ils peuvent être définis comme des croyances généralisées et relativement stables portant sur les caractéristiques, comportements et rôles attribués aux membres d'un groupe social - ici, les hommes et les femmes (Fiske, 1998 ; Ellemers, 2017). Ces croyances fonctionnent comme des schémas cognitifs, c'est-à-dire des structures mentales organisées qui guident automatiquement la perception, l'interprétation et la mémorisation des informations relatives à autrui (Fiske, 1998 ; Fiske & Taylor, 1991). En ce sens, les stéréotypes de genre ne requièrent pas d'intention discriminatoire explicite pour produire leurs effets : ils opèrent en amont du jugement, en orientant l'attention et la catégorisation sociale avant même que le sujet percevant en soit conscient (Todorov et al., 2008).

Ce caractère automatique a été mis en évidence par les travaux de Devine (1989), qui a montré que les stéréotypes culturellement partagés sont activés de manière automatique et inconsciente dès lors qu'un individu est identifié comme membre d'un groupe social, y compris chez des personnes qui tentent de rejeter tout jugement. Autrement dit, malgré que l'évaluateur soit convaincu de sa propre impartialité, il peut se trouver influencé par des associations stéréotypées activées à son insu. Ce résultat est d'une importance centrale pour l'analyse de l'expertise psychiatrique : il signifie que la bonne volonté ou la formation professionnelle de l'expert ne constituent pas, à elles seules, une garantie contre l'influence implicite des stéréotypes de genre sur le jugement clinique.

Dans le domaine forensique, les stéréotypes de genre s'articulent autour d'une opposition fondamentale entre des attributs traditionnellement associés au masculin (autonomie, contrôle, rationalité, agressivité) et des attributs associés au féminin (dépendance, émotivité, passivité, soin) (Bakan, 1966 ; Ellemers, 2017). Ces associations structurent les attentes de l'évaluateur sur la manière dont un prévenu est supposé se

comporter, s'exprimer ou réagir lors de l'entretien clinique. Lorsque la présentation du sujet correspond à ces attentes, elle risque de passer inaperçue ou d'être interprétée comme conforme ; lorsqu'elle s'en écarte, elle risque d'être surinterprétée, amplifiée ou réorientée vers une explication psychiatrique (Thompson, 2010 ; Ali & Adshead, 2022). C'est précisément ce mécanisme qui rend les stéréotypes de genre particulièrement problématiques dans un contexte d'évaluation où les enjeux d'internement, de responsabilité pénale, et de dangerosité sont considérables.

2.2. Image de la femme violente

La criminologie féministe a mis en évidence que le genre constitue l'un des prédicteurs les plus constants de la criminalité, les hommes étant surreprésentés dans les statistiques pénales, et ce de façon encore plus marquée pour les infractions violentes (Gottfredson and Hirschi, 1990 ; Thompson, 2010). Cette réalité statistique a une conséquence directe sur la manière dont les acteurs judiciaires perçoivent et traitent les prévenues : la femme qui commet une infraction violente transgresse non seulement la loi pénale, mais également les attentes normatives associées à son genre. Elle se trouve ainsi doublement déviante, au regard de la loi et au regard des rôles sociaux attendus (Rosenfield 1982). Le comportement violent féminin, perçu comme incompréhensible au regard des normes de genre, tend à être attribué à un trouble mental plutôt qu'à une intention criminelle délibérée (Thompson, 2010).

Cette logique a été théorisée sous la formule "mad or bad" : les femmes qui entrent dans le système pénal seraient davantage perçues comme malades que comme criminelles, tandis que les hommes, dont la violence est considérée comme plus conforme aux typifications habituelles, seraient davantage traités comme des délinquants responsables de leurs actes (Peter, 2006 ; Smart, 1995). Une recherche menée en milieu carcéral illustre ce mécanisme : des comportements agressifs similaires donnent lieu à des réponses institutionnelles différentes selon le genre du détenu, le placement en unité psychiatrique pour les femmes, le placement disciplinaire pour les hommes (Thompson, 2010). Ce processus est appelé : la médicalisation de la déviance féminine (Offen, 1986). Ce n'est donc pas la nature du comportement qui détermine la réponse institutionnelle, mais la correspondance ou non de ce comportement avec les attentes de genre de l'acteur qui en est l'auteur.

2.3. Image de l'homme vulnérable

Si la violence féminine tend à être surinvestie psychiatriquement, le cas de l'homme présentant une vulnérabilité psychologique pose le problème inverse. Un homme manifestant de la vulnérabilité, des affects dépressifs ou un besoin de soin se trouvera en décalage avec les attentes genrées associées à sa catégorie, ce qui peut produire des effets sur la manière dont sa détresse est perçue et interprétée par un évaluateur (Connell, 2005 ; Connell & Messerschmidt, 2005).

Des travaux coordonnés par l'Organisation mondiale de la santé ont montré que les troubles intériorisés chez les hommes (dépression, anxiété, détresse psychologique) sont fréquemment sous-diagnostiqués, non seulement parce que les hommes recourent moins spontanément aux services de soin, mais aussi parce que les professionnels de santé tendent à moins les reconnaître et à moins les orienter vers une prise en charge psychiatrique (OMS, 2023 ; Thompson, 2010).

En contexte forensique, ces dynamiques prennent une dimension supplémentaire. Un homme prévenu qui manifeste une souffrance psychologique peut se trouver évalué à travers le prisme de la non-conformité à la masculinité attendue, ce qui risque d'orienter le regard de l'expert vers une interprétation en termes de déficit de contrôle ou de trouble de la personnalité, plutôt que vers une lecture clinique de la détresse (Ali & Adshead, 2022). À l'inverse, un homme qui adopte une posture de maîtrise et de rationalité peut voir ses difficultés psychologiques minimisées ou non explorées lors de l'entretien, car sa présentation correspond aux attentes comportementales du prévenu masculin (Thompson, 2010). Dans les deux cas, c'est le genre qui oriente l'interprétation clinique, en rendant certains signes plus ou moins visibles selon leur conformité aux schémas attendus.

Ce phénomène illustre que les biais de genre dans l'expertise psychiatrique ne jouent pas uniquement en défaveur des femmes : ils produisent des effets spécifiques pour les hommes également, en rendant leur vulnérabilité moins lisible et potentiellement moins prise en compte dans l'évaluation de leur état mental, de leur responsabilité et de leurs besoins thérapeutiques.

3. Genre et jugement clinique

3.1. Le diagnostic différentiel selon le genre

Si nous nous penchons sur la prévalence des troubles mentaux selon les genres, nous constatons que les femmes présentent des taux plus élevés de troubles intériorisés tels que la dépression et les troubles anxieux ; tandis que les hommes sont davantage concernés par des troubles extériorisés tels que les abus de substances, et troubles antisociaux (Thompson, 2010 ; American Psychiatric Association, 1994). Cette distinction n'est pas anodine en contexte d'expertise psychiatrique : les troubles extériorisés, plus visibles et socialement disruptifs, sont potentiellement plus susceptibles d'être repérés et diagnostiqués lors d'une évaluation forensique, tandis que les troubles intériorisés, plus discrets, risquent de passer inaperçus chez les femmes qui n'y correspondent pas phénotypiquement. En d'autres termes, la présentation clinique attendue d'un trouble peut elle-même être teintée de stéréotypes de genre, avec pour conséquence que le genre du prévenu oriente l'attention diagnostique de l'expert.

3.2.Évaluation du risque

L'évaluation du risque de récidive constitue l'un des axes centraux de l'expertise psychiatrique forensique, notamment dans le cadre de la loi belge du 5 mai 2014 qui en fait une condition explicite de la décision d'internement. Cette évaluation peut elle-même être orientée par les effets de genre.

Les femmes tendent en effet à être perçues comme moins dangereuses et moins susceptibles de récidiver que les hommes pour des infractions comparables, y compris des infractions violentes (Friedman & al., 2024). Cette asymétrie a été documentée empiriquement : les scores de dangerosité attribués aux hommes tendent à être plus élevés qu'aux femmes pour des profils comparables (Elbogen & al., 2001 ; Rojas, 2016). Ces effets s'appuient sur les typifications habituelles du comportement criminel féminin, jugé moins menaçant et moins intentionnel que celui des hommes. Concrètement, McNiel et Binder (1995) ont montré que les cliniciens commettaient davantage d'erreurs de faux négatifs pour les femmes, c'est-à-dire qu'ils sous-évaluaient le risque qui se réalisait effectivement par la suite. De plus, Lidz (1993) a établi que la capacité des experts à prédire la violence féminine n'était pas significativement meilleure que le hasard, alors même que les femmes s'avéraient aussi violentes que les hommes dans leur échantillon.

Paradoxalement, lorsqu'une femme commet un acte violent, cette même logique peut produire l'effet inverse : sa violence, jugée incompréhensible au regard des normes de genre, est surinvestie psychiatriquement et conduit à surestimer le besoin d'une mesure de sûreté

plutôt qu'à évaluer objectivement le risque réel de récidive (Thompson, 2010 ; Ali & Adshead, 2022). Le genre oriente l'évaluation du risque dans deux sens : minimisation chez la femme conforme et amplification chez la femme déviante, indépendamment du contenu clinique objectif du dossier.

À cela s'ajoute que le genre de l'expert lui-même module ces jugements : Elbogen et al. (2001) ont observé que cliniciens et cliniciennes n'utilisent pas les mêmes indicateurs pour évaluer la dangerosité selon le genre du patient, ce qui révèle que le biais est doublement situé, du côté du prévenu et du côté de l'évaluateur.

3.3. L'attribution de responsabilité pénale

Les décisions d'orienter un prévenu vers une évaluation psychiatrique en vue de déterminer la responsabilité pénale ne reposent pas exclusivement sur des critères cliniques objectifs. Des facteurs sociodémographiques dont le genre, le statut familial et l'appartenance raciale exercent une influence significative sur ces décisions (Thompson, 2010). En particulier, les femmes ayant commis des infractions violentes se révèlent plus susceptibles d'être orientées vers une expertise psychiatrique que les hommes auteurs de faits comparables, ce qui conforte l'hypothèse que la violence féminine déclenche un besoin d'explication psychiatrique que la violence masculine ne suscite pas au même degré (Baskin et al. 1989). Par ailleurs, les liens familiaux modèrent cet effet : les femmes inscrites dans un cadre familial stable sont moins souvent orientées vers l'évaluation psychiatrique, ce qui suggère que c'est bien la transgression des normes de genre, et non le seul comportement criminel, qui active le recours à la psychiatrie (Black, 1976 ; Thompson, 2010).

3.4. Décision d'internement

La décision d'internement intervient après l'attribution de la responsabilité pénale par le juge sur base des conclusions expertales, étape à laquelle un trouble mental jugé aboli au moment des faits mais absent au moment du jugement conduirait normalement à un acquittement plutôt qu'à une mesure d'internement. C'est à ce stade de l'attribution de la responsabilité, puis dans l'exécution de la mesure qui peut en découler, que les biais accumulés au fil de l'expertise sont susceptibles de produire des effets concrets sur la trajectoire institutionnelle du prévenu.

Cette décision n'est pas indépendante du genre. Les femmes en psychiatrie forensique présentent des durées d'internement et des profils de prise en charge qui diffèrent significativement de ceux des hommes, sans que ces écarts soient toujours justifiés par des critères cliniques. Une étude portant sur quatorze établissements forensiques tchèques a montré que les femmes avaient une durée moyenne d'internement significativement plus courte que les hommes, tout en présentant des besoins non satisfaits plus élevés et des taux d'infractions violentes comparables, ce qui suggère que les décisions de maintien ou de levée de la mesure ne reposent pas sur les mêmes critères selon le genre (Páv et al., 2025).

Ces constats illustrent que la décision d'internement n'est pas un acte purement clinique : elle s'inscrit dans un ensemble de représentations genrées de la dangerosité et de la pathologie qui traversent toute la chaîne évaluative.

Conclusion

Ce parcours théorique permet de dégager les concepts qui structurent la démarche empirique de ce mémoire. Le chapitre 1 a montré que l'expertise psychiatrique, malgré sa prétention à l'objectivité scientifique, reste traversée par une part irréductible d'appréciation clinique. Le chapitre 2 a redéfini la subjectivité non comme une source d'erreur, mais comme une condition constitutive de tout jugement, tout en distinguant un mode de traitement automatique et implicite (Kahneman, 2011 ; Devine, 1989) d'un mode plus délibératif et verbalisable. Le chapitre 3, enfin, a montré comment le genre structure spécifiquement ce jugement clinique, à travers l'activation de stéréotypes (Fiske, 1998), la norme masculine comme référence implicite (Connell, 2005), et le mécanisme de médicalisation de la déviance féminine (Offen, 1986 ; Thompson, 2010).

Le genre, tel que mobilisé dans ce cadre théorique, ne se réduit pas à une catégorisation binaire : une pluralité d'identités, notamment non binaires et transidentitaires, échappe à l'opposition homme/femme. La démarche empirique présentée dans la partie suivante opérationnalise néanmoins le genre de façon binaire, tant pour l'accusé que pour le participant — une simplification qui ne prétend pas refléter l'ensemble du spectre des identités de genre, mais qui reste cohérente avec l'objectif de ce travail : étudier l'effet des représentations sociales associées aux catégories « homme » et « femme » sur le jugement clinique, plutôt que le genre dans toute sa complexité. Cette même limite se retrouve dans l'écriture de ce mémoire, qui emploie le masculin générique pour désigner les rôles d'expert

et de prévenu, convention linguistique résultant d'une construction historique plutôt que d'une nécessité logique de la langue française (Viennot, 2020).

Ce cadre conduit à formuler l'hypothèse selon laquelle le genre de l'accusé influencera les jugements d'expertise psychiatrique (H1), tout en interrogeant si ce biais, à l'instar de la distinction entre traitement automatique et délibératif évoquée au chapitre 2, se manifeste de façon différenciée selon qu'il est porté par des caractéristiques du dossier évalué ou par celles de l'évaluateur lui-même — question qui structure l'analyse combinée des données quantitatives et qualitatives présentée dans la partie empirique de ce travail.

PARTIE EMPIRIQUE

La partie empirique de ce mémoire s'est construite autour du questionnement de la place de la subjectivité dans les expertises psychiatriques réalisées en contexte médico-légal. Dans ce cadre, les jugements portent sur des cas construits sous forme de dossiers fictifs décrivant des situations pénales impliquant des accusés présentant potentiellement un trouble mental au moment des faits.

L'étude investigate l'influence de plusieurs variables. Tout d'abord, trois situations judiciaires différentes ont été retenues, toutes différenciées par la nature de l'infraction (mœurs, coups et blessures, et homicide). Ensuite, le genre de l'accusé·e varie, entre femme et homme. Pour finir, les participants ont été retenus sous deux conditions : être étudiant·e en psychiatrie ou en psychologie niveau master. L'objectif est d'évaluer si ces facteurs influencent les jugements formulés dans le cadre d'une expertise psychiatrique simulée.

Le jugement formulé par l'expert est évalué par le biais des quatre caractéristiques de l'expertise psychiatrique, c'est à dire la responsabilité pénale, l'existence d'un trouble mental au moment des faits, le lien causal entre ce trouble et l'infraction, ainsi que l'évaluation du risque de récidive et les recommandations de prise en charge.

Cela nous amène à la question de recherche, qui est la suivante : « *Dans quelle mesure les jugements formulés dans le cadre d'une expertise psychiatrique varient-ils en fonction de la nature de l'infraction, du genre de l'accusé et des caractéristiques de l'évaluateur ?* »

Cette question est testée à l'aide d'un plan expérimental inter-sujets à deux facteurs (3×2), croisant la nature de l'infraction et le genre de l'accusé. Chaque participant est assigné aléatoirement à l'une des six conditions expérimentales correspondant à une combinaison spécifique de ces deux variables, ce qui permet d'isoler leur effet sur les décisions d'expertise. L'effet de la formation disciplinaire de l'évaluateur (psychologie versus psychiatrie), est testé séparément par comparaison entre les deux groupes sur chacune des variables dépendantes. En complément, l'influence de la connaissance en matière pénale perçue par le participant et son genre a été analysée.

Dans cette partie seront présentées les hypothèses de recherche, la méthodologie de l'étude, puis les analyses statistiques permettant de tester les effets principaux et les interactions entre les variables.

CONSTRUCTION DES HYPOTHESES

Les hypothèses de cette étude s'appuient sur les travaux mettant en évidence l'influence de biais cognitifs et de stéréotypes sur les processus de jugement, y compris dans des contextes supposés experts ou normés. Elles reposent sur l'idée que les jugements cliniques et médico-légaux ne sont pas uniquement déterminés par des éléments cliniques, mais peuvent également être influencés par des caractéristiques sociales activant des schémas cognitifs implicites (Devine, 1989 ; Kahneman & Klein, 2009).

H1 : La nature de l'infraction influence les décisions d'expertise psychiatrique.

Cette première hypothèse est la plus évidente et attendue. Plus précisément, nous nous attendons à ce que les infractions les plus répressibles pénalement telles que l'homicide (art. 393 Code pénal) soient associées à des évaluations plus élevées de dangerosité et de risque de récidive, ainsi qu'à une plus grande probabilité d'attribution d'un lien causal entre trouble mental et passage à l'acte. À l'inverse, les infractions telles que les coups et blessures (art. 398 Code pénal) ou certaines infractions de mœurs (art. 417/7 Code pénal) pourraient être associées à des évaluations moins sévères. Cette hypothèse repose sur les travaux en psychologie montrant que la gravité perçue d'un acte influence les évaluations de responsabilité et de dangerosité, indépendamment des informations cliniques disponibles (Tversky & Kahneman, 1974).

H2 : Le genre de l'accusé influence les décisions d'expertise psychiatrique.

Ce postulat constitue l'hypothèse principale de ce mémoire. Il est attendu que le genre de l'accusé influence les décisions d'expertise psychiatrique, dans le sens d'une médicalisation plus marquée de la déviance féminine, conformément à la littérature sur les typifications genrées du comportement criminel (Thompson, 2010 ; Ali & Adshead, 2022).

- **H2a.** Une prévenue féminine sera davantage perçue comme atteinte d'un trouble mental abolissant ou altérant gravement le discernement qu'un prévenu masculin présentant le même profil.
- **H2b.** Les évaluateurs établiront plus fréquemment un lien causal entre le trouble mental et l'infraction pour la prévenue féminine que pour le prévenu masculin.

- **H2c.** Les évaluateurs attribueront des scores de risque de récidive plus élevés à un prévenu masculin qu'à une prévenue féminine présentant un profil clinique et délictuel identique.
- **H2d.** Les évaluateurs recommanderont plus fréquemment une mesure d'internement assortie d'un suivi thérapeutique pour la prévenue féminine que pour le prévenu masculin.

H3 : Les caractéristiques de l'évaluateur influencent les décisions d'expertise psychiatrique

Le postulat sous-jacent est que plusieurs caractéristiques du participant, et non seulement les caractéristiques de l'accusé ou de l'infraction, influencent son raisonnement clinique (source ?). Trois caractéristiques sont investiguées : la formation universitaire de l'évaluateur, son niveau de connaissance perçue en matière pénale, et son genre.

La formation universitaire constitue l'hypothèse principale. Les étudiants en psychiatrie et en psychologie disposent de cadres de référence distincts, notamment en ce qui concerne la maîtrise du cadre légal de l'expertise et des classifications diagnostiques. Des différences sont donc attendues dans leurs évaluations, sans qu'il soit toutefois possible de prédire a priori la direction de ces effets (Fiske & Taylor, 1991).

- **H3a.** Les étudiants en psychiatrie et en psychologie différeront dans la reconnaissance d'un trouble mental, dans l'établissement d'un lien causal entre trouble mental et infraction, dans l'évaluation du risque de récidive attribué au prévenu et dans leurs recommandations de prise en charge thérapeutique.

En complément de cette hypothèse principale, l'influence de la connaissance perçue du participant en matière légale, ainsi que celle de son genre, ont été investiguées, donnant lieu à deux sous-hypothèses supplémentaires :

- **H3b.** La connaissance perçue du participant en matière légale influencera ses décisions quant au trouble mental de l'accusé, le lien entre le trouble et les faits, la récidive potentielle, et ses recommandations de traitement.
- **H3c.** Le genre du participant influencera ses décisions quant au trouble mental de l'accusé, le lien entre le trouble et les faits, la récidive potentielle, et ses recommandations de traitement.

CONSTRUCTION DU MATERIEL

Le matériel expérimental est constitué de six dossiers cliniques construits à partir de dossier pénaux réels, fournis par une juge d'instruction du parquet. Les dossiers pénaux originaux concernaient trois hommes accusés d'infractions distinctes. Ces cas ont été anonymisés, puis adaptés de sorte que le genre de l'accusé soit transformé en féminin, produisant ainsi une version masculine et une version féminine pour chaque type d'infraction. Ces dossiers comprenaient l'expertise complète, c'est-à-dire le récit des faits reprochés, une biographie de l'accusé·e, l'anamnèse médicale, une évaluation psychiatrique et psychologique. La discussion et les conclusions des experts ont délibérément été omises du dossier présenté aux participants, ceux-ci étant invités à formuler eux-mêmes ces conclusions, à la manière d'un expert désigné.

Les six dossiers finaux résultent de la combinaison des deux variables indépendantes expérimentales : trois types d'infractions (mœurs, coups et blessures, homicide) croisés avec deux modalités de genre de l'accusé·e (masculin, féminin). Le contenu clinique et judiciaire des dossiers est maintenu constant entre les deux versions d'un même cas afin de garantir la comparabilité entre les conditions expérimentales et d'isoler l'effet propre du genre.

À la suite de la lecture du dossier, les participants répondent à un questionnaire construit sur la base des quatre critères définis à l'article 5 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, à savoir : (1) l'existence d'un trouble mental au moment des faits et au moment de l'évaluation, (2) le lien causal entre ce trouble et l'infraction commise, (3) l'évaluation du risque de récidive lié au trouble, et (4) les modalités de traitement ou de suivi nécessaires à la réinsertion sociale. Pour chacun de ces critères, les participants fournissent deux types de réponses complémentaires : une réponse libre leur permettant de justifier leur évaluation de façon qualitative, à la manière d'un extrait de rapport d'expertise, et une évaluation quantitative sur une échelle de Likert en sept points ancrée de « pas du tout » à « tout à fait », permettant de mesurer le degré d'adhésion à chaque critère de façon standardisée et comparable entre les conditions.

Enfin, quelques questions démographiques sont posées aux participants, portant sur leur genre, leur formation — psychologie ou psychiatrie — et l'université à laquelle ils sont rattachés. Ces données permettront d'examiner l'effet modérateur de la formation disciplinaire sur les jugements formulés, conformément à l'hypothèse H3.

ÉCHANTILLONNAGE ET POPULATION VISÉE

La population cible de cette étude est constituée d'étudiants en Master de psychiatrie et de psychologie en Belgique. Ce choix repose sur plusieurs considérations méthodologiques. D'une part, le recours à des experts psychiatres réels aurait présenté plusieurs limites importantes : leur accessibilité est restreinte, leur familiarité avec les dossiers utilisés dans l'étude aurait pu constituer un biais, et leur expertise avancée aurait pu masquer les effets recherchés en raison d'une plus grande maîtrise des biais cognitifs. D'autre part, les étudiants en Master de psychiatrie et de psychologie disposent de connaissances suffisantes en matière de psychopathologie et de contexte médico-légal pour appréhender le matériel de manière éclairée, tout en restant suffisamment naïfs par rapport aux biais étudiés. À noter que les étudiants en psychologie, bien que présentant des connaissances moindres en matière légale que les étudiants en psychiatrie, constituent un groupe de comparaison pertinent permettant d'explorer d'éventuelles différences de jugement liées à la formation. La participation est soumise à deux critères d'inclusion : être majeur et être inscrit en Master de psychiatrie ou de psychologie en Belgique. Le recrutement est effectué via des courriers électroniques adressés aux secrétariats des facultés concernées, ainsi que par le biais des réseaux sociaux et du bouche-à-oreille.

PROCÉDURE

La récolte des données a été réalisée au moyen d'un questionnaire en ligne administré via la plateforme LimeSurvey. Les participants ont été redirigés vers leur condition expérimentale de manière aléatoire via un système de redirection automatique, garantissant une assignation aléatoire sans intervention de la chercheuse. Avant de débiter le questionnaire, les participants ont pris connaissance des objectifs de l'étude, les conditions de confidentialité et d'anonymat, ainsi que les modalités de conservation et d'utilisation des données, conformément aux règles éthiques en vigueur. Leur consentement éclairé a été recueilli de manière explicite avant tout accès au matériel expérimental. Aucune donnée permettant l'identification des participants n'a été collectée, garantissant un anonymat complet. Les données ont été conservées sur un support sécurisé accessible uniquement à la chercheuse et seront supprimées à l'issue de la réalisation de ce mémoire.

RÉSULTATS

1. Analyse quantitative

L'analyse des données quantitatives repose sur deux étapes complémentaires, dictées par la répartition des effectifs entre les douze conditions expérimentales ($N_{\text{total}} = 67$). Certaines cellules, en particulier celles croisant un type d'infraction spécifique, le genre de l'accusé et la filière d'étude, comptent un nombre restreint de participants (minimum de 3 participants) ce qui ne permet pas de tester de façon fiable un modèle multivarié à neuf variables dépendantes sur l'ensemble des combinaisons.

L'analyse principale porte donc sur un modèle factoriel à deux facteurs, étant la nature de l'infraction et genre de l'accusé, dont les cellules (10 à 13 participants chacune) offrent une estimation plus stable des paramètres. Cette analyse permet de tester H1 et H2, ainsi que leur interaction.

L'effet de la formation disciplinaire de l'évaluateur (H3) par comparaison entre les groupes ($n_{\text{psychologie}} = 37$; $n_{\text{psychiatrie}} = 30$) ainsi que celui du genre ($n_{\text{femme}} = 31$; $n_{\text{homme}} = 36$) et de la connaissance en matière pénale est examiné séparément sur chacune des variables dépendantes. Cette séparation, bien qu'elle empêche de tester l'interaction à trois facteurs initialement envisagée, garantit la validité statistique des résultats rapportés.

H1 : La nature de l'infraction influence les décisions d'expertise psychiatrique.

Pour tester cette hypothèse, un modèle linéaire général a été appliqué, permettant d'examiner l'effet du type d'infraction sur l'ensemble des variables dépendantes mesurées simultanément. L'analyse a mis en évidence un effet significatif du type d'infraction sur chacune de ces variables, avec des p-valeurs inférieures à ,05 dans tous les cas, ce qui signifie que la probabilité d'observer de telles différences entre les trois types d'infraction par simple hasard est inférieure à 5 %. L'ampleur de ces effets a été estimée à l'aide de l'eta carré partiel (η^2_p), un indice exprimant la part de variation des jugements attribuable au type d'infraction. Cette ampleur varie de modérée à très élevée selon les critères : elle atteint ,105 pour la prise en charge des assuétudes, ce qui signifie que l'infraction explique environ 10,5 % des différences observées, et grimpe jusqu'à ,76 pour l'internement et le traitement médicamenteux, où l'infraction explique alors plus des trois-quarts des différences observées entre participants. Ces résultats nous permettent de dire que la nature de l'infraction

influence les jugements d'expertise psychiatrique, et ce sur l'ensemble des critères mesurés (Tableau 1).

DV	F (2, 61)	Sig.	η^2p
(1) Intensité du trouble principal	47,56	<,001	,609
(2) Lien entre le trouble et les faits	22,92	<,001	,429
(3) Récidive	23,60	<,001	,436
(4) Recommandation de traitement			
Traitement médicamenteux	92,38	<,001	,752
Psychothérapie	5,84	,005	,161
Prise en charge des assuétudes	3,60	,033	,105
Interventions psychosociales	27,96	<,001	,478
Cadre contraint (prison)	10,50	<,001	,256
Internement	94,84	<,001	,757

Tableau 1 - Effets du type d'infraction sur les neuf variables dépendantes

Cependant, l'analyse de variance réalisée ici repose sur un postulat de normalité de la distribution des résidus, c'est-à-dire des écarts entre les valeurs observées et celles prédites par le modèle. Ce postulat n'était pas respecté pour six des neuf variables dépendantes, selon le test de Shapiro-Wilk. Cette violation s'explique en grande partie par l'ampleur même des effets observés : lorsque le type d'infraction influence fortement les jugements, les scores se répartissent en groupes de valeurs distincts selon la condition plutôt que selon une distribution en courbe de Gauss, ce qui viole techniquement le postulat sans pour autant refléter une irrégularité des données.

Afin de vérifier la robustesse des résultats malgré cette violation, un test de Kruskal-Wallis a été appliqué aux six variables concernées. Il s'agit de l'équivalent non paramétrique de l'analyse de variance, qui ne repose pas sur l'hypothèse de normalité. Ce test a confirmé la significativité de l'ensemble des effets précédemment observés, ce qui indique que la violation du postulat de normalité n'a pas compromis la validité des conclusions rapportées.

En complément de l'analyse de l'intensité du trouble mental, mesurée sur une échelle continue, la reconnaissance binaire d'un trouble mental (oui/non) a également été examinée

en fonction du type d'infraction. Cette variable étant catégorielle et non continue, un test du Chi² a été utilisé plutôt qu'une analyse de variance. Les résultats confirment et renforcent ceux obtenus sur l'intensité : la proportion de participants reconnaissant l'existence d'un trouble mental varie fortement selon le type d'infraction ($\chi^2(2) = 21,91, p < ,001$). Le trouble mental est reconnu chez 91,7 % des participants pour le meurtre, contre 36,4 % pour la violence et 28,6 % pour les mœurs, reproduisant le même ordre que celui observé pour l'intensité du trouble et le lien causal. Cette convergence entre la mesure binaire et la mesure continue renforce la robustesse du résultat obtenu pour H1.

Sur les critères d'intensité du trouble mental, de lien causal et de risque de récidive (H1a ; H1b ; H1c), les comparaisons post-hoc ont révélé un effet de hiérarchie significatif entre les trois types d'infraction. Pour l'intensité et le lien causal, les jugements augmentent avec la gravité de l'infraction (Meurtre > Violence > Mœurs, toutes les paires $p < ,05$). Pour le risque de récidive, en revanche, ce sont les infractions à caractère sexuel qui sont perçues comme porteuses d'un risque intermédiaire supérieur à celui des coups et blessures (Meurtre > Mœurs > Violence), suggérant que la perception du risque de récidive ne suit pas la hiérarchie de gravité pénale selon la peine (*Figure 1*).

Concernant les modalités de traitement (H1d), plusieurs effets différents sont à notifier, repris en *Figure 1*. Pour le traitement médicamenteux et l'internement, seul le meurtre se distingue significativement des deux autres types d'infraction, qui ne diffèrent pas entre eux. Ce résultat suggère un effet de seuil plutôt qu'une hiérarchie continue : les recommandations les plus contraignantes ne s'intensifient pas progressivement avec la gravité, mais basculent nettement dès lors que l'infraction est un homicide.

Pour la psychothérapie et les interventions psychosociales, c'est la violence (coups et blessures) qui recueille les scores les plus élevés, devançant significativement le meurtre sur la psychothérapie.

Pour le cadre contraint (prison), le meurtre et les mœurs ne diffèrent pas significativement entre eux, tandis que la violence obtient des scores nettement inférieurs. Ces résultats suggèrent que les recommandations à visée thérapeutique et psychosociale répondent à une logique distincte de celle des recommandations à visée sécuritaire, cette dernière suivant plus fidèlement la gravité perçue de l'infraction.

Enfin, si l'effet global du type d'infraction sur la prise en charge des assuétudes atteint la significativité ($p = ,033$) dans le modèle linéaire général, aucune des trois comparaisons post-hoc ne survit à la correction de Bonferroni, ce qui invite à interpréter ce résultat avec prudence plutôt que d'en tirer une conclusion sur une paire d'infractions spécifique.

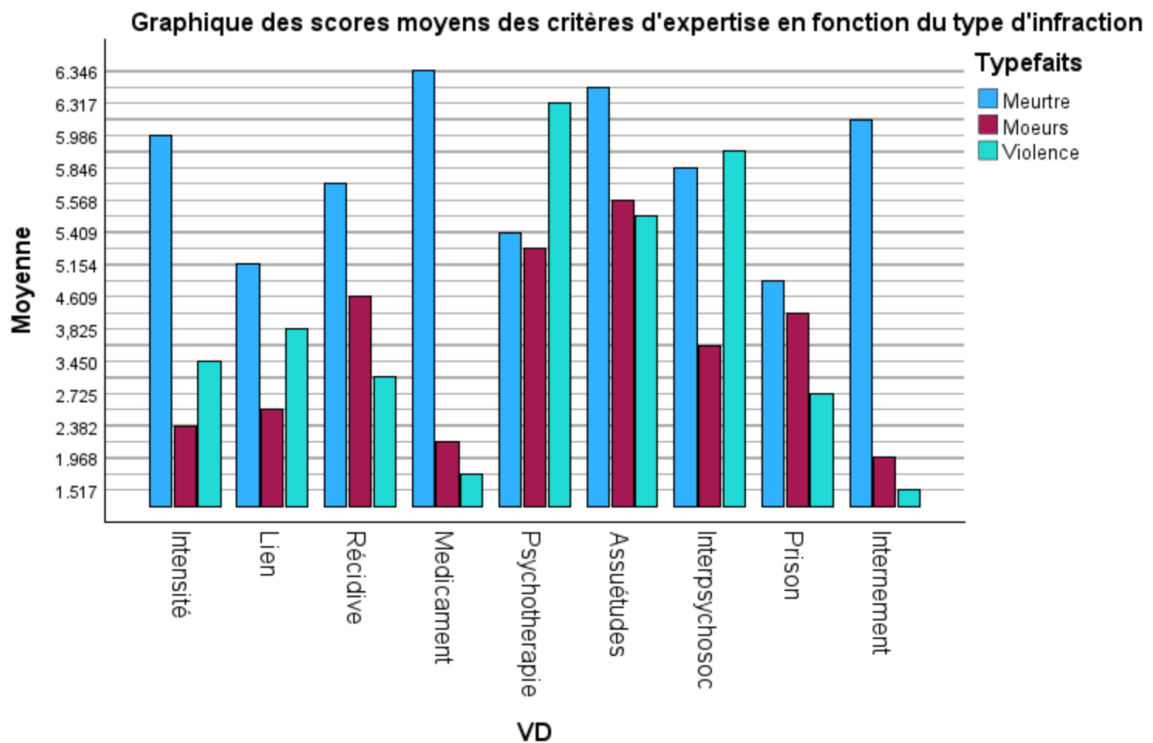


Figure 1 - Moyennes obtenues sur les neuf variables dépendantes selon le type d'infraction

H2 : Le genre de l'accusé influence les décisions d'expertise psychiatrique.

Pour tester cette hypothèse, le même modèle linéaire général a été utilisé, examinant cette fois l'effet du genre de l'accusé sur les variables dépendantes.

H2a, H2b et H2c : Trouble mental, lien causal et risque de récidive

Ces trois sous-hypothèses prédisaient qu'une accusée serait davantage perçue comme atteinte d'un trouble mental altérant le discernement (H2a), qu'un lien causal serait plus souvent établi entre ce trouble et l'infraction pour une accusée (H2b), et qu'un accusé recevrait à l'inverse des scores de risque de récidive plus élevés qu'une accusée (H2c). Ces trois critères, mesurés sur des échelles continues de 1 à 7, ont été testés simultanément avec les six autres variables concernant le traitement recommandé dans un modèle linéaire général, qui compare les scores moyens attribués aux accusés et aux accusées sur l'ensemble des critères en même temps plutôt que par des tests séparés.

Aucun des trois critères ne montre de différence significative entre les genres : ni l'intensité du trouble (Femme = 3,87, Homme = 4,01 ; $F(1,61) = ,18$, $p = ,673$), ni le lien

causal (Femme = 3,73, Homme = 3,87 ; $F(1,61) = ,17$, $p = ,686$), ni la récidive (Femme = 4,35, Homme = 4,66 ; $F(1,61) = 1,10$, $p = ,298$). La version oui/non du trouble mental, testée séparément par un χ^2 puisqu'il s'agit d'une proportion plutôt que d'une moyenne, confirme cette absence d'effet, $\chi^2(1) = 1,70$, $p = ,192$. Pour l'intensité et le lien causal, la direction observée va même légèrement à l'inverse de ce qui était prédit. H2a et H2b ne sont donc pas soutenues.

Le cas de la sous-hypothèse H2c mérite néanmoins d'être creusé davantage, car l'absence d'effet global sur le risque de récidive s'est révélée trompeuse. En croisant le genre de l'accusé avec le genre du participant lui-même dans un second modèle, un effet d'interaction significatif apparaît ($F(1,63) = 4,22$, $p = ,044$) (Figure 2). Chez les participants masculins, un accusé homme reçoit un score de récidive plus élevé (5,50 sur 7) qu'une accusée femme (4,25 sur 7), tandis que chez les participantes féminines, cet écart s'inverse presque, les accusées femmes obtenant des scores légèrement supérieurs (4,44) à ceux des accusés hommes (4,05). Ce résultat explique l'absence d'effet global : deux tendances opposées, portées par des sous-groupes différents de participants, s'annulent lorsqu'on les moyenne ensemble. H2c n'est donc pas soutenue au niveau de l'échantillon global, mais révèle un biais de genre spécifique aux évaluateurs masculins.

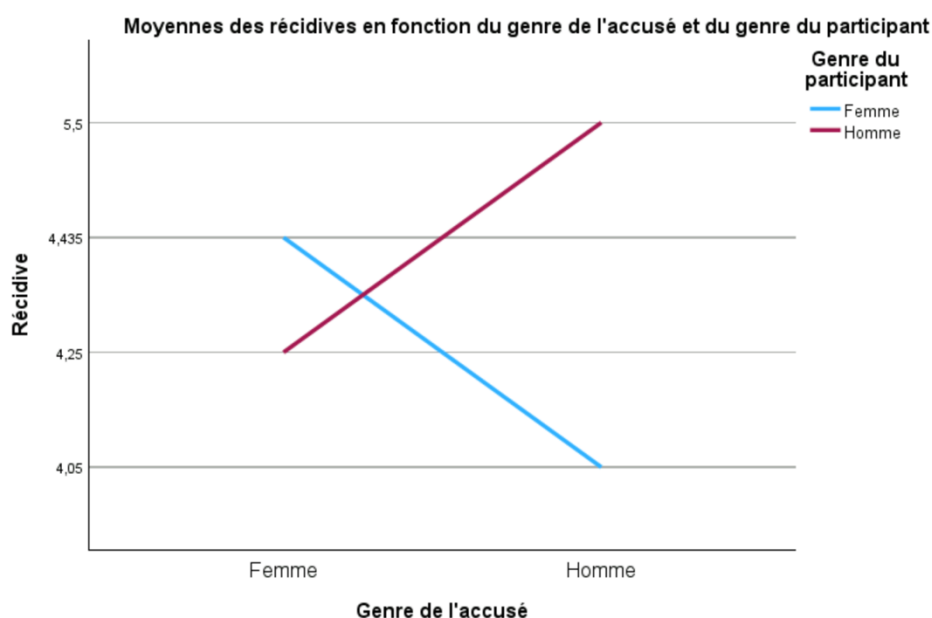


Figure 2 - Interaction entre le genre de l'accusé et le genre du participant sur le risque de récidive

H2d : Modalités de traitement

Le genre de l'accusé n'a produit d'effet significatif que sur deux variables concernant le traitement : la psychothérapie, où les femmes reçoivent des scores plus élevés que les hommes (5,94 contre 5,35, $p = ,040$), et le cadre contraint en milieu carcéral, où c'est l'inverse, les hommes recevant des scores plus élevés que les femmes (4,46 contre 3,46, $p = ,020$). Les sept autres variables ne montrent aucune différence significative entre les genres.

Ces deux résultats méritent cependant d'être interprétés avec prudence. Testés au seuil habituel de ,05 sur neuf variables dépendantes prises séparément, ils ne survivent pas à une correction de Bonferroni tenant compte du nombre de comparaisons effectuées. Ils sont donc rapportés à titre exploratoire plutôt qu'interprétés comme un soutien statistique solide à H2.

Interaction entre variables

L'interaction entre le type d'infraction et le genre de l'accusé a également été testée dans le même modèle linéaire général (annexe 1). Sur les neuf variables dépendantes, une seule interaction atteint la significativité : le cadre contraint en milieu carcéral ($F(2, 61) = 3,32$, $p = ,043$). Pour les huit autres critères, l'effet du genre ne varie pas significativement selon le type d'infraction, ce qui indique que les résultats obtenus pour H2 s'appliquent de façon relativement homogène aux trois types d'infraction considérés.

Afin de préciser la nature de cette interaction, des tests t indépendants ont été menés séparément pour chaque type d'infraction. Ils révèlent que l'effet du genre sur le cadre contraint est porté par les infractions à caractère sexuel : pour les mœurs, les accusés masculins reçoivent des scores nettement plus élevés que les accusées féminines ($M_{\text{homme}} = 5,27$ contre $M_{\text{femme}} = 3,00$, $t(19) = 3,88$, $p = ,001$, $d = 1,69$). En revanche, aucune différence significative n'apparaît pour le meurtre, ni pour la violence.

Par ailleurs, l'interaction entre le genre de l'accusé et le genre du participant sur le risque de récidive, déjà détaillée dans la section H2c, illustre l'intérêt d'examiner les caractéristiques de l'évaluateur en plus de celles de l'accusé : un effet principal non significatif peut recouvrir des dynamiques bien réelles, mais spécifiques à certains sous-groupes d'évaluateurs.

H3 : Les caractéristiques de l'évaluateur influencent ses décisions en matière d'expertise psychiatrique

H3a : Influence de la formation universitaire

Pour tester cette hypothèse, un modèle linéaire général a été appliqué, examinant l'effet de la filière d'étude (psychologie ou psychiatrie) sur les variables dépendantes. Ce modèle permet de tester conjointement l'effet de la formation sur la reconnaissance du trouble mental, le lien causal, le risque de récidive et les recommandations de traitement.

La formation de l'évaluateur n'a produit aucun effet significatif, quelle que soit la variable considérée : les p-valeurs s'échelonnent de ,264 à ,891, et les tailles d'effet, restent toutes inférieures à ,02. Ce constat s'applique de façon identique aux quatre critères : ni la reconnaissance du trouble mental ($p = ,381$; version oui/non : $\chi^2(1) = ,30$, $p = ,581$), ni le lien causal ($p = ,984$), ni le risque de récidive ($p = ,502$), ni aucun des six critères de traitement (Médicament $p = ,489$; Psychothérapie $p = ,586$; Assuétudes $p = ,264$; Interventions psychosociales $p = ,772$; Cadre contraint $p = ,360$; Internement $p = ,318$) ne montrent de différence entre filières. Ces résultats indiquent une absence quasi totale de différence entre les étudiants en psychologie et les étudiants en psychiatrie dans leurs jugements d'expertise, sur l'ensemble des critères mesurés.

H3b : Connaissance en matière pénale

Afin de tester cette sous-hypothèse, une vérification s'imposait : la connaissance perçue variait-elle réellement selon la filière, comme le sous-entendait la logique initiale de H3 ? Un modèle linéaire général comparant les deux filières sur ce score confirme un écart significatif ($M_{\text{psychiatrie}} = 4,40$; $M_{\text{psychologie}} = 2,57$; $F(1,65) = 32,79$, $p < ,001$, $\eta^2p = ,335$). La distinction entre filières repose donc bien sur une différence de connaissances, ce qui renforce la crédibilité du résultat obtenu pour H3a.

Pour tester H3b elle-même, des corrélations de Spearman ont été calculées entre le score de connaissance perçue et chacune des neuf variables dépendantes continues, indépendamment de la filière d'appartenance. Sur les quatre dimensions ciblées par l'hypothèse, seule une association ressort : la connaissance prédit significativement le cadre contraint en milieu carcéral ($\rho = ,331$, $p = ,006$), un des six critères de la dimension "traitement". Aucune association significative n'apparaît pour le lien causal, la récidive, ni

pour les cinq autres critères de traitement (tous $p > ,08$). Sur la version oui/non de la reconnaissance du trouble mental, en revanche, un test t indépendant révèle une différence significative ($t(65) = 2,22$, $p = ,030$, $d = ,545$) : contre-intuitivement, ce sont les participants ne reconnaissant pas de trouble mental qui rapportent le niveau de connaissance perçue le plus élevé ($M = 3,84$ contre $M = 3,00$).

H3c : Genre du participant

Pour isoler la contribution propre du genre du participant, indépendamment de la filière et de la connaissance, un modèle combiné a été construit, intégrant simultanément ces trois caractéristiques. Ce modèle confirme d'abord l'absence d'effet de la filière (H3a) et de la connaissance en matière légale (H3b), une fois les deux autres caractéristiques prises en compte.

Le genre du participant, en revanche, produit un effet significatif sur trois des variables dépendantes : l'intensité du trouble mental ($F(1, 60) = 4,56$, $p = ,037$, $\eta^2p = ,069$), le lien causal ($F(1, 60) = 7,86$, $p = ,007$, $\eta^2p = ,113$) et le risque de récidive ($F(1, 60) = 4,28$, $p = ,043$, $\eta^2p = ,065$). Dans les trois cas, les participants masculins attribuent des scores plus élevés que les participantes féminines.

Aucune interaction significative n'a été détectée entre la filière d'étude et le genre du participant, indiquant que l'effet du genre s'exprime de façon homogène dans les deux filières.

Sur le plan des postulats, les trois variables dépendantes portant les effets significatifs du genre du participant (intensité, lien causal et récidive) respectent l'hypothèse de normalité des résidus, ce qui renforce la fiabilité de ces résultats sans qu'une vérification non paramétrique supplémentaire soit nécessaire.

2. Analyse qualitative :

Pour analyser cette hypothèse, les réponses ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu selon la démarche proposée par Bardin (2013). Cette démarche a suivi une logique déductive, du général au particulier : les quatre dimensions légales de l'expertise psychiatrique constituaient les catégories de départ, déjà données par la structure du questionnaire. Une lecture flottante de l'ensemble des réponses a ensuite permis d'identifier, au sein de chacune de ces catégories, les éléments de signification récurrents mobilisés par les participants pour justifier leurs scores. Cette démarche permet d'aller plus loin que la comparaison quantitative des réponses et d'examiner la manière dont la nature des faits structure le contenu du raisonnement des participants.

H1 — Influence de la nature de l'infraction

L'analyse qualitative met en évidence des différences dans les conclusions formulées selon la nature des faits. Une gradation de la sévérité des conclusions apparaît globalement entre les infractions de mœurs, les coups et blessures et l'homicide.

Concernant l'existence d'un trouble mental (H1a), les réponses associées aux faits de mœurs concluent majoritairement à l'absence d'un trouble psychiatrique susceptible d'altérer gravement le discernement. Les participants évoquent surtout la consommation d'alcool et la désinhibition, tout en distinguant ces éléments d'un trouble mental. Ainsi, un participant indique que « *la consommation problématique d'alcool [...] a peut-être influencé son comportement [...] mais il n'y a pas d'éléments suffisants pour dire qu'elle a supprimé sa capacité à comprendre ou contrôler ses actes* ».

Pour les coups et blessures, les réponses restent majoritairement centrées sur l'impulsivité, l'immaturité émotionnelle, les consommations et les expériences traumatiques. Ces éléments peuvent être considérés comme ayant influencé le comportement, mais sans entraîner nécessairement une altération grave du discernement.

En revanche, les dossiers d'homicide donnent beaucoup plus fréquemment lieu à l'identification d'un trouble psychiatrique important, notamment de nature psychotique, ainsi qu'à une altération voire une abolition du discernement. Les participants évoquent notamment des idées délirantes, une perte de contact avec la réalité ou une désorganisation psychique.

Cette différence se retrouve concernant le lien causal (H1b). Pour les faits de mœurs, le lien entre trouble et infraction est généralement absent ou indirect, l'alcool étant davantage considéré comme un facteur de désinhibition. Pour les coups et blessures, le lien est souvent qualifié de partiel ou modéré, les participants faisant intervenir l'impulsivité, les consommations ou le vécu traumatique. Dans les cas d'homicide, le lien est beaucoup plus souvent décrit comme direct ou important : « *la violence est la conséquence directe du vécu persécutif* », écrit notamment un participant.

Une tendance similaire apparaît pour le risque de récidive (H1c). Celui-ci est généralement considéré comme faible dans les cas de mœurs, quoique dépendant de la poursuite de la consommation d'alcool. Il est davantage variable dans les cas de coups et blessures, allant de faible à modéré. Dans les dossiers d'homicide, le risque est plus fréquemment qualifié d'élevé, notamment en l'absence de traitement ou lorsque le trouble psychiatrique reste actif.

Enfin, les recommandations de prise en charge (H1d) deviennent progressivement plus intensives. Les dossiers de mœurs donnent surtout lieu à des propositions de suivi psychologique ou addictologique ambulatoire. Pour les coups et blessures, les participants recommandent principalement une psychothérapie, un travail sur la régulation émotionnelle et les consommations. Dans les cas d'homicide, les recommandations incluent plus fréquemment un suivi psychiatrique intensif, une hospitalisation ou un internement et un traitement médicamenteux.

H2 - Influence du genre de l'accusé

L'analyse qualitative met en évidence des différences plus nuancées selon le genre de l'accusé. Celles-ci ne vont pas systématiquement dans la direction prédite par les sous-hypothèses, mais certains éléments suggèrent une différenciation des interprétations selon que le dossier concerne une femme ou un homme.

Les différences entre les dossiers féminins et masculins sont relativement faibles concernant l'identification générale d'un trouble mental (H2a). Toutefois, certains éléments sont davantage interprétés comme des manifestations psychopathologiques dans les dossiers féminins.

Cette tendance est particulièrement visible dans le dossier de mœurs féminin, où plusieurs participants proposent des hypothèses supplémentaires autour d'un traumatisme,

d'une hypersexualisation, d'un trouble de l'attachement ou d'un fonctionnement psychologique particulier. Une participante évoque ainsi un « *potentiel trauma refoulé* » pouvant expliquer l'hypersexualisation. Dans le dossier masculin correspondant, les réponses restent davantage centrées sur la consommation volontaire d'alcool et la responsabilité individuelle. Ce mécanisme a d'ailleurs été explicitement verbalisé par une participante, qui note en commentaire : « *Plusieurs fois en répondant, je me suis dit que si la personne décrite dans la vignette avait été un homme, on l'aurait vue comme un criminel plutôt que comme quelqu'un de malade.* ».

Une différence plus nette apparaît concernant le lien entre le trouble et les faits (H2b), notamment dans les dossiers de mœurs. Pour la femme, certains participants établissent directement un lien entre la consommation et les faits : « *Désinhibition directement liée à l'infraction. Le lien est causal.* » D'autres vont toutefois dans le sens inverse et considèrent qu'établir un lien causal trop fort pourrait contribuer à déresponsabiliser l'accusée. Dans le dossier masculin, les réponses sont davantage partagées entre l'absence de lien et un rôle limité de l'alcool. La consommation est régulièrement décrite comme un facteur ayant pu diminuer le contrôle, mais sans constituer une explication psychiatrique des faits.

Cette différence suggère donc une médicalisation ou psychologisation légèrement plus importante du comportement féminin, mais elle n'est pas suffisamment homogène pour affirmer que l'hypothèse est validée.

Concernant la récidive (H2c), la prédiction selon laquelle les hommes seraient considérés comme plus à risque n'est pas clairement retrouvée dans les réponses qualitatives. Les différences semblent surtout dépendre de la nature des faits. Dans les cas de mœurs, le risque féminin est parfois considéré comme relativement important en raison d'une éventuelle reprise des consommations, tandis que le risque masculin est plus souvent décrit comme faible. Dans les dossiers de violence, les deux genres donnent majoritairement lieu à une évaluation faible à modérée du risque. Dans les cas d'homicide, le risque est élevé pour les deux genres, mais certaines réponses concernant l'homme insistent davantage sur la dangerosité, l'instabilité et l'absence de traitement.

Les recommandations de traitement (H2d) ne montrent pas non plus une différence systématique en faveur de l'internement des femmes. Toutefois, les réponses concernant les femmes comportent parfois davantage de propositions à caractère psychothérapeutique ou exploratoire, notamment autour du trauma, des relations familiales ou de la régulation

émotionnelle. À l'inverse, les recommandations concernant les hommes sont parfois formulées davantage en termes de contrôle du comportement, de gestion des consommations ou de stabilisation psychiatrique.

H3 - Influence des caractéristiques de l'évaluateur

Les différences observées dans les formations universitaires (H3a) entre étudiants en psychologie et en psychiatrie concernent principalement la manière de conceptualiser les situations cliniques et de justifier les conclusions, davantage que des différences systématiques dans les conclusions elles-mêmes, et ce sur l'ensemble des quatre dimensions de l'expertise.

Concernant la détermination du trouble mental, les étudiants en psychiatrie mobilisent plus fréquemment un vocabulaire diagnostique et psychopathologique, notamment lorsqu'ils décrivent les symptômes observés dans les dossiers, tandis que les étudiants en psychologie utilisent davantage des notions relatives au fonctionnement psychologique, à l'impulsivité, au traumatisme ou aux mécanismes comportementaux. Cette différence apparaît notamment dans les cas d'homicide : les réponses psychiatriques font plus directement référence à la psychose, au délire ou aux troubles du spectre schizophrénique, tandis que certaines réponses en psychologie décrivent davantage les manifestations comportementales et leur impact sur le discernement. Cela pourrait suggérer une lecture davantage diagnostique chez les étudiants en psychiatrie, sans toutefois permettre de conclure à une différence systématique dans la reconnaissance du trouble.

Concernant le lien causal, les deux groupes l'établissent généralement en fonction des éléments cliniques présents dans le dossier. Les étudiants en psychiatrie semblent toutefois davantage expliciter la relation entre symptômes psychopathologiques et passage à l'acte, alors que les étudiants en psychologie mobilisent plus fréquemment des facteurs contextuels ou psychologiques. Dans les cas de violence, par exemple, plusieurs réponses mettent l'accent sur l'impulsivité, les traumatismes et les consommations plutôt que sur un trouble psychiatrique.

Concernant le risque de récurrence, les deux groupes utilisent principalement les mêmes facteurs pour le justifier, tels que la présence de traitement, la consommation de substances, la stabilité, mais une différence apparaît dans la manière de concevoir ce risque : les réponses psychiatriques tendent davantage d'articuler la stabilisation clinique et la présence d'un traitement, tandis que les réponses psychologiques mobilisent davantage les facteurs psychosociaux et comportementaux.

La différence la plus visible concerne les recommandations de traitement. Les étudiants en psychiatrie mentionnent plus fréquemment le suivi psychiatrique, la médication et l'hospitalisation, notamment dans les dossiers présentant une symptomatologie psychotique, tandis que les étudiants en psychologie proposent davantage la psychothérapie, le travail sur les émotions, les traumatismes, les addictions ou la réinsertion sociale.

La connaissance perçue en matière pénale (H3b) varie peu entre les participants, avec un niveau globalement faible à modéré, comme constaté dans les analyses quantitatives. L'analyse des réponses ouvertes ne fait pas apparaître de tendance systématique qui permettrait d'établir une influence claire de cette connaissance sur les conclusions écrites. H3b est principalement évaluée au moyen des analyses quantitatives mettant en relation le niveau de connaissance pénale et les différents critères de l'expertise, l'analyse qualitative n'apportant pas d'éclairage supplémentaire déterminant sur ce point.

Les différences entre participantes féminines et participants masculins (H3c) apparaissent moins marquées que celles observées entre les formations. Les deux groupes mobilisent globalement des raisonnements similaires concernant le trouble mental, le lien causal et le risque de récidive. Certaines différences apparaissent néanmoins dans la manière de justifier les conclusions : les participantes semblent parfois davantage développer les éléments contextuels, relationnels et psychologiques, notamment dans les dossiers impliquant des violences ou des faits de mœurs, tandis que les participants masculins formulent plus souvent des réponses relativement courtes et centrées sur les éléments directement liés aux faits. Ces observations restent exploratoires et ne permettent pas de conclure, sur la base du seul matériel qualitatif, à un effet systématique du genre du participant.

DISCUSSION

Ce mémoire visait à explorer la manière dont le genre de l'accusé influence les jugements d'expertise psychiatrique, et comment cette influence se combine à celle d'autres caractéristiques telles que la nature de l'infraction, la formation et le genre de l'évaluateur, pour structurer le raisonnement clinique. Cette étude interroge la façon dont des biais cognitifs et des représentations sociales se manifestent dans un contexte d'expertise simulée, et comment ils s'ancrent dans le raisonnement clinique explicite autant que dans l'intensité implicite du jugement porté. Pour ce faire, une approche mixte a été employée, combinant un plan expérimental par vignettes cliniques et une analyse de contenu des justifications ouvertes selon la méthode de Bardin (2013). L'expérimentation reposait ainsi sur deux niveaux de données complémentaires : les scores quantitatifs attribués sur quatre dimensions légales de l'expertise, et le raisonnement qualitatif mobilisé par les participants pour justifier ces scores.

De manière transversale, le résultat le plus surprenant de ce mémoire concerne le genre, non pas celui de l'accusé, comme le postulait l'hypothèse principale, mais celui de l'évaluateur lui-même. Les évaluateurs masculins jugent systématiquement plus sévèrement que les évaluatrices féminines, sur l'ensemble des neuf critères mesurés. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que cliniciens et cliniciennes ne mobilisent pas les mêmes indicateurs pour évaluer la dangerosité selon le genre du patient, révélant que le biais de genre en expertise est doublement situé, du côté du prévenu et du côté de l'évaluateur (Elbogen & al., 2001). Ce résultat, non anticipé par les hypothèses initiales de ce mémoire, déplace le centre de la réflexion sur les biais de genre en expertise psychiatrique : de la caractéristique de la personne évaluée vers celle de l'évaluateur. Ce déplacement est cohérent avec le constat du chapitre 1 selon lequel la psychiatrie forensique demeure une profession non neutre sur le plan démographique, où les caractéristiques des experts eux-mêmes peuvent influencer la nature et l'orientation des évaluations produites (Price et al., 2004).

Le genre de l'accusé, en tant qu'effet principal isolé, n'exerce en revanche qu'une influence limitée et fragile sur les jugements, conformément à la littérature sur les typifications genrées du comportement criminel (Thompson, 2010 ; Ali & Adshead, 2022), une médicalisation plus marquée de la déviance féminine était attendue, mais elle n'est que très partiellement retrouvée dans les données quantitatives. C'est justement en croisant cette caractéristique avec le genre de l'évaluateur que le tableau se précise. Bien que la littérature ait montré que les scores de dangerosité attribués aux hommes tendent à être plus élevés

qu'aux femmes pour des profils comparables (Elbogen & al., 2001 ; Rojas, 2016), le biais de dangerosité masculine ne s'est manifesté, dans cette étude, que chez les évaluateurs masculins, les évaluatrices féminines ne reproduisant pas cette tendance, voire l'inversant légèrement. L'effet principal du genre de l'accusé demeurerait ainsi statistiquement fragile tant que le genre du participant n'était pas pris en compte, mais une interaction nette émergeait une fois cette caractéristique intégrée au modèle. Un résultat qui illustre bien qu'un effet principal non significatif peut recouvrir des dynamiques bien réelles, mais spécifiques à certains sous-groupes d'évaluateurs, invisibles à une lecture strictement moyenne des données.

À travers les jugements portés sur les différents dossiers, le poids des représentations sociales liées au genre de l'accusé se manifeste également, bien que de façon plus localisée qu'attendu. Conformément à la littérature, ces représentations ne sont pas uniquement descriptives d'un profil clinique, mais orientent activement l'interprétation qui en est faite. Elles conduisent les évaluateurs à mobiliser des hypothèses cliniques différentes selon que l'accusé est un homme ou une femme, y compris lorsque le contenu factuel du dossier reste strictement identique. Le dossier de mœurs féminin illustre cela avec netteté : plusieurs participants y mobilisent spontanément des hypothèses de traumatisme refoulé, d'hypersexualisation ou de trouble de l'attachement, un lexique absent du dossier masculin équivalent, où prévaut au contraire un discours centré sur la responsabilité individuelle. Ce contraste illustre le mécanisme du « mad or bad » décrit par Peter (2006) et Smart (1995) : le comportement de l'accusée est davantage lu à travers le prisme de la maladie et de l'explication psychologique, tandis que celui de l'accusé reste rattaché au registre de la responsabilité délibérée, traduite par le concept de médicalisation de la déviance féminine (Offen, 1986). Une participante a d'ailleurs explicitement nommé ce mécanisme dans un commentaire libre : « *Plusieurs fois en répondant, je me suis dit que si la personne décrite dans la vignette avait été un homme, on l'aurait vue comme un criminel plutôt que comme quelqu'un de malade.* ». Cette remarque illustre concrètement le constat de Devine (1989), repris plus loin dans cette discussion : elle reproduit le raisonnement genré tout en étant, au moment même où elle y répond, capable de l'identifier et de le formuler explicitement.

Ces biais de genre, qu'ils touchent l'accusé ou l'évaluateur, s'inscrivent cependant dans un contexte plus large où la nature de l'infraction demeure le facteur de jugement le plus déterminant, et il importe de situer les effets de genre par rapport à ce cadre. La nature de l'infraction constitue, et de loin, le facteur le plus massif de cette étude, retrouvé tant dans l'analyse quantitative que dans l'analyse qualitative, où le vocabulaire mobilisé par les

participants bascule nettement d'un registre de désinhibition et d'impulsivité vers un registre psychiatrique lourd à mesure que la gravité perçue de l'infraction augmente. Cette gradation ne suit toutefois pas systématiquement une hiérarchie de gravité pénale objective : les dossiers de mœurs se voient ainsi attribuer un risque de récidive supérieur à celui des dossiers de violence, alors même que l'homicide reste l'infraction la plus sévèrement jugée sur ce critère, confirmant la prégnance de mécanismes de jugement qui ne reposent pas uniquement sur la gravité objective de l'acte (Tversky & Kahneman, 1974). Le matériel qualitatif éclaire directement ce résultat : le risque associé aux mœurs est systématiquement rattaché à la crainte d'une reprise de consommation d'alcool, perçue comme un facteur récurrent et difficile à maîtriser, alors que le risque associé à la violence est davantage envisagé comme ponctuel et circonstanciel.

Un dernier élément vient enrichir cette lecture de l'effet de gravité, et permet également de mieux situer la portée des biais de genre identifiés : les trois dossiers cliniques utilisés dans cette étude ayant été adaptés à partir de dossiers pénaux réels, il est possible de confronter les jugements portés par les participants aux conclusions effectivement rendues par les experts judiciaires dans ces affaires.

Pour le dossier de mœurs, l'expertise réelle concluait à l'absence de trouble mental abolissant ou altérant le discernement, à l'absence de lien causal, et à un danger social conditionné à la persistance de l'abus de substances. Cette structure a été largement reproduite par les participants de cette étude, tant dans les scores les plus bas obtenus sur l'intensité du trouble que dans le contenu qualitatif de leurs justifications, où le risque de récidive était systématiquement subordonné à une éventuelle reprise de consommation d'alcool plutôt qu'attribué à une pathologie sous-jacente.

Pour le dossier de coups et blessures, l'expertise réelle écartait également tout trouble mental et évoquait un besoin de maturation personnelle plutôt qu'une prise en charge psychiatrique, une conclusion qui rejoint directement le registre d'impulsivité et d'immaturité émotionnelle mobilisé par les participants.

Pour le dossier d'homicide, enfin, l'expert concluait à un trouble mental ayant aboli le discernement, à un lien causal probable, et à un risque de récidive directement lié à ce trouble et aux consommations associées, nécessitant une prise en charge en unité psychiatrique sécurisée. Cette conclusion a été reproduite par les participants, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Cette convergence a une implication importante : elle suggère que le gradient de gravité mis en évidence par H1 ne reflète pas uniquement l'activation d'un stéréotype associant gravité pénale et sévérité clinique, mais reflète une réalité clinique présente dans

le matériel expérimental. Elle a surtout une implication déterminante pour l'interprétation des biais de genre décrits plus haut : puisque le contenu factuel des dossiers était rigoureusement maintenu constant entre les versions masculine et féminine de chaque cas, les écarts observés selon le genre ne peuvent s'expliquer ni par une différence clinique réelle, ni par un artefact du matériel expérimental. Ils isolent ainsi l'interprétation différenciée qu'en font les évaluateurs selon le genre de l'accusé qui leur est présenté, démonstration du principe selon lequel la comparaison à laquelle procède l'expert se fait souvent, de façon non consciente, à partir d'un modèle masculin devenu invisible parce que dominant (Connell, 2005 ; Rosser, 1992), et selon lequel un même contenu clinique n'est jamais lu de façon strictement identique selon le genre auquel il est rattaché (Chaperon, 2013).

Il convient toutefois de noter que les trois dossiers pénaux originaux concernaient tous des hommes ; cette comparaison aux conclusions réelles n'est donc directement valide que pour les versions masculines des vignettes, les versions féminines résultant d'une adaptation sans point de comparaison clinique réel.

Un résultat mérite une attention particulière : le genre du participant, bien qu'il soit le facteur le plus déterminant sur les scores chiffrés, ne se retrouve presque pas dans le contenu des justifications écrites. Les hommes et les femmes évaluateurs expriment des raisonnements globalement similaires, même si leurs scores diffèrent nettement. À l'inverse, le genre de l'accusé, dont l'effet sur les scores est plus faible, se voit clairement dans le discours des participants, par exemple à travers les hypothèses cliniques différentes mobilisées pour les dossiers féminins de mœurs. Cela suggère que ces deux biais n'opèrent pas de la même façon : celui lié à l'évaluateur semble automatique et inconscient, puisqu'il influence le score sans apparaître dans le raisonnement exprimé ; celui lié à l'accusé semble au contraire plus conscient, puisqu'il s'exprime directement dans les mots utilisés pour justifier le jugement (Devine, 1989 ; Kahneman, 2011).

Enfin, ce travail présente une portée pratique importante pour la formation et la pratique de l'expertise psychiatrique médico-légale. Comprendre que le genre de l'évaluateur influence le jugement alors même qu'il n'est associé à aucune différence explicite dans le raisonnement clinique verbalisé, constitue un signal d'alerte pour la formation des futurs experts : un dispositif de sensibilisation reposant uniquement sur l'explicitation du raisonnement clinique risquerait de laisser ce biais totalement invisible, puisqu'il n'y laisse pas de trace. À l'heure où l'expertise psychiatrique occupe une place déterminante dans les décisions judiciaires relatives à la responsabilité pénale et aux mesures d'internement, ces résultats montrent que la vigilance méthodologique ne peut se limiter à une seule catégorie

de biais : elle doit prendre en compte à la fois les représentations sociales activées par certaines caractéristiques du dossier évalué, et les biais plus implicites propres à l'évaluateur lui-même. Ces biais ont des conséquences concrètes sur la vie des personnes évaluées : ils influencent non seulement la reconnaissance ou non d'un trouble mental, mais aussi l'orientation vers une mesure thérapeutique ou carcérale, avec des répercussions durables sur leur parcours judiciaire et leur réinsertion (Pav & al., 2025). La question du genre en expertise psychiatrique ne peut donc se limiter à celle du profil de la personne évaluée : elle doit s'étendre à celle de l'évaluateur lui-même, dont le genre s'avère être, dans cette étude, le facteur le plus déterminant de tous ceux investigués.

LIMITES

Tout d'abord, une première limite concerne les effectifs disponibles par condition expérimentale. Le plan initial prévoyait de croiser trois facteurs (la nature de l'infraction, le genre de l'accusé et la formation disciplinaire de l'évaluateur) dans un modèle factoriel unique. La répartition réelle des participants entre les douze cellules ainsi obtenues s'est toutefois révélée trop déséquilibrée pour permettre un tel modèle, certaines cellules ne comptant que trois participants. Il a donc fallu adopter une stratégie en deux temps, testant séparément l'effet de l'infraction et du genre de l'accusé d'une part, et celui de la formation d'autre part. Cette solution, bien que statistiquement nécessaire, a empêché de tester les interactions impliquant la formation disciplinaire, notamment son interaction éventuelle avec le type d'infraction ou le genre de l'accusé, qui auraient pourtant pu enrichir la compréhension des mécanismes en jeu. Un échantillon plus large, mieux réparti entre les douze conditions, permettrait de tester le modèle complet initialement envisagé.

Ensuite, la deuxième limite touche à la construction du matériel expérimental. Chaque type d'infraction n'était représenté que par un seul dossier clinique de base, décliné en une version masculine et une version féminine. Si cette conception garantissait une comparabilité stricte entre les genres pour un même dossier, elle implique que l'effet attribué au type d'infraction est en réalité confondu avec les particularités propres à ce dossier spécifique, telles que son style de rédaction, la richesse de ses détails biographiques ou cliniques, la manière dont les faits y sont présentés. Il n'est donc par exemple pas possible de garantir que l'effet de l'infraction observé dans cette étude se généraliserait à d'autres dossiers de mœurs, de violence ou d'homicide que ceux effectivement utilisés. Une réplication reposant sur plusieurs dossiers indépendants par type d'infraction permettrait de dissocier l'effet du type d'infraction de celui du dossier particulier qui l'incarne.

Enfin, une limite concerne la fidélité du codage qualitatif. L'analyse de contenu des réponses ouvertes, réalisée selon la méthode de Bardin (2013), a été effectuée par une seule personne, sans double codage ni vérification de la fidélité inter-juges. Bardin elle-même souligne que la marge d'interprétation personnelle augmente avec le degré de théorisation de la grille d'analyse et doit, dans ce cas, être contrôlée par un travail en équipe. L'absence d'un tel contrôle dans ce mémoire ne remet pas en cause la plausibilité des catégories et des tendances dégagées, mais elle ne permet pas d'exclure une part de subjectivité dans l'attribution des réponses aux différentes catégories thématiques, ni de quantifier

formellement le degré d'accord qu'un second codeur indépendant aurait pu avoir avec les choix effectués.

CONCLUSION

Ce mémoire visait à examiner dans quelle mesure le genre du prévenu influence les jugements formulés dans le cadre d'une expertise psychiatrique simulée, en tenant compte également de la nature de l'infraction, de la formation disciplinaire de l'évaluateur, et, de façon exploratoire, du genre de l'évaluateur lui-même et de sa connaissance perçue du cadre légal. Pour répondre à cette question, une méthode expérimentale par vignettes cliniques a été combinée à une analyse de contenu des justifications ouvertes fournies par les participants, permettant d'articuler données chiffrées et raisonnement qualitatif.

Les résultats obtenus dégagent trois constats principaux. D'abord, la nature de l'infraction s'impose comme le facteur le plus déterminant du jugement d'expertise, avec des effets considérables et cohérents à travers l'ensemble des critères mesurés, un résultat que la confrontation aux conclusions des expertises réelles ayant inspiré les dossiers vient renforcer, suggérant que ce gradient ne reflète pas uniquement un stéréotype de gravité, mais capture aussi une réalité clinique authentique. Ensuite, contrairement à l'hypothèse principale, le genre de l'accusé n'exerce qu'une influence limitée et fragile lorsqu'il est considéré isolément ; son effet ne devient pleinement lisible qu'une fois croisé avec le type d'infraction, où il se concentre spécifiquement sur les affaires à caractère sexuel, et avec le genre de l'évaluateur, qui module fortement son expression. Enfin, et c'est sans doute l'apport le plus significatif de ce travail, le genre de l'évaluateur s'avère être le facteur le plus robuste de l'ensemble de l'étude, les participants masculins jugeant systématiquement plus sévèrement que les participantes féminines sur l'ensemble des critères mesurés, sans qu'une telle différence se retrouve dans le contenu explicite de leurs justifications. Ce dernier résultat, non anticipé par les hypothèses initiales, déplace la focale habituelle des recherches sur les biais de genre en expertise, de la personne évaluée vers la personne qui évalue, et suggère que ce biais opère à un niveau largement automatique et inconscient plutôt que dans le raisonnement clinique délibéré.

Ces résultats revêtent une importance particulière pour la pratique de l'expertise psychiatrique médico-légale. Ils indiquent qu'une vigilance centrée uniquement sur l'explicitation et la justification du raisonnement clinique telle qu'encouragée par la standardisation croissante des pratiques expertales en Belgique depuis la loi du 5 mai 2014, pourrait laisser invisible un biais qui ne s'exprime pas dans le discours mais dans l'intensité même du jugement porté. Ce constat plaide pour des dispositifs de contrôle et de formation qui ne reposent pas uniquement sur l'introspection ou la rationalisation a posteriori du

jugement expert, mais qui intègrent des mécanismes de vérification externes, tels que des instruments d'évaluation structurés ou une pluralité systématique d'évaluateurs.

Ce travail comporte cependant des limites qui invitent à la prudence dans la généralisation de ses conclusions. Les effectifs disponibles n'ont pas permis de tester l'ensemble des interactions initialement envisagées entre les trois facteurs à l'étude, en particulier celles impliquant la formation disciplinaire. Le matériel expérimental, construit à partir d'un dossier unique par type d'infraction, ne permet pas non plus de distinguer avec certitude l'effet du type d'infraction de celui des particularités propres à chaque dossier. Enfin, le codage des données qualitatives, réalisé par une seule personne, n'a pu faire l'objet d'une vérification de fidélité inter-juges, ce qui limite la portée de certaines interprétations fines du matériel verbal.

Ces limites dessinent autant de pistes pour des recherches ultérieures. Une réplication reposant sur un échantillon plus large et mieux réparti permettrait de tester le modèle factoriel complet initialement envisagé, et notamment de vérifier si les interactions impliquant la formation disciplinaire, non testables ici, s'avèrent significatives. L'utilisation de plusieurs dossiers indépendants par type d'infraction renforcerait la validité de l'effet de gravité pénale identifié dans cette étude. Un travail de codage qualitatif mené en équipe, avec calcul d'un indice de fidélité inter-juges, viendrait consolider la robustesse des catégories dégagées par l'analyse de contenu. Surtout, le résultat le plus original de ce mémoire étant la discordance entre l'ampleur du biais lié au genre de l'évaluateur et son absence de trace dans le raisonnement explicite mériterait d'être approfondi par des méthodes spécifiquement conçues pour capter les processus automatiques du jugement, telles que les mesures de temps de réaction ou les tests d'association implicite, qui permettraient de vérifier si ce biais relève effectivement, comme cette étude le suggère, d'un mode de traitement rapide et largement inaccessible à la conscience de l'évaluateur. Enfin, il serait pertinent d'étendre cette démarche à des échantillons d'experts en exercice, afin de vérifier si les mécanismes mis en évidence chez des étudiants en fin de formation se retrouvent, s'atténuent ou s'accroissent chez des professionnels confirmés de l'expertise psychiatrique médico-légale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages et articles

- ALI S., ADSHEAD G., 2022, « Just Like a Woman: Gender Role Stereotypes in Forensic Psychiatry », *Frontiers in Psychiatry*, 13, 840837.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e éd.), Washington, American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2013, « Specialty guidelines for forensic psychology », *American Psychologist*, 68(1), 7-19.
- BAARS B.J., 1993, *A Cognitive Theory of Consciousness*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BAKAN D., 1966, *The Duality of Human Existence: An Essay on Psychology and Religion*.
- BARNES B., BLOOR D., HENRY J., 1996, *Scientific Knowledge: A Sociological Analysis*, Londres, A&C Black.
- BASKIN D.R., SOMMERS I., TESSLER R., STEADMAN H.J., 1989, « Role Incongruence and Gender Variation in the Provision of Prison Mental Health Services », *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 305-314.
- BECKER H.S., 2020, *Outsiders : Études de sociologie de la déviance*.
- BERGER P., LUCKMANN T., 2018, *La Construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.
- BLACK D., 1976, *The Behavior of Law*, New York, Academic Press.
- BLOOR D., 1996, « Idealism and the Sociology of Knowledge », *Social Studies of Science*, 26(4), 839-856.
- BORODITSKY L., 2001, « Does Language Shape Thought? Mandarin and English Speakers' Conceptions of Time », *Cognitive Psychology*, 43(1), 1-22.
- BOSLY H., VANDERMEERSCH D., BEERNAERT M.A., 2010, *Droit de la procédure pénale*.
- BOURDIEU P., 2016, *La Domination masculine*, Paris, Média Diffusion.
- BOURNE L.E., KOLE J.A., HEALY A.F., 2014, « Expertise: Defined, Described, Explained », *Frontiers in Psychology*, 5, 186.

- BROVERMAN I.K., BROVERMAN D.M., CLARKSON F.E., ROSENKRANTZ P.S., VOGEL S.R., 1970, « Sex-Role Stereotypes and Clinical Judgments of Mental Health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1), 1-7.
- BUTLER J., 1999, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, New York, Theatre Arts Books.
- CAMPITELLI G., CONNORS M.H., BILALIĆ M., HAMBRICK D.Z., 2015, « Psychological Perspectives on Expertise », *Frontiers in Psychology*, 6, 258.
- CARTUYVELS Y., CHAMPETIER B., WYVEKENS A., 2010, « L'expertise psychiatrique et la décision judiciaire », dans *Soigner ou punir ?*, 41-105.
- CHAPERON S., 2013, « Genre et expertise psychiatrique, une source peu utilisée », *Histoire, médecine et santé*, 3, 9-15.
- CIALDINI R.B., 2009, *Influence: Science and Practice* (4e éd.), Boston, Pearson Education.
- CONNELL R., 2005, *Masculinities* (2e éd.), Berkeley, University of California Press.
- CONNELL R.W., MESSERSCHMIDT J.W., 2005, « Hegemonic Masculinity », *Gender & Society*, 19(6), 829-859.
- CONWAY M.A., PLEYDELL-PEARCE C.W., 2000, « The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System », *Psychological Review*, 107(2), 261-288.
- CLARK A., 2013, « Whatever Next? Predictive Brains, Situated Agents, and the Future of Cognitive Science », *Behavioral and Brain Sciences*, 36(3), 181-204.
- CRAMPAGNE S., 2013, *L'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique pénale*, Grenoble, Université Joseph Fourier.
- DASTON L., GALISON P., 2021, *Objectivity*, New York, Zone Books.
- DAVID M., 2006, *L'expertise psychiatrique pénale*, Paris, L'Harmattan.
- DEHAENE S., 2014, *Consciousness and the Brain: Deciphering How the Brain Codes Our Thoughts*, New York, Penguin.
- DE SPIEGELEIR S., 2025, « Travailler l'autonomie par la contrainte : à propos des unités psychiatriques médico-légales en Belgique francophone », *Déviance et Société*, 49(3), 69-98.

- DEVINE P.G., 1989, « Stereotypes and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components », *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(1), 5-18.
- DUMOULIN L., 2013, « L'expertise reproblématisée », *Déviance & Société*, 85, 717-723.
- ECKER U.K.H., LEWANDOWSKY S., COOK J., SCHMID P., FAZIO L.K., BRASHIER N., KENDEOU P., VRAGA E.K., AMAZEEN M.A., 2022, « The Psychological Drivers of Misinformation Belief and Its Resistance to Correction », *Nature Reviews Psychology*, 1(1), 13-29.
- ELBOGEN E.B., WILLIAMS A.L., KIM D., TOMKINS A.J., SCALORA M.J., 2001, « Gender and Perceptions of Dangerousness in Civil Psychiatric Patients », *Legal and Criminological Psychology*, 6(2), 215-228.
- ELLEMERS N., 2017, « Gender Stereotypes », *Annual Review of Psychology*, 69(1), 275-298.
- ENGLISH B., MUSSWEILER T., STRACK F., 2005, « Playing Dice With Criminal Sentences: The Influence of Irrelevant Anchors on Experts' Judicial Decision Making », *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(2), 188-200.
- ERICSSON K.A., CHARNESS N., 1994, « Expert Performance: Its Structure and Acquisition », *American Psychologist*, 49(8), 725-747.
- FAGET J., 2018, « L'acte de juger et ses biais », *Délibérée*, 5(3), 27-30.
- FAUST D., AHERN D.C., 2012, « Clinical Judgment and Prediction » *Oxford*, Oxford University Press, 147-208.
- FISKE S.T., TAYLOR S.E., 1991, *Social Cognition* (2e éd.), New York, McGraw-Hill.
- FISKE S.T., 1998, « Stereotyping, Prejudice, and Discrimination », dans D.T. GILBERT, S.T. FISKE, G. LINDZEY (dir.), *The Handbook of Social Psychology* (4e éd.), New York, McGraw-Hill, 357-411.
- FITZGERALD C., HURST S., 2017, « Implicit Bias in Healthcare Professionals: A Systematic Review », *BMC Medical Ethics*, 18(1), 19.
- FRIEDMAN S.H., SORRENTINO R., KAEMPF A., PRICE M., LANDESS J., GLEZER A., PENN J., WESTMORELAND P., LEWIS C., CERNY C., JANOFISKY J., 2024, « Practice Resource

- for Reproductive Psychiatry/Women's Mental Health in Forensic Psychiatry Practice », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 52(4 suppl.), S1-S31.
- FRISTON K., 2010, « The Free-Energy Principle: A Unified Brain Theory? », *Nature Reviews Neuroscience*, 11(2), 127-138.
- FRISTON K., KIEBEL S., 2009, « Predictive Coding Under the Free-Energy Principle », *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1521), 1211-1221.
- GARB H.N., 2021, « Race Bias and Gender Bias in the Diagnosis of Psychological Disorders », *Clinical Psychology Review*, 90, 102087.
- GOFFINET S., BEINE A., DEPUYDT C., 2011, « Les limites de l'expertise psychiatrique dans la dangerosité juvénile : la mise en observation des malades mentaux (loi de 1990) appliquée aux mineurs belges », *Acta Psychiatrica Belgica*, 111(3), 8-19.
- GOTTFREDSON M.R., HIRSCHI T., 1990, *A General Theory of Crime*, Stanford, Stanford University Press.
- GOWENSMITH W.N., MURRIE D.C., BOCCACCINI M.T., 2011, « Field Reliability of Competence to Stand Trial Opinions: How Often Do Evaluators Agree, and What Do Judges Decide When Evaluators Disagree? », *Law and Human Behavior*, 36(2), 130-139.
- GREENWALD A.G., MCGHEE D.E., SCHWARTZ J.L.K., 1998, « Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test », *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480.
- HABERMAS J., 1981, *The Theory of Communicative Action*, Paris, Fayard.
- HARAWAY D., 2013, « Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective », dans *Women, Science, and Technology*, Londres, Routledge, 455-472.
- HASLANGER S., 2000, « Gender and Race: (What) Are They? (What) Do We Want Them to Be? », *Noûs*, 34(1), 31-55.
- HODGINS S., 2022, « Female Forensic Patients May Be an Atypical Sub-Type of Females Presenting Aggressive and Antisocial Behavior », *Frontiers in Psychiatry*, 13, 809901.

- HUSSERL E., PEIFFER G., LEVINAS E., 1992, *Méditations cartésiennes : introduction à la phénoménologie*, Paris, Vrin.
- KAHNEMAN D., 2011, *Thinking, Fast and Slow*, New York, Macmillan.
- KAMINSKI D., 2015, *Condamner : Une analyse des pratiques pénales*, Toulouse, Érès.
- KAMOROWSKI J., DE RUITER C., SCHREUDER M., ASK K., JELIČIĆ M., 2021, « Forensic Mental Health Practitioners' Use of Structured Risk Assessment Instruments, Views About Bias in Risk Evaluations, and Strategies to Counteract It », *International Journal of Forensic Mental Health*, 21(1), 1-19.
- KOCH C., 2019, *The Feeling of Life Itself*, Cambridge (MA), MIT Press.
- KRIEGER L.H., 1995, « The Content of Our Categories: A Cognitive Bias Approach to Discrimination and Equal Employment Opportunity », *Stanford Law Review*, 47(6), 1161-1248.
- KRUG E.G., MERCY J.A., DAHLBERG L.L., ZWI A.B., 2002, « The World Report on Violence and Health », *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- KUKUCKA J., KASSIN S.M., ZAPF P.A., DROR I.E., 2017, « Cognitive Bias and Blindness: A Global Survey of Forensic Science Examiners », *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(4), 452-459.
- LEISTEDT S., BONGAERTS X., MACQUET D., 2021, « Forensic Psychiatry in Belgium in 2021: An Overview of the Current Situation », *Forensic Science International: Mind and Law*, 2, 100047.
- LIDZ C.W., 1993, « The Accuracy of Predictions of Violence to Others », *JAMA*, 269(8), 1007-1011.
- MERLEAU-PONTY M., 1976, *Phénoménologie de la perception* (1945), Paris, Gallimard.
- MESSERSCHMIDT J.W., 2010, « Masculinities and Crime », dans *Encyclopedia of Criminological Theory*, Thousand Oaks, Sage.
- MURRIE D.C., BOCCACCINI M.T., 2015, « Adversarial Allegiance Among Expert Witnesses », *Annual Review of Law and Social Science*, 11, 37-55.
- NAGEL T., 1974, « What Is It Like to Be a Bat? », *The Philosophical Review*, 83(4), 435-450.

- NEAL T.M.S., 2018, « Forensic Psychology and Correctional Psychology: Distinct but Related Subfields of Psychological Science and Practice », *American Psychologist*, 73(5), 651-662.
- NEAL T.M.S., BRODSKY S.L., 2016, « Forensic Psychologists' Perceptions of Bias and Potential Correction Strategies in Forensic Mental Health Evaluations », *Psychology, Public Policy, and Law*, 22(1), 58-76.
- NEAL T.M.S., GRISSO T., 2014, « The Cognitive Underpinnings of Bias in Forensic Mental Health Evaluations », *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(2), 200-211.
- NISBETT R.E., MIYAMOTO Y., 2005, « The Influence of Culture: Holistic Versus Analytic Perception », *Trends in Cognitive Sciences*, 9(10), 467-473.
- OAKLEY P.A., 2015, *Sex, Gender and Society*, Farnham, Ashgate Publishing.
- OFFEN L., 1986, « The Female Offender and Psychiatric Referral: The Medicalisation of Female Deviance », *Medicine and Law*, 5, 339-349.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2023, *Dépression*, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- OSWALD F.L., MITCHELL G., BLANTON H., JACCARD J., TETLOCK P.E., 2013, « Predicting Ethnic and Racial Discrimination: A Meta-Analysis of IAT Criterion Studies », *Journal of Personality and Social Psychology*, 105(2), 171-192.
- PÁV M., PEKARA J., VALEŠ J., ZÁVORA J., KORENÝ D., ZAHRÁDKA-KÖHLEROVÁ M., ANDERS M., KITZLEROVÁ E., 2025, « Short Stays, High Needs: Gender Disparities in Czech Forensic Psychiatric Inpatient Care », *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1604957.
- PETER T., 2006, « Mad, Bad, or Victim? Making Sense of Mother–Daughter Sexual Abuse », *Feminist Criminology*, 1(4), 283-302.
- PETTY R.E., CACIOPPO J.T., GOLDMAN R., 1981, « Personal Involvement as a Determinant of Argument-Based Persuasion », *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(5), 847-855.

- PRICE M., RECUPERO P.R., STRONG D.R., GUTHEIL T.G., 2004, « Gender Differences in the Practice Patterns of Forensic Psychiatry Experts », *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32(3), 250-258.
- PRZYGODZKI-LIONET N., VAN GIJSEGHEM H., PRADEL J., 2012, *Psychologie et justice*, Paris, Dunod.
- RAVIT M., DI ROCCO V., 2013, « Le dispositif d'évaluation dans la pratique clinique de l'expertise judiciaire : un initiateur au changement ? », *Psychologie clinique et projective*, 18(1), 221-234.
- ROJAS E.G., 2016, *Gender Bias and Clinical Judgment: Examining the Influence of Attitudes Toward Women on Clinician Perceptions of Dangerousness*, New York, Columbia University (thèse).
- RORTY R., 1991, *Objectivity, Relativism, and Truth: Philosophical Papers* (vol. 1), Cambridge, Cambridge University Press.
- ROSENFELD S., 1982, « Sex Roles and Societal Reactions to Mental Illness: The Labelling of 'Deviant' Deviance », *Journal of Health and Social Behavior*, 23(1), 18-24.
- ROSSER S.V., 1992, « Is There Androcentric Bias in Psychiatric Diagnosis? », *The Journal of Medicine and Philosophy*, 17(2), 215-231.
- SABOOR S., NAVEED S., CHAUDHARY A.M.D., SAFDAR B., KHAN S., KHOSA F., 2022, « Gender and Racial Disparity Among US Forensic Psychiatry Fellows: Broken System by Default », *Psychiatric Quarterly*, 93(2), 651-662.
- SCHACTER D.L., ADDIS D.R., BUCKNER R.L., 2007, « Remembering the Past to Imagine the Future: The Prospective Brain », *Nature Reviews Neuroscience*, 8(9), 657-661.
- SEEM S.R., JOHNSON E., 1998, « Gender Bias Among Counseling Trainees: A Study of Case Conceptualization », *Counselor Education and Supervision*, 37(4), 257-268.
- SHAPIN S., 2011, « The Sciences of Subjectivity », *Social Studies of Science*, 42(2), 170-184.
- SMART C., 1995, *Law, Crime and Sexuality: Essays in Feminism*, Londres, Sage.
- SUPIOT A., 2015, *La Gouvernance par les nombres*, Paris, Fayard.

- THOMPSON M., 2010, « Race, Gender, and the Social Construction of Mental Illness in the Criminal Justice System », *Sociological Perspectives*, 53(1), 99-125.
- TIANG K., RAZACK A., NG K., 2017, « The 'Auxiliary' White Coat Effect in Hospitals: Perceptions of Patients and Doctors », *Singapore Medical Journal*, 58(10), 574-575.
- TODOROV A., SAID C.P., ENGELL A.D., OOSTERHOF N.N., 2008, « Understanding Evaluation of Faces on Social Dimensions », *Trends in Cognitive Sciences*, 12(12), 455-460.
- TULVING E., 2002, « Episodic Memory: From Mind to Brain », *Annual Review of Psychology*, 53(1), 1-25.
- TVERSKY A., KAHNEMAN D., 1974, « Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases », *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- UNFPA, 2019, *Les représentations sociales des violences faites aux femmes*.
- VANHAMME F., BEYENS K., 2007, « La recherche en sentencing : un survol contextualisé », *Déviance et Société*, 31(2), 199-228.
- VICENZUTTO A., DUJARDIN J., DELANNOY D., HOANG T.P., 2019, « Expertise psychiatrique au pénal : apports des canevas structurés d'expertise », *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(9), 892-895.
- VIENNOT É., 2020, *Non, le masculin ne l'emporte pas sur le féminin !*, Donnemarie-Dontilly, Éditions iXe.
- YOURSTONE J., LINDHOLM T., GRANN M., SVENSON O., 2008, « Evidence of Gender Bias in Legal Insanity Evaluations: A Case Vignette Study of Clinicians, Judges and Students », *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(4), 273-278.
- ZAHAVI D., 2008, *Subjectivity and Selfhood: Investigating the First-Person Perspective*, Cambridge (MA), MIT Press.

1. Législation

Arrêté ministériel du 28 octobre 2015 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en psychiatrie médico-légale, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage, *M.B.*

Arrêté royal du 25 septembre 2018 relatif au canevas d'expertise psychiatrique médico-légale, *M.B.*

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

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

Code de déontologie médicale du 18 mars 2018, Conseil national de l'Ordre des médecins.

Code pénal, *M.B.*, 9 juin 1867.

1. Article de presse

AVRIL, P., 2008, 18 décembre. *Infanticide : l'expertise psychiatrique fait débat*. Le Figaro.

<https://www.lefigaro.fr/international/2008/12/18/01003->

20081218ARTFIG00014-infanticide-l-expertise-psychiatrique-fait-debat-.php

ANNEXES

Annexe 1 – Matériel de l'étude

Instructions de passation :

Information et consentement :

Ce questionnaire participe à la réalisation de mon mémoire en faculté de criminologie à l'UCLouvain. Il vise à mieux comprendre la perception des expertises psychiatriques et dure environ 30 minutes.

Votre participation à cette étude sera strictement anonyme et les informations recueillies resteront confidentielles et utilisées uniquement à des fins de recherche scientifique. Les données anonymes seront conservées sur un support sécurisé accessible uniquement à la chercheuse, pour la durée nécessaire à la réalisation du mémoire et à d'éventuelles publications scientifiques, puis supprimées conformément aux règles en vigueur. Si vous désirez une information supplémentaire sur cette étude, vous pouvez contacter lola.romainville@student.uclouvain.be

En participant à cette étude, je reconnais avoir lu et compris les renseignements fournis ci-dessus, avoir plus de 18 ans et accepter de participer à cette étude scientifique de manière totalement anonyme. J'autorise également les chercheurs·euses à utiliser mes données anonymisées à des fins scientifiques.

Instructions générales :

Dans cette étude, nous cherchons à mieux comprendre la manière dont certains facteurs peuvent influencer la perception des expertises psychiatriques à travers un dossier relatant des faits reprochés à un accusé, ainsi que son profil psychiatrique et psychologique.

Voici un dossier concernant un accusé. Veuillez le lire attentivement. Vous serez ensuite amenés à répondre à des questions concernant ce dernier.

Condition 1 :

Dossier pénal du Tribunal de première Instance du Brabant wallon :

Référence : 24/096 NI37.L9.8732-24

Accusé :

NAGY Jean

Né le 14/06/1998

Détenu à la prison de Mons

Soupçonné de faits de mœurs, d'exhibitionnisme

Aux fins de, après avoir pris connaissance des pièces du dossier et recueilli tous les renseignements utiles, donner un avis motivé sur les problèmes suivants :

1. L'inculpé était-il au moment des faits et est-il actuellement atteint d'un trouble mental qui aurait aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
2. Existe-il une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ?
3. Du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, l'inculpé risque-t-il de commettre de nouvelles infractions ?
4. Le cas échéant, l'inculpé peut-il être traité, suivi, soigné et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société ?

FAITS REPROCHÉS

Déroulement des faits selon le dossier et antécédents judiciaires :

Le 03/12/2024 à 4h04, la police est amenée à prendre en charge une jeune fille qui aurait été victime d'un viol. La nommée DUPONT Matilda, explique qu'à hauteur du centre commercial l'Esplanade, elle a été mise dans un coin par un individu qui l'a forcée à lui faire une fellation. Un témoin a trouvé une chaussure à proximité des sacs de la victime, à hauteur du lieu des faits.

DUPONT Matilda explique qu'elle était en direction du logement de son copain lorsqu'elle a senti une présence et a ensuite entendu un individu courir derrière elle. Celui-ci a posé sa main sur son épaule et l'a enlacée avec son bras, la tirant sur le côté de la rue. Il va tenter de l'embrasser de force et va passer sa main au-dessus de son vagin par-dessus les vêtements. Il la pousse ensuite au sol mais elle parvient à se relever. Il l'encercle de ses bras et la touche au niveau sexuel à nouveau. Elle va s'enfuir et va être coincée contre un mur. Il va tenter de l'embrasser puis sortir son pénis et se masturber sur elle. Il va ensuite passer sa main gauche sous ses vêtements, la touchant au sein et continuant à se masturber. Il la force alors à se mettre à genoux, tente de mettre son pénis dans sa bouche. Elle recevra un coup de poing. Il s'enfuira à l'arrivée d'un passant.

À 5h39, la police est appelée pour constater des faits d'exhibitionnisme. La nommée BÉLANGER Sophie, née en 2000, se rendait dans sa voiture pour aller travailler lorsqu'elle a constaté un individu roux qui la regardait en se touchant le sexe. À noter qu'une chaussure sera retrouvée non loin. Le suspect est alors arrêté et placé en garde à vue, il s'agit de NAGY Jean.

Confronté aux images de vidéo-surveillance, le nommé NAGY Jean va évoquer le fait qu'il était dans un bar à Louvain-la-Neuve et qu'un individu lui aurait mis un médicament dans son verre. Il évoque alors une absence de tout souvenir jusque 13h où il s'est retrouvé endormi dans son véhicule. Il confirme qu'il n'avait plus de chaussures aux pieds le lendemain, que son pantalon était déchiré sur le côté et qu'il avait des griffes sur l'abdomen. Il affirme être tombé dans un buisson et n'avoir violé personne, déclarant : *«On pourrait me donner n'importe quoi comme drogue mais ça je ne ferais jamais»*. Il affirme avoir le souvenir de s'être disputé avec une fille mais ne sait plus où et parle d'un échange de mots. À noter que l'intéressé avait du Viagra dans sa voiture, et que des photos de sa personne nue sont retrouvées dans son gsm.

Point de vue de l'intéressé (attitude par rapport aux faits et relation avec la victime présumée) :

L'intéressé évoque une consommation de sept à neuf bières mais reste dans l'idée qu'une personne lui a mis un comprimé dans son verre. Il affirme ne pas savoir ce qu'il a pu faire. Il admet toutefois qu'il a pu retrouver son véhicule sans aide et qu'il était seul.

Il explique ses mensonges devant le juge d'instruction notamment du fait qu'il était hongrois et son déni par rapport à une peur de se retrouver devant la justice.

Lors d'une seconde entrevue, l'intéressé indique ne pas avoir le souvenir des infractions sexuelles. Il dit avoir du mal à intégrer qu'il ait pu violer une personne. A la question de savoir s'il peut reconnaître les faits : *« c'est compliqué... La vérité, c'est que j'ai reconnu avoir pris une pilule et que j'ai bu de l'alcool »*. L'intéressé dit avoir pris cette pilule volontairement, il assure que s'il n'avait pas été dans un état second, les infractions sexuelles n'auraient pas pris place. Il précise ne pas avoir menti à la juge d'instruction, mais reconnaît avoir menti à la police par crainte de retourner dans son pays.

Il précise vouloir les résultats du test ADN pour faire le lien entre lui et les faits, disant *« vouloir savoir... Si j'ai fait ça, je vais m'effondrer, mais je dois savoir »*.

BIOGRAPHIE :

Les antécédents familiaux :

Le père de l'intéressé est mort à 30 ans d'un cancer de la gorge. L'intéressé avait 8 ans, et ne s'en souvient pas. Sa mère habite en Roumanie et a 46 ans. Il a des contacts réguliers avec elle, mais elle n'est pas informée de la détention.

L'intéressé est fils unique.

Il ne connaît pas dans sa famille de maladie héréditaire ou congénitale, ni d'antécédent suicidaire ou psychiatrique.

Les antécédents personnels :

L'intéressé est né en Roumanie, le 14/06/1998.

Il effectue huit années de scolarité primaire en Roumanie. L'intéressé dit avoir débuté en enseignement général, et assure ne pas avoir doublé. Il affirme avoir travaillé dès l'âge de 16 ans. Durant sa scolarité, il assure ne pas avoir présenté de soucis de comportements, d'apprentissages ou d'avoir été victime ou auteur d'harcèlement.

Sur le plan professionnel, il va travailler pendant trois ou quatre ans dans un car-wash puis viendra en Belgique. Il évoque alors de nombreux allers-retours avec la Roumanie, pouvant rester quelques mois au pays. Depuis trois ou quatre ans, il n'est toutefois plus retourné.

L'intéressé indique travailler pour la même entreprise depuis sept ans, disant ne pas être tracassé pour son travail, indiquant que son patron va le comprendre.

Sur le plan financier, il évoque un revenu entre 2200 et 2400 € par mois. Il précise qu'il travaille beaucoup. Il pense qu'il doit payer ses lois sociales et ses impôts en Roumanie mais n'a pas encore payé. Il évalue le retard à 3000 €. Il n'a pas de dettes en Belgique, pense-t-il.

Sur le plan judiciaire, il évoque une amende de 6000 € pour excès de vitesse mais affirme ne jamais avoir séjourné en prison en Belgique ou dans d'autres pays. Il assure avoir remboursé l'amende avec 200 € par mois.

Sur le plan sentimental, il évoque une seule compagne pendant deux ou trois mois en Roumanie quand il avait 24 ans. Elle avait 22 ans, disant que la relation se termine à cause de la distance. Il n'a jamais eu de mise en ménage et se dit célibataire. Il évoque avoir eu des relations de passage en Belgique, ne sachant en évaluer le nombre : « *normal* ». Il dit avoir surtout rencontré ces personnes dans des clubs d'échangistes.

Il a connu son premier rapport sexuel à l'âge de 17 ans avec une jeune fille. Il se considère bisexuel, tout en disant ne pas envisager de relations sentimentales et conjugales avec un homme. Il n'a jamais été victime d'attouchements ou d'abus sexuels, n'est jamais allé dans les camps de nudistes mais a fréquenté les clubs échangistes et se rend trois à quatre fois par mois seul dans une maison close. L'intéressé ne possède pas de matériel fantaisiste. Il a pu prendre du Viagra pour être plus performant, disant l'avoir pris à deux reprises en tout et pour tout dans son existence. Il pratique la masturbation trois fois par semaine. Il consulte les sites pornographiques lorsqu'il se masturbe.

ANAMNÈSE MÉDICALE

Dépendances et consommations de substances :

L'intéressé fume deux paquets de cigarettes par jour, a essayé le cannabis vers l'âge de 20 ans quand il arrive en Belgique mais n'en consomme pas. Il a essayé une fois la cocaïne, n'a jamais touché à l'héroïne ni à l'ecstasy. Il ne boit que les week-ends, reconnaissant qu'il pouvait « *boire plus qu'il ne fallait... Pas tous les weekends* ».

Anamnèse psychiatrique et psychologique :

L'intéressé n'a jamais eu de suivi psychologiques ou psychiatrique.

L'intéressé n'a jamais fait de tentatives de suicide.

Médication :

L'intéressé ne prend pas de médicaments en dehors du Viagra et parfois du Dafalgan.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE :

La collaboration au cours de l'entretien est bonne et l'intéressé peut admettre avoir menti sur plusieurs plans devant la juge mais s'en justifie par la peur. Il peut aborder sa problématique sexuelle et sa vie conjugale sans détours mais se retranche derrière l'idée qu'il ne sait pas ce qu'il a pu faire suite à une prise d'un médicament inconnu.

On ne note ni éléments délirants, ni hallucinations au cours de l'entretien. Il n'existe pas de troubles formels de la pensée.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE :

Tests utilisés

- **SADS-L'** (entretien diagnostique DSM)
- **SCID-II (version 2.0)** – troubles de la personnalité
- **SCID-5-CV** – troubles cliniques (DSM-5)
- **Matrices de Raven (PM38)** – capacités cognitives non verbales
- **Test de Rorschach** – fonctionnement psychique/projectif
- **Échelle de psychopathie de Hare (PCL-R)**
- **Échelle d'anxiété de Hamilton (HARS)**
- **Échelle de dépression de Hamilton (HDRS)**
- **SCL-90-R** – symptomatologie psychologique globale

L'évaluation psychologique met en évidence un trouble de l'usage de l'alcool, caractérisé par des consommations problématiques partiellement reconnues par l'intéressé. En dehors de cet élément, les investigations ne retrouvent ni trouble de la personnalité structuré, ni trouble de l'humeur, anxieux, psychotique ou neurodéveloppemental.

Le fonctionnement cognitif se situe dans la moyenne, avec des capacités de raisonnement préservées, malgré certaines limites dans l'élaboration et l'anticipation. L'examen projectif suggère un mode de pensée concret, peu élaboré, avec une implication émotionnelle et relationnelle modérée, sans altération du contact avec la réalité.

Les capacités de jugement apparaissent globalement conservées, avec une compréhension des normes sociales présente, bien que leur intégration puisse rester superficielle. Aucun

élément ne plaide en faveur d'une désorganisation psychique majeure ou d'un état anxiodépressif actuel.

L'évaluation de la personnalité et du fonctionnement comportemental ne met pas en évidence de profil psychopathique ni de traits antisociaux marqués. Les indicateurs de dangerosité psychiatrique apparaissent limités, bien que la problématique addictive puisse constituer un facteur de vulnérabilité.

Condition 2 :

Dossier pénal du Tribunal de première Instance du Brabant wallon :

Référence : 24/096 NI37.L9.8732-24

Accusé :

NAGY Jean

Né le 14/06/1998

Détenu à la prison de Mons

Soupçonné de faits de coups et blessures volontaires, menaces

Aux fins de, après avoir pris connaissance des pièces du dossier et recueilli tous les renseignements utiles, donner un avis motivé sur les problèmes suivants :

5. L'inculpé était-il au moment des faits et est-il actuellement atteint d'un trouble mental qui aurait aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
 6. Existe-il une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ?
 7. Du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, l'inculpé risque-t-il de commettre de nouvelles infractions ?
 8. Le cas échéant, l'inculpé peut-il être traité, suivi, soigné et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société ?
-

FAITS REPROCHÉS

Déroulement des faits selon le dossier et antécédents judiciaires :

Le 28/02/2024, la police est appelée pour une altercation dans un night-shop. Le nommé BRATT a été bousculé par NAGY Jean et a demandé des excuses, ce que celui-ci a refusé. Il reconnaît alors avoir utilisé un spray d'autodéfense qu'il a dirigé vers le visage du nommé BRATT. Le tir du gaz lacrymogène va atteindre l'œil de la victime, nécessitant une intervention chirurgicale.

Lors de l'intervention des services de police, NAGY Jean est contrôlé et apparaît en possession d'un spray de gaz lacrymogène. Il est alors privé de liberté.

Compte tenu de la gravité des faits et des éléments recueillis lors de l'interpellation, une perquisition au domicile de l'intéressé est ordonnée par l'autorité judiciaire compétente. Lors de celle-ci, un deuxième pistolet lacrymogène, un taser, une matraque télescopique et un couteau à cran d'arrêt, sont retrouvés chez l'intéressé.

Point de vue de l'intéressé (attitude par rapport aux faits et relation avec la victime présumée) :

Avec l'expert-psychiatre, l'intéressé admet avoir heurté avec son sac à dos la personne qui réclamait et reconnaît qu'il aurait dû s'excuser. Il explique le fait d'avoir une bombe lacrymogène par le fait qu'il a été agressé par le passé. Il est bien conscient de la gravité de son geste et peut admettre qu'il n'avait pas la pratique de ce genre d'objet. Il explique les avoir achetés pour se défendre tandis que le cran d'arrêt était un cadeau d'une personne.

Avec l'expert-psychologue, l'intéressé évoque une bousculade où la personne « *demande des excuses et comme j'étais énervé, j'avais pas envie de m'excuser* ». A la sortie du 'Night Shop', il dit que l'homme : « *m'attendait et il s'approche de moi en étant menaçant* ». L'intéressé dit que « *j'ai présenté d'abord l'objet et il reste là... Et je tire* ». Il considère les faits graves suite aux séquelles pour l'homme.

Quant à la présence d'armes prohibées chez lui, l'intéressé dit avoir été agressé à plusieurs reprises sur Bruxelles : « *et une fois, ça a été grave, je pense que ça m'a traumatisé* ». Il dit que sa sœur a été harcelé sexuellement en rue « *et elle m'a demandé un spray à elle et à sa meilleure amie* ». Il dit s'être procuré les armes pour se protéger « *mais c'est vrai que j'ai eu la folie des grandeurs et j'avais pas besoin de tout ça* ».

BIOGRAPHIE

Les antécédents familiaux

Le père de l'intéressé était menuisier indépendant et a 67 ans. Il est présenté :« *un père assez dur mais aimant*». Sa mère, 64 ans, travaille comme logopède. Elle est présentée :« *douce et aimante*». Les parents sont séparés depuis qu'il a 18 ans, disant garder de bons contacts avec les deux parents qui sont présentés comme des personnes de confiance.

L'intéressé a une sœur cadette, Élise, qui poursuit des études de théâtre au conservatoire et qui est en logement depuis quatre ans. Elle a 25 ans. Il évoque aussi une bonne entente.

Il ne connaît pas dans sa famille de maladie héréditaire ou congénitale ,ni d'antécédent suicidaire ou psychiatrique.

Les antécédents personnels :

L'intéressé est né à Bruxelles, le 14/06/1998.

Il commence ses primaires à Rixensart. Il est inscrit au collège de Basse-Wavre où il va doubler la troisième en enseignement général. Il se décrit un comportement dissipé et turbulent et va alors être inscrit à Soignies en quatrième technique de transition en économie. Il ne peut expliquer la raison du changement d'école, mais parle surtout de tensions dans la famille avec de mauvaises fréquentations dans son chef. L'année suivante, il est inscrit à l'athénée royal de Rixensart où il ne restera que deux mois « *parce que je me plaisais pas et j'étais pas intéressé* ». Il est alors inscrit en C.E.F.A. de vente pendant un an à Court-St-Etienne et travaille chez Press-shop. Il va finalement être inscrit en horticulture sur décision des parents qui lui demande de quitter la maison «*parce que j'étais difficile* ». Il arrêtera la formation car il obtient un emploi.

Il va travailler un an chez Bruxelles-Environnement où il est jardinier mais le contrat ne sera pas renouvelé en 2023 car il a connu trop d'absences :« *surtout des retards et une maladie où j'ai fait une dépression... J'ai été absent deux semaines à cause de ça*».

Sur le plan financier au moment des faits, il percevait 1213€ par mois. Il signale des dettes de gsm pour un total de 300 € et de 150 € pour un achat en ligne.

Sur le plan judiciaire, il n'a pas d'antécédents si ce n'est des interpellations pour cannabis.

Sur le plan sentimental, il se dit célibataire n'ayant jamais eu de véritable engagement. Il évoque quelques relations de passage « *mais rien de très sérieux* », décrivant la dernière il y a un peu moins de trois ans.

Sur le plan des loisirs, il se rendait chez Basic Fit et faisait du footing. Il aime les films et voir les amis. L'intéressé se présente avec des alternances entre sociabilité et repli : « *en hiver, je suis plus casanier* ».

ANAMNÈSE MÉDICALE

Aspects somatiques :

L'intéressé été opéré des dents de sagesse. Il n'a jamais présenté ni épilepsie ni commotion ni convulsion. Il a connu une fracture de l'avant-bras gauche étant enfant. À noter une cyphose qui lui crée des lombalgies.

Dépendances et consommations de substances :

L'intéressé fume dix à quinze cigarettes par jour. Il a pu consommer du cannabis tous les jours jusqu'au moment de l'interpellation. À 20 ans, il a tenté la cocaïne et a arrêté à 24 ans, parlant d'une prise occasionnelle et festive : « *mais, j'ai pu être accroc à la cocaïne pendant six mois en 2021, et j'aimais ce que je faisais et j'étais occupé, ça m'a aidé* ». Il a également essayé la kétamine en soirée. Il a connu des problèmes de consommation excessive d'alcool et évoque d'ailleurs une arrestation en état d'ivresse.

Médication :

L'intéressé ne prend pas de médicaments, si ce n'est parfois du Sedistress et dit avoir déjà reçu du Diazepam.

Anamnèse psychiatrique et psychologique :

Étant mineur, l'intéressé a connu des séances de thérapie familiale et une seule fois en individuel chez un psychologue. Il n'a jamais séjourné en psychiatrie.

Il évoque des passages où il était dépressif, avec un manque d'allant « *et peu de motivation pour le travail et juste envie de rester chez moi* ». Il signale que son état déprimé était souvent lié à des situations de vie plus difficiles. L'intéressé n'a jamais fait de tentatives de suicide ou eu de pensées de ce registre.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE

La collaboration au cours de l'entretien est bonne et l'intéressé se présente à l'avance au rendez- vous. Il est venu en train.

On ne note ni éléments délirants, ni hallucinations au cours de l'entretien. Il n'existe pas de troubles formels de la pensée.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE :

Tests utilisés :

- **SADS-L'** (entretien diagnostique DSM)
- **SCID-II (version 2.0)** – troubles de la personnalité
- **SCID-5-CV** – troubles cliniques (DSM-5)
- **MMPI-2-RF** – personnalité et psychopathologie
- **NEO-PI-3** – modèle des Big Five
- **Échelle de psychopathie de Hare (PCL-R)**
- **Échelle d'anxiété de Hamilton (HARS)**
- **Échelle de dépression de Hamilton (HDRS)**
- **SCL-90-R** – symptomatologie psychologique globale
- **Stable-2000** – facteurs dynamiques de récidence
- **Échelle des facteurs aigus (Acute/“Aigus”)** – risque immédiat

L'examen clinique ne met pas en évidence de désorganisation psychique, de trouble de la pensée, ni de symptomatologie anxieuse, dépressive ou psychotique actuelle. Le

fonctionnement cognitif apparaît globalement préservé, avec un niveau intellectuel situé dans la moyenne basse, sans déficit significatif.

L'anamnèse et les outils diagnostiques retrouvent un trouble de l'usage de substances (principalement drogues, secondairement alcool) que l'intéressé ne nie pas mais peut minorer ou inscrire dans un moment d'insouciance, ainsi que des antécédents de troubles des conduites à l'adolescence. Des éléments d'adaptation émotionnelle fluctuante et des manifestations résiduelles d'hypervigilance sont évoqués, sans tableau psychopathologique caractérisé au moment de l'examen et pas non plus de symptôme manifeste d'un état de stress post-traumatique.

L'intéressé ne présente pas d'anxiété significative, mais un vécu dépressif modéré. Le fonctionnement de personnalité ne révèle pas de trouble structuré, mais met en évidence une immaturité, une instabilité émotionnelle avec des épisodes dysphoriques, ainsi qu'un engagement limité tant sur le plan relationnel que dans les projets de vie. Il apparaît sociable mais réservé, sensible au regard d'autrui, avec une certaine méfiance et une implication relationnelle modérée. Son fonctionnement reste globalement adapté et non hostile, bien que parfois centré sur lui-même, avec des capacités d'organisation, de persévérance et d'introspection modérées.

Les capacités de jugement et de contact avec la réalité apparaissent globalement préservées, sans altération majeure du discernement. L'évaluation ne met pas en évidence de profil psychopathique ni de dangerosité psychiatrique spécifique.

Les outils d'évaluation du risque indiquent un niveau de récurrence faible, en particulier dans un contexte spécifique associé à la consommation de substances.

Condition 3 :

Dossier pénal du Tribunal de première Instance du Brabant wallon :

Référence : 24/096 NI30.L9.8732-24

Accusé :

NAGY Jean

Né le 14/06/1998

Détenu à la prison de Mons

Soupçonné de faits d'homicide

Aux fins de, après avoir pris connaissance des pièces du dossier et recueilli tous les renseignements utiles, donner un avis motivé sur les problèmes suivants :

9. L'inculpé était-il au moment des faits et est-il actuellement atteint d'un trouble mental qui aurait aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ?
10. Existe-il une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ?
11. Du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, l'inculpé risque-t-il de commettre de nouvelles infractions ?
12. Le cas échéant, l'inculpé peut-il être traité, suivi, soigné et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société ?

FAITS REPROCHÉS :

Déroulement des faits selon le dossier et antécédents judiciaires :

Le 28/02/2025, la police est appelée pour une personne qui s'est réfugiée chez un voisin à Beauvechain. Cette personne a reçu des coups au visage et saigne au niveau de la tête. La victime ne répond pas aux demandes de la police et est haletante. Elle a le visage tuméfié. Elle est identifiée comme étant le nommé BOUSQUET Olivier. L'auteur des coups serait dans une maison proche et est décrit comme ayant demandé un prêt d'argent à BOUSQUET, ce que celui-ci a refusé et ce qui a amené les coups.

L'intéressé, le nommé NAGY Jean, va être interpellé par la police qui lui somme de sortir. Il s'assied sur la marche de la porte d'entrée avant de se mettre face au sol sur injonction des policiers. Ceux-ci le connaissent pour des interventions précédentes. Il présente des mains rouges mais séchées. Alors qu'une réanimation cardiorespiratoire a été tentée, la victime va être déclarée morte 45 minutes plus tard.

NAGY Jean va évoquer une bagarre et déclare qu'il s'est endormi et qu'on lui a dit que la victime était morte. Il admet une embrouille et une bagarre. Il est assez digressif et affirme que tout le monde l'a laissé tomber, qu'il est dénigré par sa famille. Il parle d'envoûtement. Il déclare : « *Ils voulaient me retirer mon moi* ».

Il évoque ensuite qu'il est dans la musique, multigenre, multivers, écrivain par instinct, et qu'il écrit depuis quatre ans avec la victime. Il explique qu'ils ont fait un investissement ensemble et que BOUSQUET devait faire un prêt mais qu'il ne l'a pas fait, ce qui a amené une bagarre. Il ne sait toutefois pas ce qu'il s'est passé et suppose qu'il s'est fait taper et agresser.

Il peut être discordant, riant avec l'enquêteur, parlant d'un fauteuil où était la victime puis d'une chaise noire, peut-être bleue. Il parle ensuite de YouTube où il faut aller pour trouver les réponses. À un autre moment, il s'effondre en pleurant. Il insiste pour qu'on aille sur YouTube pour comprendre, évoquant une prophétie sur internet.

L'intéressé évoque un séjour en I.P.P.J. et a déjà des antécédents judiciaires.

Devant la juge d'instruction, il insiste sur le fait qu'il ait touché à la musique, se décrivant le meilleur dans son domaine. Il évoque le fait qu'on voulait lui couper la glande pénale qu'il avait dans le front, qu'on voulait lui retirer son moi, qu'il était trop intelligent, revendiquant qu'il est dans la voix de la vérité.

Il évoque un traitement pendant un an il y a quatre ans, déclare entendre des vérités.

Il ne nie pas s'être battu avec BOUSQUET mais affirme qu'il n'a reçu aucun coup, qu'il a frappé avec ses poings. Il parle de guerre psychologique émotionnelle pour protéger son être parce qu'il est pour Dieu et pas pour le Diable. Il ajoute « *Je prends les vertus pour abattre le vice* ».

Point de vue de l'intéressé (attitude par rapport aux faits et relation avec la victime présumée) :

Avec l'expert-psychiatre, l'intéressé évoque les faits en déclarant qu'il a son propre dossier et qu'il est la victime. Quand on lui oppose le fait qu'un homme est mort, il ajoute : « *C'est pas grave, c'est de la légitime défense* ». Au premier entretien, il reste peu accessible à la discussion, pouvant se montrer incisif mais se perdant également dans divers concepts.

Avec l'expert-psychologue, l'intéressé estime qu'il y a eu des coups à l'égard de BOUSQUET, se disant étonné que les coups aient pu provoquer la mort et si cela est le cas, il insiste sur le fait que c'est involontaire. Il précise que la bagarre avec BOUSQUET : « *c'est parce qu'il tenait pas sa parole, à l'acte signé, où il voulait pas verser les sous qu'il restait (...) Du coup, je pouvais pas sortir mon son et rester stable avec mon être* ». Il insiste qu'il n'était pas intéressé par l'argent « *mais pour le processus et enregistrer mon son, c'est pour les dire aussi* ». Il présente la victime comme « *étant comme mon frère... Je l'avais appelé ma jugulaire. C'était la seule personne que j'ai trouvé de bon* ». Il estime que la situation « *a dérapé à cause de lui... Et à cause d'internet et de l'argent (. ..) Sur YouTube, on dit que je suis un élu et j'ai douté, mais maintenant j'y crois (. ..) mais je reste un rappeur et un artiste* ». Il estime être un prophète mais ne pas y prêter attention « *ou faire quelque chose avec ça* ».

BIOGRAPHIE

Les antécédents familiaux :

Le père de l'intéressé habite Gembloux et est déclaré invalide. Sa mère est séparée de lui depuis quinze ans et est mère au foyer. Elle a 42 ans. L'intéressé estime que ses parents sont ses ennemis et veulent le manipuler : « *et je fais confiance à personne* ». Il ne vit plus avec ses parents depuis une année, disant se « *démerder seul depuis mes 14 ans* ». Il précise que ses parents se sont séparés quand il était âgé de 11 ans.

Il est l'aîné de six enfants, disant ne garder de contacts qu'avec sa sœur cadette qui a huit ans : « *elle, c'est la seule qui est dans mon coeur* ».

Les antécédents personnels :

L'intéressé est né à Etterbeek, le 14/06/1998.

Il nous affirme avoir fait quatre ans de psychologie par internet. Il indique avoir stoppé en quatrième secondaire professionnelle en carrosserie. Il dit avoir eu le CEB sans doubler, en dehors de la cinquième primaire : *« parce que c'était une classe de fous malades, mais pas spéciale... J'avais du mal à me concentrer à cause de la classe »*.

Durant sa scolarité, il évoque trois renvois car il était dissipé et violent, et ce, durant les années secondaires. Il se dit victime d'harcèlement. Il se présente dealer durant sa scolarité : *« on me voit comme une star alors que je dealais... J'étais une tête de gang »*. Il assure de l'absence de soucis d'apprentissages.

Sur le plan financier, il a eu droit au C.P.A.S. pendant quelques mois mais au moment des faits, il assure qu'il n'avait pas de revenus mais qu'il avait un contrat pour ses productions musicales. S'il a des dettes, il explique que ce sont des dettes à sa mère.

À la fin de ses études, il va vivre avec une jeune fille de 16 ans. Il a alors 20 ans et un ami leur a prêté un appartement. Après un an, il rompt car il estime que la jeune fille le manipule. Il évoque avoir eu des consommations de gaz hilarant en 2021. Il justifie un passage en psychiatrie parce qu'on lui « choquait » ses émotions mais il assure que l'observation a permis de rassurer tout le monde et qu'il n'avait pas de maladies.

Il va également essayer la cocaïne mais décrit un bad-trip il y a six mois avec des idéations suicidaires. Depuis deux mois, il avait été hébergé chez la victime, qu'il décrit comme étant un client, pensionné de l'armée où il était infirmier.

Sur le plan sentimental, il se définit célibataire.

Sur le plan professionnel, il affirme avoir connu douze ans de formation à Maastricht mais il ne sera pas possible de savoir quel instrument il a appris ou quel cours il a pu suivre. L'intéressé se présente en artiste où il se présente rappeur et dit : *« de la musique, je peux tout faire... Tout »*. Il se dit passionné depuis *« très longtemps »* et affirme écrire depuis quatre ans. Il indique avoir beaucoup de connaissances et ne pas avoir d'amis : *« c'est des menteurs et des hypocrites qui portent tous des masques... Je le vois et c'est chiant pour eux. Je suis pas dans des illusions »*. Il dit avoir pratiqué tous les arts martiaux, parlant du MMA et du kickboxing.

ANAMNÈSE MÉDICALE :

Dépendances et consommations de substances :

Au premier entretien, l'intéressé affirme ne toucher à aucune drogue et ne pas avoir de problème de boisson. Il précise au psychologue prendre du cannabis auparavant « *et j'allais me suicider* », disant avoir tenté de prendre de la cocaïne « *et ça m'a inspiré* ». Il en prend ponctuellement, disant que cela l'aide avec son art. Il dit avoir pris aussi du protoxyde d'azote qui aurait ouvert sa conscience « *et depuis on sait plus me manipuler* ».

Anamnèse psychiatrique et psychologique :

L'intéressé évoquera un séjour en psychiatrie à Ottignies et en donne pour motif la consommation de protoxyde d'azote.

Il dit avoir demandé un suivi « *pour un diagnostic où on me parle avant de schizophrénie... J'ai eu peur et j'ai été voir* ». Il précise qu'un diagnostic de dépression psychotique lui aurait été donné : « *maintenant, c'est tout normalement. Sauf si je suis inconscient, mais je suis pleinement conscient* ».

L'intéressé évoque une tentative de suicide il y a moins d'un an « *parce qu'il y avait personne autour de moi et on me laisse comme une merde* ». Il dit ne pas l'avoir fait, car il s'est renseigné sur la religion « *et j'ai vu que c'était interdit* ».

Médication :

L'intéressé affirmait ne pas prendre de médicaments mais à un autre moment, il cite un traitement reçu à Ottignies à l'Abilify et au Zyprexa qu'il n'a toutefois pas suivi, médication neuroleptique indiquée dans la schizophrénie.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE :

La collaboration au cours du premier entretien est assez difficile tant l'intéressé est menaçant, imposant son point de vue et déclarant « *ferme ta bouche* » lorsqu'on lui pose une question. Il revendique être l'Élu et être Dieu, parle à un autre moment d'une manipulation psychologique au cours de laquelle la personne essaie de convaincre l'autre que sa réalité est fausse.

Au second entretien, il est nettement plus détendu, pouvant même être hilare à certains moments, répondant à nos questions et se souvenant bien de notre premier entretien, tenant un discours mégalomane.

À noter qu'il va bâiller au premier entretien car il a reçu une injection mais il affirme qu'il prend des forces. Au deuxième entretien, il va déclarer à un moment qu'il a faim et souhaite terminer l'entretien. Il nous réclame alors du chocolat puis nous promet 10.000 €, non pour payer le chocolat mais parce qu'il nous trouve sympathique.

On ne note pas d'hallucinations au cours de l'entretien mais le délire mégalomane est important et permet peu la contradiction tant l'intéressé est convaincu de son point de vue.

Il présente des troubles affectifs sous forme d'une discordance majeure, ne prenant nullement en compte le décès de la personne, vivant son incarcération avec une certaine exaltation, parlant de manière bruyante avec les gardiens mais suivant leurs injonctions.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Tests réalisés

- **SADS-L'** – entretien diagnostique DSM
- **SCID-II (version 2.0)** – troubles de la personnalité
- **SCID-5-CV** – troubles cliniques
- **WAIS-III (forme abrégée Silverstein)** – efficacité intellectuelle
- **Test de Rorschach** – fonctionnement psychique
- **Échelle de psychopathie de Hare (PCL-R)**
- **Échelle d'anxiété de Hamilton (HARS)**
- **Échelle de dépression de Hamilton (HDRS)**
- **SCL-90-R** – symptomatologie psychologique
- **MMPI-2-RF et NEO-PI-3** : non complétés

L'examen clinique met en évidence un tableau psychotique marqué, caractérisé par un délire mégalomane envahissant, une adhésion forte aux idées délirantes et une faible tolérance à la contradiction. Le discours apparaît parfois désorganisé, avec une attitude fluctuante

entre opposition, familiarité et exaltation. Il existe une discordance affective importante et un détachement émotionnel vis-à-vis de certains événements significatifs.

Les évaluations diagnostiques confirment un trouble de l'usage de substances (drogues) associé à un trouble psychotique probable de type schizo-affectif, avec des composantes thymiques à tonalité maniaque. L'intéressé présente une anosognosie marquée et n'est pas en demande de soins.

Le fonctionnement cognitif se situe dans une zone limite (QI estimé autour de 75), avec des capacités homogènes mais susceptibles d'être altérées par la symptomatologie psychiatrique. L'examen projectif met en évidence un mode de pensée peu élaboré, concret et impulsif, avec une faible mentalisation, une tendance à l'immédiateté et une distance émotionnelle. Le rapport à la réalité apparaît altéré, avec des capacités de jugement fortement compromises.

Le fonctionnement de personnalité ne permet pas de conclure à un trouble structuré dans le contexte actuel, mais fait apparaître des traits antisociaux, une impulsivité, une faible planification et une tendance à la transgression. L'évaluation ne met pas en évidence de psychopathie.

Les échelles symptomatiques confirment la présence d'une symptomatologie psychotique active, notamment sur les versants paranoïaque et psychotique. Aucun état anxieux ou dépressif significatif n'est objectivé au moment de l'examen.

Dans ce contexte, le fonctionnement global est fortement désorganisé sur le plan psychopathologique, avec une altération du rapport à la réalité et des capacités de discernement. La situation clinique nécessite la mise en place d'une prise en charge psychiatrique structurée, probablement sous contrainte, centrée sur le trouble psychotique et les conduites addictives.

Annexe 2 - Questionnaire

En vous basant sur ce document relatant le déroulé des faits ainsi que les éléments psychiatriques et psychologiques de l'accusé, veuillez répondre à ces questions. Ces 4 points sont les critères énoncés par l'article 5 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, permettant d'aider le juge dans sa décision finale.

(1) Le premier critère pénal de l'expertise concerne l'existence, au moment des faits et actuellement, d'un trouble mental abolissant ou altérant gravement la capacité de discernement ou de contrôle des actes. Veuillez indiquer si selon vous l'accusé présente un trouble mental ou non, de quel·s trouble·s il s'agit, et s'il a pu altérer ou abolir sa capacité de discernement ou contrôle des actes.

Réponse libre :

Veuillez indiquer si oui ou non, l'accusé était atteint d'un trouble mental, au moment des faits et actuellement, abolissant ou altérant gravement la capacité de discernement ou de contrôle des actes : Oui / Non

Veuillez indiquer l'intensité du trouble mental principal relevé sur une échelle allant de 1 (pas du tout intense) à 7 (tout à fait intense) :

1	2	3	4	5	6	7

(2) Le second critère de l'expertise psychiatrique concerne l'existence d'un lien causal possible entre ce trouble et l'infraction. Veuillez indiquer si selon vous, un lien causal peut être établi, et mesurez l'intensité de ce lien.

Réponse libre :

Veillez graduer l'existence du lien causal entre le trouble potentiel et l'infraction sur une échelle allant de 1 (pas du tout d'existence d'un lien causal) à 7 (existence d'un lien causal) :

1	2	3	4	5	6	7

(3) Le troisième point de l'expertise concerne l'existence d'un risque de récidive dû au trouble, conjugué ou non à d'autres facteurs. Veuillez indiquer si selon vous, l'accusé présente un risque de récidive, et l'intensité de ce risque.

Réponse libre :

Veillez graduer l'existence d'un risque de récidive dû au trouble conjugué ou non à d'autres facteurs, sur une échelle allant de 1 (pas du tout d'existence d'un risque de récidive) à 7 (existence d'un risque de récidive) :

1	2	3	4	5	6	7

(4) Le quatrième point concerne les modalités de traitement, suivi ou soins nécessaires à la réinsertion sociale. Veuillez indiquer les modalités de traitement que vous estimez nécessaire à la réinsertion de l'accusé.

Réponse libre :

Indiquez à quel point ce type de traitement serait recommandé pour l'accusé, sur une échelle de 1 (pas du tout recommandé) à 7 (tout à fait recommandé) :

Traitement médicamenteux :

1	2	3	4	5	6	7

Psychothérapie :

1	2	3	4	5	6	7

Prise en charge des addictions :

1	2	3	4	5	6	7

Interventions psychosociales :

1	2	3	4	5	6	7

Cadre contraint :

1	2	3	4	5	6	7

Debriefing :

Un grand merci pour votre participation ! Le but de cette étude était de voir dans quelle mesure le genre de l'accusé pouvait influencer votre jugement porté sur l'expertise psychiatrique.

Encore merci pour votre aide !

Annexe 3 – Données quantitatives

Modèle linéaire général - Effets du type d'infraction et du genre de l'accusé sur les neuf variables dépendantes

Tests des effets intersujets

Source	Variable dépendante	Somme des carrés de Type III	df	Carré moyen	F	Sig.	Eta-carré partiel
Modèle complet	Intensité	158,258 ^a	5	31,653	19,372	< .001	.814
	Lien	85,045 ^a	5	17,009	9,359	< .001	.434
	Récidive	73,030 ^a	5	14,606	8,951	< .001	.448
	Médicament	323,133 ^a	5	64,627	38,020	< .001	.761
	[Psychothérapie]	24,987 ^a	5	4,997	3,074	.024	.241
	[Prise en charge des assésés]	15,231 ^a	5	3,046	2,344	.052	.181
	[Interventions psychosociales]	70,357 ^a	5	14,071	12,431	< .001	.506
	[Cadre contraint (prison)]	31,626 ^a	5	6,325	6,374	< .001	.343
	[Internement]	305,291 ^a	5	61,019	38,878	< .001	.761
	[Intensité]	1030,058	1	1030,058	630,722	< .001	.912
Constante	Lien	959,247	1	959,247	528,300	< .001	.896
	Récidive	1349,420	1	1349,400	919,326	< .001	.938
	Médicament	732,054	1	732,054	507,287	< .001	.893
	[Psychothérapie]	2117,370	1	2117,370	1641,479	< .001	.964
	[Prise en charge des assésés]	2245,756	1	2245,756	1728,033	< .001	.966
	[Interventions psychosociales]	1794,000	1	1794,000	1503,716	< .001	.903
	[Cadre contraint (prison)]	1040,624	1	1040,624	361,986	< .001	.856
	[Internement]	685,547	1	685,547	432,538	< .001	.876
	[Intensité]	155,438	2	77,719	47,554	< .001	.609
	Lien	83,227	2	41,604	22,916	< .001	.429
Typefaits	Récidive	59,283	2	29,641	13,601	< .001	.438
	Médicament	298,689	2	149,344	92,378	< .001	.752
	[Psychothérapie]	15,050	2	7,525	5,841	.025	.161
	[Prise en charge des assésés]	9,343	2	4,672	3,545	.033	.105
	[Interventions psychosociales]	52,957	2	26,479	27,951	< .001	.478
	[Cadre contraint (prison)]	80,351	2	40,176	18,457	< .001	.758
	[Internement]	320,639	2	160,320	94,042	< .001	.757
	[Intensité]	294	1	294	180	.673	.003
	Lien	300	1	300	185	.686	.003
	Récidive	1,618	1	1,618	1,123	.298	.018
Typefaits * Genre accusé	Médicament	0,09	1	0,09	0,06	.938	.000
	[Psychothérapie]	5,659	1	5,659	4,418	.040	.068
	[Prise en charge des assésés]	2,458	1	2,458	1,922	.171	.031
	[Interventions psychosociales]	4,180	1	4,180	3,603	.059	.057
	[Cadre contraint (prison)]	16,450	1	16,450	5,726	.020	.086
	[Internement]	142	1	142	.030	.756	.001
	[Intensité]	420	2	210	.122	.895	.004
	Lien	654	2	327	.189	.829	.006
	Récidive	579	2	290	.137	.821	.006
	Médicament	7,956	2	3,978	2,540	.087	.077
Typefaits * Genre accusé * Genre accusé	[Psychothérapie]	3,127	2	1,564	1,239	.287	.039
	[Prise en charge des assésés]	4,141	2	2,071	1,593	.212	.050
	[Interventions psychosociales]	2,250	2	1,125	1,012	.389	.032
	[Cadre contraint (prison)]	19,056	2	9,528	3,316	.043	.098
	[Internement]	4,852	2	2,426	1,534	.224	.048
	[Intensité]	89,674	81	1,107			
	Lien	110,747	81	1,368			
	Récidive	89,537	81	1,106			
	Médicament	85,315	81	1,053			
	[Psychothérapie]	70,815	81	1,290			
Erreur	[Prise en charge des assésés]	78,777	81	1,300			
	[Interventions psychosociales]	58,718	81	1,127			
	[Cadre contraint (prison)]	175,380	81	2,875			
	[Internement]	86,691	81	1,585			
	[Intensité]	1346,020	87				
	Lien	1157,020	87				
	Récidive	1051,020	87				
	Médicament	1251,020	87				
	[Psychothérapie]	2225,020	87				
	[Prise en charge des assésés]	2358,020	87				
Total	[Interventions psychosociales]	1857,020	87				
	[Cadre contraint (prison)]	1347,020	87				
	[Internement]	1147,020	87				
	[Intensité]	257,940	86				
	Lien	155,721	86				
	Récidive	152,557	86				
	Médicament	388,448	86				
	[Psychothérapie]	123,672	86				
	[Prise en charge des assésés]	84,527	86				
	[Interventions psychosociales]	139,075	86				
Total corrigé	[Cadre contraint (prison)]	258,985	88				
	[Internement]	224,726	88				
	[Intensité]	257,940	86				
	Lien	155,721	86				
	Récidive	152,557	86				
	Médicament	388,448	86				
	[Psychothérapie]	123,672	86				
	[Prise en charge des assésés]	84,527	86				
	[Interventions psychosociales]	139,075	86				
	[Cadre contraint (prison)]	258,985	88				
	[Internement]	224,726	88				

a. R-carré = .814 (R-carré ajusté = .807)

b. R-carré = .434 (R-carré ajusté = .388)

c. R-carré = .468 (R-carré ajusté = .404)

d. R-carré = .751 (R-carré ajusté = .741)

e. R-carré = .241 (R-carré ajusté = .178)

f. R-carré = .181 (R-carré ajusté = .082)

g. R-carré = .626 (R-carré ajusté = .465)

h. R-carré = .343 (R-carré ajusté = .289)

i. R-carré = .781 (R-carré ajusté = .742)

Test de normalité des résidus (Shapiro-Wilk) - Modèle H1/H2

Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
Résidu pour Intensité	,133	67	,005	,935	67	,002
Résidu pour Lien	,106	67	,057	,980	67	,364
Résidu pour Récidive	,083	67	,200*	,980	67	,347
Résidu pour Médicament	,113	67	,033	,926	67	<,001
Résidu pour Psychothérapie	,117	67	,023	,960	67	,032
Résidu pour Prise en charge des assuétués	,146	67	,001	,895	67	<,001
Résidu pour Interventions psychosociales	,109	67	,045	,981	67	,395
Résidu pour Cadre contraint prison	,128	67	,008	,951	67	,010
Résidu pour Internement	,148	67	<,001	,860	67	<,001
Résidu normalisé pour Intensité	,133	67	,005	,935	67	,002
Résidu normalisé pour Lien	,106	67	,057	,980	67	,364
Résidu normalisé pour Récidive	,083	67	,200*	,980	67	,347
Résidu normalisé pour Médicament	,113	67	,033	,926	67	<,001
Résidu normalisé pour Psychothérapie	,117	67	,023	,960	67	,032
Résidu normalisé pour Prise en charge des assuétués	,146	67	,001	,895	67	<,001
Résidu normalisé pour Interventions psychosociales	,109	67	,045	,981	67	,395
Résidu normalisé pour Cadre contraint prison	,128	67	,008	,951	67	,010
Résidu normalisé pour Internement	,148	67	<,001	,860	67	<,001

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Test de Kruskal-Wallis - Vérification de robustesse pour H1

Tests statistiques ^{a,b}						
	Intensité	Médicament	[Psychothérapie]	[Prise en charge des assuétués]	[Cadre contraint (prison)]	[Internement]
H de Kruskal-Wallis	38,112	41,092	11,023	7,035	13,932	41,525
df	2	2	2	2	2	2
Sig. asymptotique	<,001	<,001	,004	,030	<,001	<,001

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : typefaitsnum

Test du Khi² - Reconnaissance du trouble mental (oui/non) selon le type d'infraction

Tests du khi-carré

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	21,909 ^a	2	<,001
Rapport de vraisemblance	24,772	2	<,001
N d'observations valides	67		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9,72.

Tableau croisé Troublenum * Type faits

		Type faits			Total
		Meurtre	Mœurs	Violence	
Troublenum 0	Effectif	2	15	14	31
	% dans Type faits	8,3%	71,4%	63,6%	46,3%
1	Effectif	22	6	8	36
	% dans Type faits	91,7%	28,6%	36,4%	53,7%
Total	Effectif	24	21	22	67
	% dans Type faits	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Moyennes par type d'infraction et comparaisons post-hoc (H1a-H1d)

Estimations

Variable dépendante	Type faits	Estimations		95% Intervalle de confiance	
		Moyenne	Erreur standard	Borne inférieure	Borne supérieure
Intensité	Meurtre	5,986	,262	5,462	6,510
	Mœurs	2,382	,279	1,823	2,940
	Violence	3,450	,274	2,903	3,997
Lien	Meurtre	5,154	,276	4,602	5,706
	Mœurs	2,423	,294	1,834	3,011
	Violence	3,825	,288	3,248	4,402
Récidive	Meurtre	5,689	,248	5,193	6,185
	Mœurs	4,609	,265	4,080	5,138
	Violence	3,225	,259	2,706	3,744
Médicament	Meurtre	6,346	,256	5,834	6,858
	Mœurs	2,118	,273	1,572	2,664
	Violence	1,900	,268	1,365	2,435
[Psychothérapie]	Meurtre	5,409	,233	4,944	5,874
	Mœurs	5,214	,248	4,717	5,710
	Violence	6,317	,243	5,830	6,803
[Prise en charge des assuétudes]	Meurtre	6,336	,234	5,869	6,803
	Mœurs	5,568	,249	5,070	6,066
	Violence	5,542	,244	5,054	6,030
[Interventions psychosociales]	Meurtre	5,846	,217	5,411	6,281
	Mœurs	3,786	,232	3,323	4,250
	Violence	5,917	,227	5,462	6,371
[Cadre contraint (prison)]	Meurtre	5,014	,347	4,320	5,708
	Mœurs	4,136	,370	3,396	4,877
	Violence	2,725	,363	1,999	3,451
[Internement]	Meurtre	6,154	,258	5,638	6,670
	Mœurs	1,968	,275	1,418	2,518
	Violence	1,517	,270	,978	2,056

Comparaisons multiples de Bonferroni - Effet du type d'infraction

Comparaisons multiples :

Bonferroni

Variable dépendante	(I) Type faits	(J) Type faits	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	95% Intervalle de confiance	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Intensité	Meurtre	Mœurs	3,62 [*]	,382	<,001	2,68	4,56
		Violence	2,55 [*]	,377	<,001	1,62	3,47
	Mœurs	Meurtre	-3,62 [*]	,382	<,001	-4,56	-2,68
		Violence	-1,07 [*]	,390	,023	-2,03	-,11
	Violence	Meurtre	-2,55 [*]	,377	<,001	-3,47	-1,62
		Mœurs	1,07 [*]	,390	,023	,11	2,03
Lien	Meurtre	Mœurs	2,74 [*]	,403	<,001	1,75	3,73
		Violence	1,35 [*]	,398	,004	,37	2,33
	Mœurs	Meurtre	-2,74 [*]	,403	<,001	-3,73	-1,75
		Violence	-1,39 [*]	,411	,004	-2,40	-,38
	Violence	Meurtre	-1,35 [*]	,398	,004	-2,33	-,37
		Mœurs	1,39 [*]	,411	,004	,38	2,40
Récidive	Meurtre	Mœurs	1,09 [*]	,362	,011	,20	1,98
		Violence	2,48 [*]	,358	<,001	1,60	3,36
	Mœurs	Meurtre	-1,09 [*]	,362	,011	-1,98	-,20
		Violence	1,39 [*]	,370	,001	,48	2,30
	Violence	Meurtre	-2,48 [*]	,358	<,001	-3,36	-1,60
		Mœurs	-1,39 [*]	,370	,001	-2,30	-,48
Médicament	Meurtre	Mœurs	4,28 [*]	,374	<,001	3,36	5,20
		Violence	4,47 [*]	,369	<,001	3,56	5,37
	Mœurs	Meurtre	-4,28 [*]	,374	<,001	-5,20	-3,36
		Violence	,19	,381	1,000	-,75	1,12
	Violence	Meurtre	-4,47 [*]	,369	<,001	-5,37	-3,56
		Mœurs	-,19	,381	1,000	-1,12	,75
[Psychothérapie]	Meurtre	Mœurs	,18	,339	1,000	-,65	1,02
		Violence	-,94 [*]	,335	,020	-1,77	-,12
	Mœurs	Meurtre	-,18	,339	1,000	-1,02	,65
		Violence	-1,13 [*]	,346	,006	-1,98	-,27
	Violence	Meurtre	,94 [*]	,335	,020	,12	1,77
		Mœurs	1,13 [*]	,346	,006	,27	1,98
[Prise en charge des assuétudes]	Meurtre	Mœurs	,76	,341	,087	-,08	1,60
		Violence	,74	,336	,093	-,09	1,57
	Mœurs	Meurtre	-,76	,341	,087	-1,60	,08
		Violence	-,02	,348	1,000	-,88	,84
	Violence	Meurtre	-,74	,336	,093	-1,57	,09
		Mœurs	,02	,348	1,000	-,84	,88
[Interventions psychosociales]	Meurtre	Mœurs	2,07 [*]	,317	<,001	1,29	2,85
		Violence	-,08	,313	1,000	-,85	,70
	Mœurs	Meurtre	-2,07 [*]	,317	<,001	-2,85	-1,29
		Violence	-2,15 [*]	,324	<,001	-2,94	-1,35
	Violence	Meurtre	,08	,313	1,000	-,70	,85
		Mœurs	2,15 [*]	,324	<,001	1,35	2,94
[Cadre contraint (prison)]	Meurtre	Mœurs	,81	,507	,346	-,44	2,06
		Violence	2,23 [*]	,500	<,001	1,00	3,46
	Mœurs	Meurtre	-,81	,507	,346	-2,06	,44
		Violence	1,42 [*]	,517	,024	,14	2,69
	Violence	Meurtre	-2,23 [*]	,500	<,001	-3,46	-1,00
		Mœurs	-1,42 [*]	,517	,024	-2,69	-,14
[Internement]	Meurtre	Mœurs	4,21 [*]	,376	<,001	3,29	5,14
		Violence	4,62 [*]	,372	<,001	3,71	5,54
	Mœurs	Meurtre	-4,21 [*]	,376	<,001	-5,14	-3,29
		Violence	,41	,384	,881	-,54	1,35
	Violence	Meurtre	-4,62 [*]	,372	<,001	-5,54	-3,71
		Mœurs	-,41	,384	,881	-1,35	,54

Calcul basé sur les moyennes observées.

Le terme d'erreur est le carré moyen (Erreur) = 1,585.

*. La différence moyenne est significative au niveau ,05.

Effets du genre de l'accusé sur les neuf variables dépendantes (H2)

Estimations					
Variable dépendante	Genre accusé	Moyenne	Erreur standard	95% Intervalle de confiance Borne inférieure	Borne supérieure
Intensité	Femme	3,873	,230	3,413	4,332
	Homme	4,006	,214	3,579	4,433
Lien	Femme	3,733	,242	3,249	4,218
	Homme	3,868	,225	3,418	4,318
Récidive	Femme	4,352	,218	3,916	4,787
	Homme	4,664	,202	4,259	5,068
Médicament	Femme	3,467	,225	3,017	3,916
	Homme	3,443	,209	3,025	3,860
[Psychothérapie]	Femme	5,939	,204	5,531	6,348
	Homme	5,354	,190	4,974	5,733
[Prise en charge des assuétudes]	Femme	5,621	,205	5,211	6,031
	Homme	6,009	,190	5,628	6,390
[Interventions psychosociales]	Femme	5,433	,191	5,052	5,815
	Homme	4,933	,177	4,578	5,287
[Cadre contraint (prison)]	Femme	3,461	,305	2,851	4,070
	Homme	4,456	,283	3,890	5,023
[Internement]	Femme	3,167	,226	2,714	3,619
	Homme	3,259	,210	2,839	3,680

Test du Khi² - Reconnaissance du trouble mental (oui/non) selon le genre de l'accusé

Tableau croisé Troublenum * Type faits

			Type faits			Total
			Meurtre	Mœurs	Violence	
Troublenum 0	Effectif		2	15	14	31
	% dans Type faits		8,3%	71,4%	63,6%	46,3%
1	Effectif		22	6	8	36
	% dans Type faits		91,7%	28,6%	36,4%	53,7%
Total	Effectif		24	21	22	67
	% dans Type faits		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du khi-carré

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	21,909 ^a	2	<,001
Rapport de vraisemblance	24,772	2	<,001
N d'observations valides	67		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9,72.

Interaction entre le genre de l'accusé et le genre du participant

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de Type III	df	Carré moyen	F	Sig.	Eta-carré partiel
Modèle corrigé	Intensité	19,808 ^a	3	6,603	1,747	,167	,077
	Lien	23,064 ^b	3	7,688	2,804	,047	,118
	Récidive	20,465 ^c	3	6,822	3,024	,036	,126
	Médicament	27,696 ^d	3	9,232	1,569	,206	,070
	[Psychothérapie]	9,638 ^e	3	3,213	2,152	,102	,093
	[Prise en charge des assuétudes]	2,715 ^f	3	,905	,621	,604	,029
	[Interventions psychosociales]	5,330 ^g	3	1,777	,837	,479	,038
	[Cadre contraint (prison)]	18,845 ^h	3	6,282	1,595	,199	,071
	[Internement]	28,482 ⁱ	3	9,494	1,589	,201	,070
Constante	Intensité	990,566	1	990,566	262,063	<.001	,806
	Lien	909,989	1	909,989	331,907	<.001	,840
	Récidive	1183,392	1	1183,392	524,648	<.001	,893
	Médicament	749,232	1	749,232	127,313	<.001	,669
	[Psychothérapie]	1824,968	1	1824,968	1222,679	<.001	,951
	[Prise en charge des assuétudes]	1940,805	1	1940,805	1332,035	<.001	,955
	[Interventions psychosociales]	1596,439	1	1596,439	751,998	<.001	,923
	[Cadre contraint (prison)]	927,953	1	927,953	235,597	<.001	,789
	[Internement]	639,468	1	639,468	107,061	<.001	,630
Genre	Intensité	17,098	1	17,098	4,523	,037	,067
	Lien	18,174	1	18,174	6,629	,012	,095
	Récidive	5,697	1	5,697	2,526	,117	,039
	Médicament	12,389	1	12,389	2,105	,152	,032
	[Psychothérapie]	,554	1	,554	,371	,545	,006
	[Prise en charge des assuétudes]	,078	1	,078	,053	,818	,001
	[Interventions psychosociales]	1,159	1	1,159	,546	,463	,009
	[Cadre contraint (prison)]	3,402	1	3,402	,864	,356	,014
	[Internement]	9,062	1	9,062	1,517	,223	,024
Genre*accusé	Intensité	,006	1	,006	,002	,968	,000
	Lien	,043	1	,043	,016	,901	,000
	Récidive	2,664	1	2,664	1,181	,281	,018
	Médicament	,166	1	,166	,028	,867	,000
	[Psychothérapie]	6,434	1	6,434	4,311	,042	,064
	[Prise en charge des assuétudes]	2,265	1	2,265	1,555	,217	,024
	[Interventions psychosociales]	4,950	1	4,950	2,332	,132	,036
	[Cadre contraint (prison)]	11,247	1	11,247	2,856	,096	,043
	[Internement]	1,060	1	1,060	,177	,675	,003
Genre * Genreaccusé	Intensité	,395	1	,395	,105	,748	,002
	Lien	1,459	1	1,459	,532	,468	,008
	Récidive	9,511	1	9,511	4,217	,044	,063
	Médicament	9,798	1	9,798	1,665	,202	,026
	[Psychothérapie]	2,918	1	2,918	1,955	,167	,030
	[Prise en charge des assuétudes]	,145	1	,145	,100	,753	,002
	[Interventions psychosociales]	1,159	1	1,159	,546	,463	,009
	[Cadre contraint (prison)]	,429	1	,429	,109	,742	,002
	[Internement]	13,593	1	13,593	2,276	,136	,035
Erreur	Intensité	238,132	63	3,780			
	Lien	172,727	63	2,742			
	Récidive	142,102	63	2,256			
	Médicament	370,752	63	5,885			
	[Psychothérapie]	94,034	63	1,493			
	[Prise en charge des assuétudes]	91,792	63	1,457			
	[Interventions psychosociales]	133,745	63	2,123			
	[Cadre contraint (prison)]	248,140	63	3,939			
	[Internement]	376,295	63	5,973			
Total	Intensité	1346,000	67				
	Lien	1197,000	67				
	Récidive	1551,000	67				
	Médicament	1251,000	67				
	[Psychothérapie]	2225,000	67				
	[Prise en charge des assuétudes]	2388,000	67				
	[Interventions psychosociales]	1957,000	67				
	[Cadre contraint (prison)]	1347,000	67				
	[Internement]	1147,000	67				
Total corrigé	Intensité	257,940	66				
	Lien	195,791	66				
	Récidive	162,567	66				
	Médicament	398,448	66				
	[Psychothérapie]	103,672	66				
	[Prise en charge des assuétudes]	94,507	66				
	[Interventions psychosociales]	139,075	66				
	[Cadre contraint (prison)]	266,985	66				
	[Internement]	404,776	66				

a. R-deux = ,077 (R-deux ajusté = ,033)

b. R-deux = ,118 (R-deux ajusté = ,076)

c. R-deux = ,126 (R-deux ajusté = ,084)

d. R-deux = ,070 (R-deux ajusté = ,025)

e. R-deux = ,093 (R-deux ajusté = ,050)

f. R-deux = ,029 (R-deux ajusté = ,018)

g. R-deux = ,038 (R-deux ajusté = ,007)

h. R-deux = ,071 (R-deux ajusté = ,026)

i. R-deux = ,070 (R-deux ajusté = ,026)

Statistiques descriptives					
	Genre :	Genre accusé	Moyenne	Ecart type	N
Intensité	Femme	Femme	3,70	1,941	23
		Homme	3,55	1,905	20
		Total	3,63	1,903	43
	Homme	Femme	4,63	2,200	8
		Homme	4,81	1,870	16
		Total	4,75	1,939	24
	Total	Femme	3,94	2,016	31
		Homme	4,11	1,968	36
		Total	4,03	1,977	67
Lien	Femme	Femme	3,57	1,647	23
		Homme	3,30	1,658	20
		Total	3,44	1,637	43
	Homme	Femme	4,38	1,768	8
		Homme	4,75	1,612	16
		Total	4,62	1,637	24
	Total	Femme	3,77	1,687	31
		Homme	3,94	1,772	36
		Total	3,87	1,722	67
Récidive	Femme	Femme	4,43	1,441	23
		Homme	4,05	1,761	20
		Total	4,26	1,590	43
	Homme	Femme	4,25	1,282	8
		Homme	5,50	1,317	16
		Total	5,08	1,412	24
	Total	Femme	4,39	1,383	31
		Homme	4,69	1,721	36
		Total	4,55	1,569	67
Médicament	Femme	Femme	3,52	2,391	23
		Homme	2,80	2,308	20
		Total	3,19	2,353	43
	Homme	Femme	3,62	2,825	8
		Homme	4,56	2,421	16
		Total	4,25	2,541	24
	Total	Femme	3,55	2,461	31
		Homme	3,58	2,489	36
		Total	3,57	2,457	67
[Psychothérapie]	Femme	Femme	5,87	1,217	23
		Homme	5,65	1,089	20
		Total	5,77	1,151	43
	Homme	Femme	6,13	,641	8
		Homme	5,00	1,549	16
		Total	5,37	1,408	24
	Total	Femme	5,94	1,093	31
		Homme	5,36	1,334	36
		Total	5,63	1,253	67
[Prise en charge des assuétudes]	Femme	Femme	5,65	1,555	23
		Homme	5,95	,887	20
		Total	5,79	1,283	43
	Homme	Femme	5,63	1,061	8
		Homme	6,13	1,025	16
		Total	5,96	1,042	24
	Total	Femme	5,65	1,427	31
		Homme	6,03	,941	36
		Total	5,85	1,197	67
[Interventions psychosociales]	Femme	Femme	5,30	1,521	23
		Homme	5,00	1,522	20
		Total	5,16	1,511	43
	Homme	Femme	5,88	,835	8
		Homme	5,00	1,506	16
		Total	5,29	1,367	24
	Total	Femme	5,45	1,387	31
		Homme	5,00	1,493	36
		Total	5,21	1,452	67
[Cadre contraint (prison)]	Femme	Femme	3,43	1,903	23
		Homme	4,15	1,843	20
		Total	3,77	1,888	43
	Homme	Femme	3,75	2,315	8
		Homme	4,81	2,105	16
		Total	4,46	2,187	24
	Total	Femme	3,52	1,981	31
		Homme	4,44	1,963	36
		Total	4,01	2,011	67
[Internement]	Femme	Femme	3,30	2,476	23
		Homme	2,60	2,303	20
		Total	2,98	2,395	43
	Homme	Femme	3,13	2,949	8
		Homme	4,38	2,306	16
		Total	3,96	2,545	24
	Total	Femme	3,26	2,556	31
		Homme	3,39	2,441	36
		Total	3,33	2,476	67

Moyennes par genre de l'accusé - Psychothérapie et cadre contraint (H2d)

3. Type faits * Genre accusé						
Variable dépendante	Type faits	Genre accusé	Moyenne	Erreur standard	95% Intervalle de confiance	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Intensité	Meurtre	Femme	5,818	,385	5,047	6,589
		Homme	6,154	,355	5,445	6,863
	Mœurs	Femme	2,400	,404	1,592	3,208
		Homme	2,364	,385	1,593	3,134
	Violence	Femme	3,400	,404	2,592	4,208
		Homme	3,500	,369	2,762	4,238
Lien	Meurtre	Femme	5,000	,406	4,188	5,812
		Homme	5,308	,374	4,560	6,055
	Mœurs	Femme	2,300	,426	1,448	3,152
		Homme	2,545	,406	1,733	3,358
	Violence	Femme	3,900	,426	3,048	4,752
		Homme	3,750	,389	2,972	4,528
Récidive	Meurtre	Femme	5,455	,365	4,724	6,185
		Homme	5,923	,336	5,251	6,595
	Mœurs	Femme	4,400	,383	3,634	5,166
		Homme	4,818	,365	4,088	5,549
	Violence	Femme	3,200	,383	2,434	3,966
		Homme	3,250	,350	2,551	3,949
Médicament	Meurtre	Femme	6,000	,377	5,246	6,754
		Homme	6,692	,347	5,999	7,386
	Mœurs	Femme	2,600	,395	1,810	3,390
		Homme	1,636	,377	,883	2,390
	Violence	Femme	1,800	,395	1,010	2,590
		Homme	2,000	,361	1,278	2,722
[Psychothérapie]	Meurtre	Femme	5,818	,342	5,133	6,503
		Homme	5,000	,315	4,370	5,630
	Mœurs	Femme	5,700	,359	4,982	6,418
		Homme	4,727	,342	4,043	5,412
	Violence	Femme	6,300	,359	5,582	7,018
		Homme	6,333	,328	5,678	6,989
[Prise en charge des assuétudes]	Meurtre	Femme	6,364	,344	5,676	7,051
		Homme	6,308	,316	5,675	6,940
	Mœurs	Femme	5,500	,361	4,779	6,221
		Homme	5,636	,344	4,949	6,324
	Violence	Femme	5,000	,361	4,279	5,721
		Homme	6,083	,329	5,425	6,741
[Interventions psychosociales]	Meurtre	Femme	6,000	,320	5,360	6,640
		Homme	5,692	,294	5,104	6,281
	Mœurs	Femme	4,300	,336	3,629	4,971
		Homme	3,273	,320	2,633	3,913
	Violence	Femme	6,000	,336	5,329	6,671
		Homme	5,833	,306	5,221	6,446
[Cadre contraint (prison)]	Meurtre	Femme	5,182	,511	4,160	6,204
		Homme	4,846	,470	3,906	5,786
	Mœurs	Femme	3,000	,536	1,928	4,072
		Homme	5,273	,511	4,250	6,295
	Violence	Femme	2,200	,536	1,128	3,272
		Homme	3,250	,489	2,271	4,229
[Internement]	Meurtre	Femme	6,000	,380	5,241	6,759
		Homme	6,308	,349	5,609	7,006
	Mœurs	Femme	2,300	,398	1,504	3,096
		Homme	1,636	,380	,877	2,395
	Violence	Femme	1,200	,398	,404	1,996
		Homme	1,833	,363	1,107	2,560

Effet de la filière d'étude sur les neuf variables dépendantes (H3a)

Tests des effets intersujets						
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de Type III	df	Carré moyen	F	Sig.
Modèle corrigé	Intensité	3,047 ^a	1	3,047	,777	,381
	Lien	,057 ^b	1	,057	,019	,891
	Récidive	2,499 ^c	1	2,499	1,014	,319
	Médicament	2,945 ^d	1	2,945	,484	,489
	[Psychothérapie]	,475 ^e	1	,475	,299	,586
	[Prise en charge des assuétudes]	1,811 ^f	1	1,811	1,270	,264
	[Interventions psychosociales]	,181 ^g	1	,181	,085	,772
	[Cadre contraint (prison)]	3,443 ^h	1	3,443	,849	,360
	[Internement]	6,218 ⁱ	1	6,218	1,014	,319
Constante	Intensité	1088,181	1	1088,181	277,495	< .001
	Lien	988,714	1	988,714	328,335	< .001
	Récidive	1385,543	1	1385,543	562,633	< .001
	Médicament	653,691	1	653,691	140,302	< .001
	[Psychothérapie]	2091,500	1	2091,500	1317,417	< .001
	[Prise en charge des assuétudes]	2281,971	1	2281,971	1600,079	< .001
	[Interventions psychosociales]	1801,853	1	1801,853	843,238	< .001
	[Cadre contraint (prison)]	1080,935	1	1080,935	266,602	< .001
	[Internement]	748,307	1	748,307	122,040	< .001
Filière d'étude	Intensité	3,047	1	3,047	,777	,381
	Lien	,057	1	,057	,019	,891
	Récidive	2,498	1	2,498	1,014	,319
	Médicament	2,945	1	2,945	,484	,489
	[Psychothérapie]	,475	1	,475	,299	,586
	[Prise en charge des assuétudes]	1,811	1	1,811	1,270	,264
	[Interventions psychosociales]	,181	1	,181	,085	,772
	[Cadre contraint (prison)]	3,443	1	3,443	,849	,360
	[Internement]	6,218	1	6,218	1,014	,319
Erreur	Intensité	254,894	65	3,921		
	Lien	195,734	65	3,011		
	Récidive	160,069	65	2,463		
	Médicament	395,503	65	6,085		
	[Psychothérapie]	103,196	65	1,588		
	[Prise en charge des assuétudes]	92,896	65	1,426		
	[Interventions psychosociales]	138,894	65	2,137		
	[Cadre contraint (prison)]	263,542	65	4,054		
	[Internement]	390,559	65	6,132		
Total	Intensité	1348,000	67			
	Lien	1197,000	67			
	Récidive	1551,000	67			
	Médicament	1251,000	67			
	[Psychothérapie]	2225,000	67			
	[Prise en charge des assuétudes]	2388,000	67			
	[Interventions psychosociales]	1957,000	67			
	[Cadre contraint (prison)]	1347,000	67			
	[Internement]	1147,000	67			
Total corrigé	Intensité	257,940	66			
	Lien	195,781	66			
	Récidive	162,567	66			
	Médicament	399,448	66			
	[Psychothérapie]	103,872	66			
	[Prise en charge des assuétudes]	94,507	66			
	[Interventions psychosociales]	139,075	66			
	[Cadre contraint (prison)]	266,985	66			
	[Internement]	404,776	66			

a. R-deux = ,012 (R-deux ajusté = -,003)

b. R-deux = ,000 (R-deux ajusté = -,015)

c. R-deux = ,015 (R-deux ajusté = ,000)

d. R-deux = ,007 (R-deux ajusté = -,008)

e. R-deux = ,005 (R-deux ajusté = -,011)

f. R-deux = ,019 (R-deux ajusté = -,004)

g. R-deux = ,001 (R-deux ajusté = -,014)

h. R-deux = ,013 (R-deux ajusté = -,002)

i. R-deux = ,015 (R-deux ajusté = ,000)

Test du Khi² - Reconnaissance du trouble mental (oui/non) selon la filière d'étude

Tests du khi-carré

	Valeur	df	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,304 ^a	1	,581		
Correction pour continuité ^b	,093	1	,760		
Rapport de vraisemblance	,304	1	,581		
Test exact de Fisher				,628	,380
N d'observations valides	67				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 13,88.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

Vérification de manipulation - Connaissance perçue selon la filière (H3b)

Facteurs intersujets

		N
Filière d'étude	Psychiatrie	30
	Psychologie	37

Tests des effets intersujets

Variable dépendante: Connaissance matière pénale

Source	Somme des carrés de Type III	df	Carré moyen	F	Sig.
Modèle corrigé	55,629 ^a	1	55,629	32,788	<,001
Constante	804,286	1	804,286	474,049	<,001
Filièredétude	55,629	1	55,629	32,788	<,001
Erreur	110,281	65	1,697		
Total	935,000	67			
Total corrigé	165,910	66			

a. R-deux = ,335 (R-deux ajusté = ,325)

Moyenne marginale estimée

Filière d'étude

Variable dépendante: Connaissance matière pénale

Filière d'étude	Moyenne	Erreur standard	95% Intervalle de confiance Borne inférieure	Borne supérieure
Psychiatrie	4,400	,238	3,925	4,875
Psychologie	2,568	,214	2,140	2,995

Corrélations de Spearman entre la connaissance perçue et les neuf variables dépendantes

Corrélations											
			Intensité	Lien	Récidive	Médicament	(Psychothérapie)	(Prise en charge des assués)	(Interventions psychosociales)	(Cadre contraint (prison))	(Internement)
Rho de Spearman	Intensité	Coefficient de corrélation	1,000	,773**	,463*	,888**	,111	,288*	,489**	,194	,783*
		Sig. (bilatérale)	.	<.001	<.001	<.001	,371	,019	<.001	,116	<.001
	Lien	N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
		Coefficient de corrélation	,773**	1,000	,248	,856**	,147	,168	,422*	,108	,531*
	Récidive	Sig. (bilatérale)	<.001		,646	<.001	,237	,189	<.001	,380	<.001
		N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
	Médicament	Coefficient de corrélation	,463**	,248	1,000	,575**	-,254*	,384**	,362	,498**	,639**
		Sig. (bilatérale)	<.001	,045		<.001	,038	,001	,818	<.001	<.001
	(Psychothérapie)	N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
		Coefficient de corrélation	,888**	,856**	,575**	1,000	,040	,306*	,316**	,260*	,842**
	(Prise en charge des assués)	Sig. (bilatérale)	<.001	<.001	<.001		,749	,012	,009	,033	<.001
		N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
	(Interventions psychosociales)	Coefficient de corrélation	,111	,147	-,254*	,040	1,000	,123	,546**	-,429**	-,098
		Sig. (bilatérale)	,371	,237	,638	,748		,321	<.001	<.001	,426
	(Cadre contraint (prison))	N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
		Coefficient de corrélation	,288*	,168	,384**	,306*	,123	1,000	,129	,172	,380*
	(Internement)	Sig. (bilatérale)	,019	,100	,001	,012	,321		,000	,163	,013
		N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
	Connaissance matière pénale	Coefficient de corrélation	,489**	,433**	,663**	,842**	,546**	,129	1,000	-,215	,286*
		Sig. (bilatérale)	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	,009		,081	,020
		N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
		Coefficient de corrélation	,194	,108	,498**	,639**	-,429**	,172	-,215	1,000	,260*
		Sig. (bilatérale)	,116	,380	<.001	,033	<.001	,163	,081		,028
		N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
		Coefficient de corrélation	,783*	,531*	,639**	,842**	,842**	,009	,302*	,286*	1,000
		Sig. (bilatérale)	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	,429	,013	,020	
		N	57	67	67	67	67	67	67	67	67
		Coefficient de corrélation	-,023	-,027	,683	-,127	-,214	,082	-,102	,331**	-,013
		Sig. (bilatérale)	,853	,826	,502	,305	,002	,512	,410	,006	,917
		N	57	67	67	67	67	67	67	67	67

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatérale).
* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatérale).

Test t - Connaissance perçue selon la reconnaissance du trouble mental

Statistiques de groupe					
	Troublenum	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
Connaissance matière pénale	0	31	3,84	1,551	,279
	1	36	3,00	1,531	,255

Test des échantillons indépendants									
Test de Levene sur l'égalité des variances				Test t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	df	Signification p unilatéral	Signification p bilatéral	Différence moyenne	Erreur standard
Connaissance matière pénale	Hypothèse de variances égales	,000	,984	2,222	65	,015	,030	,839	,377
	Hypothèse de variances inégales			2,220	63,270	,015	,030	,839	,378

Tailles d'effet pour échantillons indépendants				
	Standardisation n ^a	Estimation des points	95% Intervalle de confiance Inférieur	Supérieur
Connaissance matière pénale	d de Cohen	1,540	,545	,053
	Correction de Hedges	1,558	,538	,053
	Delta de Glass	1,531	,548	,047

a. Dénominateur utilisé pour estimer les tailles d'effet.
Le d de Cohen utilise l'écart type combiné.
La correction de Hedges utilise l'écart type combiné, plus un facteur de correction.
Le delta de Glass utilise l'exemple d'écart type du groupe témoin (c'est-à-dire le second groupe).

Effet du genre du participant - Modèle combiné filière × genre × connaissance (H3c)

Tests des effets intersujets							
Source	Variable dépendante	Somme des carrés de Type III	df	Carré moyen	F	Sig.	Cla-carré partiel
Modèle corrigé	Intensité	24,712 ^a	4	6,178	1,642	,175	,096
	Lien	22,704 ^b	4	5,676	2,033	,101	,116
	Récidive	13,602 ^c	4	3,400	1,415	,239	,084
	Médecament	25,019 ^d	4	6,255	1,038	,395	,063
	Psychothérapie	10,519 ^e	4	2,630	1,750	,150	,101
	Prise en charge des assuétudes	2,775 ^f	4	,694	,469	,758	,029
	[Interventions psychosociales]	4,247 ^g	4	1,062	,488	,744	,031
	[Cadre contraint (prison)]	48,719 ^h	4	12,180	3,460	,013	,182
	[Interne]n[	21,362 ⁱ	4	5,340	,884	,491	,053
	Constante	175,324	1	175,324	46,607	<,001	,429
	Lien	138,304	1	138,304	49,699	<,001	,446
	Récidive	162,300	1	162,300	67,650	<,001	,621
	Médecament	161,807	1	161,807	26,865	<,001	,302
	Psychothérapie	311,248	1	311,248	207,159	<,001	,773
	Prise en charge des assuétudes	275,484	1	275,484	186,194	<,001	,750
	[Interventions psychosociales]	251,136	1	251,136	115,484	<,001	,651
	[Cadre contraint (prison)]	39,640	1	39,640	11,260	,001	,154
	[Interne]n[	121,564	1	121,564	19,657	<,001	,241
	Connaissance métropolitaine	2,216	1	2,216	,599	,448	,009
	Intensité	,268	1	,268	,096	,758	,002
	Lien	,201	1	,201	,084	,773	,001
	Récidive	5,642	1	5,642	,937	,337	,015
	Médecament	4,315	1	4,315	2,872	,095	,044
	Psychothérapie	,002	1	,002	,002	,969	,000
	Prise en charge des assuétudes	1,366	1	1,366	,628	,431	,010
	[Interventions psychosociales]	31,929	1	31,929	9,073	,004	,128
	[Cadre contraint (prison)]	1,873	1	1,873	,271	,605	,004
	[Interne]n[	2,934	1	2,934	,780	,381	,012
	Intensité	,001	1	,001	,000	,984	,000
	Lien	1,085	1	1,085	,456	,502	,007
	Récidive	5,908	1	5,908	,981	,326	,016
	Médecament	,079	1	,079	,053	,819	,001
	Psychothérapie	1,552	1	1,552	1,049	,310	,017
	Prise en charge des assuétudes	,368	1	,368	,169	,682	,003
	[Interventions psychosociales]	1,567	1	1,567	,445	,507	,007
	[Cadre contraint (prison)]	6,281	1	6,281	1,018	,317	,018
	[Interne]n[	17,163	1	17,163	4,563	,037	,089
	Intensité	21,846	1	21,846	7,661	,007	,113
	Lien	10,277	1	10,277	4,277	,043	,065
	Récidive	15,529	1	15,529	2,578	,113	,040
	Médecament	2,841	1	2,841	1,891	,174	,030
	Psychothérapie	,358	1	,358	,242	,624	,004
	Prise en charge des assuétudes	,109	1	,109	,050	,824	,001
	[Interventions psychosociales]	8,757	1	8,757	2,487	,129	,039
	[Cadre contraint (prison)]	13,041	1	13,041	2,109	,151	,033
	[Interne]n[	1,294	1	1,294	,344	,569	,008
	Intensité	,471	1	,471	,169	,683	,003
	Lien	1,130	1	1,130	,470	,495	,008
	Récidive	,623	1	,623	,004	,951	,000
	Médecament	3,904	1	3,904	2,598	,112	,040
	Psychothérapie	,849	1	,849	,439	,510	,007
	Prise en charge des assuétudes	2,659	1	2,659	1,223	,273	,019
	[Interventions psychosociales]	8,277	1	8,277	2,351	,139	,037
	[Cadre contraint (prison)]	,004	1	,004	,001	,989	,000
	[Interne]n[	233,229	62	3,762			
	Intensité	173,087	62	2,792			
	Lien	148,866	62	2,403			
	Récidive	373,429	62	6,023			
	Médecament	93,152	62	1,502			
	Psychothérapie	91,732	62	1,480			
	Prise en charge des assuétudes	134,828	62	2,175			
	[Interventions psychosociales]	218,266	62	3,520			
	[Cadre contraint (prison)]	393,414	62	6,184			
	[Interne]n[	1346,000	67				
	Intensité	1197,000	67				
	Lien	1551,000	67				
	Récidive	1251,000	67				
	Médecament	2225,000	67				
	Psychothérapie	2300,000	67				
	Prise en charge des assuétudes	1957,000	67				
	[Interventions psychosociales]	1347,000	67				
	[Cadre contraint (prison)]	1147,000	67				
	[Interne]n[	257,940	66				
	Intensité	195,791	66				
	Lien	162,567	66				
	Récidive	398,448	66				
	Médecament	193,872	66				
	Psychothérapie	94,507	66				
	Prise en charge des assuétudes	138,076	66				
	[Interventions psychosociales]	286,985	66				
	[Cadre contraint (prison)]	494,776	66				
	[Interne]n[						

a. R-deux = ,096 (R-deux ajusté = ,037)

b. R-deux = ,116 (R-deux ajusté = ,056)

c. R-deux = ,084 (R-deux ajusté = ,025)

d. R-deux = ,063 (R-deux ajusté = ,002)

e. R-deux = ,101 (R-deux ajusté = ,043)

f. R-deux = ,029 (R-deux ajusté = -,033)

g. R-deux = ,031 (R-deux ajusté = -,032)

h. R-deux = ,182 (R-deux ajusté = ,130)

i. R-deux = ,053 (R-deux ajusté = -,008)

Annexe 4 - Analyses qualitatives

Grille de catégorisation

Cette grille présente, pour chacun des quatre critères légaux de l'expertise psychiatrique, les sous-thèmes identifiés lors de la lecture flottante des réponses ouvertes, avec un exemple de verbatim illustrant chacun. Les identifiants entre crochets (ex. P50) renvoient aux réponses individuelles reproduites intégralement en Annexe suivante.

Critère légal	Sous-thème identifié	Infraction	Exemple de verbatim
Existence d'un trouble mental	Absence de trouble ; alcool/désinhibition distingué d'un trouble psychiatrique	Mœurs	« Il n'y a pas d'éléments suffisants pour dire qu'elle a supprimé sa capacité à comprendre ou contrôler ses actes. » (P1)
	Trouble de l'usage de substances sans altération grave du discernement ; immaturité émotionnelle	Violence	« Un trouble de l'usage de substance oui, mais n'altérant pas son discernement ou contrôle au moment des faits. » (P14)
	Trouble psychotique caractérisé ; idées délirantes, désorganisation psychique	Meurtre	« Il présente plusieurs signes de psychose, comme un délire de grandeur, des idées de persécution. » (P25)
	[Genre] Hypothèses de traumatisme refoulé, hypersexualisation, trouble de l'attachement	Mœurs + Femme	« Son hypersexualisation pourrait être expliquée par un trauma refoulé. » (P37)
Lien causal	Absent ou indirect ; alcool comme facteur de désinhibition plutôt que trouble explicatif	Mœurs	« Il ne semble pas y avoir de lien direct entre un trouble mental et les faits reprochés. » (P1)
	Partiel ou modéré ; impulsivité, consommations, vécu traumatique	Violence	« Il existe un lien partiel puisque son impulsivité et son vécu traumatique semblent avoir influencé sa réaction. » (P17)
	Direct ou important ; passage à l'acte rattaché aux symptômes psychotiques	Meurtre	« Les idées délirantes et la perte de contact avec la réalité ont probablement influencé les faits. » (P29)
	[Genre] Lien causal explicite revendiqué pour la consommation	Mœurs + Femme	« Désinhibition directement liée à l'infraction. Le lien est causal. » (P38)
Risque de récidive	Faible, conditionné à la reprise de consommation d'alcool	Mœurs	« S'il reconsume pas à d'alcool ou si personne ne l'aide, ça peut recommencer. » (P4)
	Variable, de faible à modéré selon le suivi mis en place	Violence	« Le risque est modéré si aucun suivi n'est mis en place. » (P17)
	Élevé, notamment en l'absence de traitement ou si le trouble reste actif	Meurtre	« Le risque est élevé sans soins. L'absence d'adhésion, les antécédents et les troubles actifs augmentent le risque. » (P29)

Critère légal	Sous-thème identifié	Infraction	Exemple de verbatim
Recommandations de traitement	Suivi psychologique ou addictologique ambulatoire	Mœurs	« Une prise en charge de l'addictologique est prioritaire, avec un suivi psychologique en parallèle. » (P3)
	Psychothérapie, régulation émotionnelle, travail sur les consommations	Violence	« Psychothérapie orientée sur la gestion des émotions, suivi des addictions et accompagnement social. » (P15)
	Suivi psychiatrique intensif, hospitalisation, internement, traitement médicamenteux	Meurtre	« Traitement médicamenteux, prise en charge des addictions, suivi psychiatrique structuré et cadre contraint. L'internement me paraît justifié. » (P29)

Réponses ouvertes brutes

Les réponses sont présentées par dossier clinique (type d'infraction × genre de l'accusé), puis par critère légal. Chaque réponse est identifiée par le numéro anonymisé du participant (P + identifiant de réponse).

Dossier Mœurs — Accusé Homme (n = 11)

Existence d'un trouble mental :

[P1] « Il ne semble pas que l'intéressé présente un trouble mental qui aurait pu altérer son discernement au moment des faits. Les différents examens ne mettent pas en évidence de trouble quelconque. Le principal élément relevé concerne une consommation problématique d'alcool. Celle-ci a peut-être influencé son comportement au moment des faits, mais il n'y a pas d'éléments suffisants pour dire qu'elle a supprimé sa capacité à comprendre ou contrôler ses actes. »

[P2] « Selon moi, l'accusé ne présente pas de trouble mental. »

[P3] « Le dossier ne retrouve ni trouble de la personnalité, ni trouble psychotique. L'intoxication alcoolique volontaire ne constitue pas un trouble mental au sens légal. Pas d'abolition du discernement donc »

[P4] « Ce n'est pas évident. Les griffures, le pantalon déchiré, me font penser à un état de conscience altéré, genre pas complètement lui-même. Mais bon, rien de prouvé niveau psychiatrique »

[P5] « Aucun trouble mental structuré selon moi et le déni est incohérent. Explications changeantes = stratégie défensive, non symptôme »

[P6] « *Franchement compliqué. Il n'y a pas de pathologie identifiée à l'examen, mais l'histoire de la pilule inconnue laisse un doute. Je penche pour un trouble transitoire mineur.* »

[P7] « *Pas de trouble, juste consommation d'alcool à surveiller* »

[P8] « *Je dirais trouble de la personnalité antisociale limite, avec l'alcool en plus* »

[P9] « *Trouble de la personnalité narcissique possible mais pas assez marqué pour altérer le discernement.* »

[P10] « *Je ne pense pas qu'il ait un trouble, je pense surtout qu'il ment. Il correspond plutôt à un pervers narcissique, mais ce n'est pas un trouble mental reconnu* »

[P11] « *Peut-être le trouble dissociatif (trou du mémoire)* »

Lien causal

[P1] « *Il ne semble pas y avoir de lien direct entre un trouble mental et les faits reprochés. La consommation d'alcool pourrait avoir joué un rôle dans la situation, notamment en diminuant ses capacités de jugement et de contrôle, mais elle ne correspond pas à un trouble psychiatrique expliquant à elle seule les faits.* »

[P2] « *Pas de lien causal.* »

[P3] « *L'alcool a pu désinhiber mais c'est une consommation volontaire, pas un trouble mental à proprement parler* »

[P4] « *Ouais je pense qu'il y a un lien possible, vu les traces physiques et le trou de mémoire. Pas sûr à 100%* »

[P5] « *Absence de trouble donc absence de lien causal* »

[P6] « *Le lien est incertain, faute de preuve toxicologique solide, mais je ne l'exclus pas totalement.* »

[P7] « *Lien indirect mais insuffisant* »

[P8] « *Oui car effet de l'alcool et de la pilule* »

[P9] « *Je pense que le lien est assez faible* »

[P10] « *Il n'y a pas de lien selon moi* »

[P11] « *Vu qu'il ne se souvient de rien, le lien causal est modéré* »

Risque de récurrence

[P1] « *Le risque de récurrence a plutôt l'air lié à la consommation d'alcool qu'à une problématique psychiatrique. L'intéressé ne présente pas de profil psychiatrique ni de*

troubles majeurs de la personnalité. Un travail sur sa consommation et sur ses comportements sexuels pourrait être utile afin de limiter les risques futurs. »

[P2] *« Le risque de récurrence est petit, mais pas inexistant. »*

[P3] *« Le trouble de l'usage de l'alcool non traité est un facteur de risque possible pour l'avenir »*

[P4] *« S'il reconsume pas à d'alcool ou si personne ne l'aide, ça peut recommencer »*

[P5] *« Profil sexuel à risque: fréquentation de maisons closes, multiples partenaires, absence de remise en question »*

[P6] *« Le trouble de l'usage de l'alcool plus le déni partiel m'inquiètent modérément. »*

[P7] *« Risque moyen »*

[P8] *« Oui je pense que le risque est élevé »*

[P9] *« Assez élevé car le déni est présent »*

[P10] *« La récurrence est quasiment certaine à mon avis, il a même pas l'air de comprendre la gravité »*

[P11] *« Il est possible qu'il récurrence »*

Recommandations de traitement

[P1] *« Une prise en charge autour de la consommation d'alcool et de la prévention de comportements problématiques. Un suivi psychologique ou addictologique pourrait l'aider à mieux comprendre les facteurs ayant pu conduire aux faits et à mettre en place des stratégies pour éviter qu'une situation similaire se reproduise. Il ne semble pas nécessaire d'envisager une prise en charge psychiatrique. »*

[P2] *« Peut-être un suivi pour les addictions, et une peine d'emprisonnement pour l'infraction qu'il a commise. »*

[P3] *« Une prise en charge de l'addictologique est prioritaire, avec un suivi psychologique en parallèle »*

[P4] *« Une cure et un suivi psy »*

[P5] *« Cadre judiciaire strict avec suivi psychologique sur les comportements sexuels »*

[P6] *« Thérapie individuelle et prise en charge de l'alcool, sans nécessité de traitement médicamenteux psychiatrique. »*

[P7] *« Travail sur l'alcool avec suivi des délinquances sexuelles »*

[P8] *« Cure de désintoxication »*

[P9] *« Thérapie avec appuis sur l'alcool et la prison pour les faits de mœurs »*

[P10] *« La prison et peut-être suivi psy »*

[P11] *« Un suivi psychologique et psychiatrique »*

Existence d'un trouble mental

[P37] « *Selon moi, elle a volontairement consommé de l'alcool tout en connaissant les effets et risques que cela représente. Si on se base seulement sur le DSM, elle a un trouble de l'usage de l'alcool; mais dans le contexte de responsabilité de ses actes, je considère qu'elle n'a pas de trouble et a aboli le contrôle de ses actes de manière "volontaire".* »

[P38] « *Trouble de l'usage de substances (alcool, TSUA). => Altération de la capacité de discernement et de contrôle.* »

[P39] « *Aucun trouble mental* »

[P40] « *Sur base des tests, aucun trouble mental n'est retrouvé formellement* »

[P41] « *Alcoolisation au moment des faits mais pas de trouble de personnalité. Le parcours de vie paraît toutefois comme un élément de fragilité.* »

[P42] « *Pas de trouble mental selon les tests. Le récit de la pilule reste flou mais rien ne permet de conclure à une altération grave du discernement.* »

[P43] « *Je trouve le profil assez atypique pour ce type de faits, ce qui m'interroge sur un possible état passager plutôt qu'un fonctionnement habituel.* »

[P44] « *Peut-être un trouble anxieux, vu qu'elle avait l'air stressée pendant l'interrogatoire et qu'elle voulait absolument connaître les résultats ADN* »

[P45] « *Le trouble de l'usage de l'alcool est présent mais n'atteint pas le seuil d'altération grave du discernement. Je pense qu'il y a surtout une vulnérabilité globale à prendre en compte.* »

[P46] « *C'est une question difficile pour moi, parce qu'on me demande de trancher alors qu'une vraie expertise prendrait beaucoup plus de temps et d'entretiens. Malgré tout, les tests ne montrent rien de très marqué, donc je dirais plutôt qu'il n'y a pas de trouble mental au sens strict.* »

Lien causal

[P37] « *Sur ma pratique de 4 ans, je n'ai en tout cas jamais entendu quelqu'un qui a été aussi loin dans ses actes sous l'effet d'alcool. L'alcool peut desinhiber, augmenter le libido, mais les faits ici sont extrêmement graves et faire un lien direct avec l'alcool déresponsabilise l'accusée, ce qui peut nuire encore plus à la victime.* »

[P38] « Désinhibition directement lié à infraction. Le lien est causal. Mais la consommation "n'excuse pas" le comportement. »

[P39] « Lien causal difficile à dire dans la mesure où il n'y a pas de trouble »

[P40] « Pas de lien clair avec un trouble mental »

[P41] « Lien possible via la désinhibition »

[P42] « Pas vraiment de lien »

[P43] « Lien limité plutôt lié à la consommation d'alcool »

[P44] « Oui je pense que le stress a un lien avec ce qu'elle a fait »

[P45] « Lien limité, lié à la consommation volontaire »

[P46] « Pas de réel lien »

Risque de récidive

[P37] « Elle va certainement reconsommer (sauf si elle fait une hospice de sevrage suivi par une postcure avec une approche psychothérapeutique pour travailler ses représentations, chercher un potentiel trauma- son hypersexualisation pourrait être expliquée par un trauma refoulé). Quand elle reconsomme, il y a un grand risque qu'elle reproduise les mêmes fait tant que le potentiel trauma n'est pas traité, ou que la fonction de l'alcool dans sa vie n'est pas explorée. »

[P38] « Risque modéré. Ce qui est inquiétant c'est que l'accusée n'a pas eu conscience des actes. »

[P39] « Risque de récidive plutôt lié à sa problématique addictive, la consommation d'alcool qu'à un trouble »

[P40] « Risque moyen, difficile à évaluer »

[P41] « Risque présent mais je pense qu'un accompagnement pourrait le réduire »

[P42] « Risque présent, le déni est un facteur à surveiller »

[P43] « Je pense que le risque reste modéré »

[P44] « Si elle est encore stressée dans le futur elle pourrait recommencer »

[P45] « Risque présent mais je pense qu'un bon accompagnement pourrait limiter ça efficacement »

[P46] « Le déni et le manque de recul m'inquiètent un peu, donc je pencherais pour un risque présent, sans être extrême non plus. »

Recommandations de traitement

[P37] « - hospitalisation de sevrage - postcure à visée surtout psychothérapeutique: trauma refoulé? EMDR? Représentations de l'alcool? Fonction de l'alcool? Dynamiques familiales? Trouble de l'attachement? Comment elle vit la distance avec sa famille? Bien insérée en Belgique ou se sent isolée? - En fonction de ce qu'on trouve comme éléments, l'orienter vers un lieu de lien? - Suivi psycho 1x/2 sem et psychiatre 1x/mois; psychiatre pour éventuellement mettre en place un traitement contre l'impulsivité, traiter éventuelles insomnies à l'arrêt d'alcool »

[P38] « Suivi pour TSUA et suivi sexo. »

[P39] « Prise en charge des assuétudes en addictologie + suivi psychologique pour entamer un travail sur le déni »

[P40] « Je conseillerais un suivi psychologique approfondi avec psychothérapie »

[P41] « Prise en charge addictologique et un travail avec un psychologue / psychiatre »

[P42] « Thérapie et suivi de l'alcool »

[P43] « Accompagnement psychologique »

[P44] « Un traitement médicamenteux contre l'anxiété et consulter un psy régulièrement »

[P45] « Suivi thérapeutique combiné à une prise en charge de l'addiction, avec un accent sur le soutien plutôt que la contrainte »

[P46] « Je pense qu'un suivi thérapeutique sur la durée serait utile, sans forcément aller jusqu'à l'internement »

Dossier Violence — Accusé Homme (n = 12)

Existence d'un trouble mental

[P12] « Il ne semble pas présenter de trouble mental distinctif et significatif, donc pas d'abolition du discernement. »

[P13] « Non. Il ne semble pas présenter de trouble mental avéré qui aurait pu altérer sa capacité de discernement ou de contrôler ses actes. »

[P14] « Un trouble de l'usage de substance oui, mais n'altérant pas son discernement ou contrôle au moment des faits. »

[P15] « Je retrouve surtout un trouble de l'usage de substances et une certaine immaturité émotionnelle. Je ne vois pas de trouble psychiatrique majeur pouvant abolir le discernement. Son jugement semble globalement conservé. »

[P16] « Je ne retrouve aucun trouble psychotique ni trouble sévère de l'humeur. Le trouble lié aux substances est présent mais n'a pas supprimé le discernement. »

[P17] « Je pense que les difficultés émotionnelles et les antécédents dépressifs existent mais ne constituent pas un trouble abolissant le discernement. »

[P18] « Je pense que les agressions répétées ont laissé une hypervigilance importante. Sans parler d'un PTSD complet, cela a probablement modifié sa façon de percevoir le danger. »

[P19] « Même si aucun trouble psychotique n'est retrouvé, je note une accumulation de facteurs inquiétants : impulsivité, nombreuses armes, consommation, antécédents comportementaux. »

[P20] « Je pense qu'il présente un trouble de la personnalité avec des traits antisociaux et émotionnellement instables. Même si le diagnostic n'est pas posé clairement, plusieurs éléments me font penser à un fonctionnement pathologique qui a pu diminuer son contrôle de ses actes. »

[P21] « Je ne retrouve pas de trouble mental sévère. J'ai davantage l'impression d'un jeune adulte en difficulté, avec des consommations et un parcours de vie instable. »

[P22] « Je distingue clairement les difficultés psychologiques d'un trouble mental au sens de la loi. Les premières existent, le second ne me paraît pas démontré »

[P23] « Je pense qu'il présente une souffrance psychologique importante avec une mauvaise régulation émotionnelle »

Lien causal

[P12] « On peut considérer le trouble d'usage de substances comme facteur de risque de passage à l'acte agressif »

[P13] « Non »

[P14] « Le lien causal ne peut être établi. »

[P15] « La consommation de substances et l'impulsivité ont probablement favorisé le passage à l'acte, mais ce n'est pas le trouble en lui-même qui explique les faits. »

[P16] « Le lien causal existe principalement à travers les facteurs de personnalité et les consommations. »

[P17] « Il existe un lien partiel puisque son impulsivité et son vécu traumatique semblent avoir influencé sa réaction. »

[P18] « Le sentiment de menace me paraît directement lié à sa réaction. »

[P19] « Ces difficultés semblent avoir favorisé directement les faits. »

[P20] « Pour moi, son fonctionnement psychologique est directement impliqué dans le passage à l'acte. L'impulsivité, la difficulté à gérer la frustration et la possession d'armes vont dans ce sens. »

[P21] « *Le passage à l'acte me semble surtout lié aux circonstances, à la colère du moment et au sentiment de menace. »*

[P22] « *Le lien est indirect, via l'impulsivité et les consommations. »*

[P23] « *Le trouble émotionnel a probablement participé à la réaction disproportionnée. »*

Risque de récidive

[P12] « *Risque faible »*

[P13] « *Le risque semble faible de récidive »*

[P14] « *Je pense que la probabilité de récidive est relativement faible, mais pas improbable.*
»

[P15] « *Le risque me paraît faible à modéré, surtout si une consommation de drogues reprend. »*

[P16] « *Le risque est relativement faible car les facteurs dynamiques semblent modifiables.*
»

[P17] « *Le risque est modéré si aucun suivi n'est mis en place. »*

[P18] « *Le risque dépend surtout de la prise en charge du traumatisme. »*

[P19] « *Le risque de récidive reste élevé tant que les facteurs persistent. »*

[P20] « *Je pense que le risque est assez élevé, surtout si rien ne change dans son mode de vie. »*

[P21] « *Je trouve le risque plutôt faible. Il reconnaît les faits, montre des regrets et semble capable de réfléchir à son comportement. »*

[P22] « *Le risque me paraît relativement faible car il montre une capacité d'introspection.*
»

[P23] « *Le risque est modéré sans accompagnement. »*

Recommandations de traitement

[P12] « *Intervention en addictologie, suivi psychosocial (construction d'un projet de vie stable, gestion de l'impulsivité, etc) »*

[P13] « *Un suivi psychologique pourrait aider l'accusé à améliorer ses compétences émotionnelles et relationnelles ainsi que l'aider pour ses assuétudes. Cela favoriserait sa réinsertion sociale. »*

[P14] « *Un suivi psy, avec un accent sur les addictions. »*

[P15] « *Psychothérapie orientée sur la gestion des émotions, suivi des addictions et accompagnement social. »*

[P16] « *Travail sur les addictions, psychoéducation et maintien d'un suivi psychologique.* »

[P17] « *Suivi psychologique, travail sur la gestion de la colère et les consommations.* »

[P18] « *Thérapie centrée sur le traumatisme et addictions* »

[P19] « *Suivi intensif* »

[P20] « *Je proposerais une psychothérapie de longue durée, un suivi psychiatrique et une prise en charge des addictions. Un cadre judiciaire strict me paraît également nécessaire.* »

[P21] « *Je privilégierais un accompagnement psychologique, un travail sur la gestion des émotions et une aide à la réinsertion professionnelle plutôt qu'une approche centrée sur la sanction.* »

[P22] « *Un suivi psychologique semble adapté* »

[P23] « *Travail sur les émotions, estime de soi et addictions.* »

Dossier Violence — Accusée Femme (n = 10)

Existence d'un trouble mental

[P47] « *Au vu des éléments apportés, l'accusée ne semble pas souffrir d'un trouble mental au sens psychiatrique du terme, ni d'un grave trouble de personnalité, ni d'une déficience intellectuelle. Il semble qu'elle au moment des faits, sa capacité de discernement était globalement préservée, bien qu'elle décrive s'être emportée sous le coup de l'émotion. Cette description est probable et cohérente avec le profil dépeint. Il semble que l'accusée présente un profil immature avec une tendance à l'impulsivité et une probable relative difficulté de régulation émotionnelle.* »

[P48] « *Non* »

[P49] « *Je pense qu'elle présente surtout des difficultés émotionnelles et un vécu traumatique. Je ne retiens pas un trouble mental sévère mais une fragilité psychologique.* »

[P50] « *Les difficultés psychologiques existent mais le discernement reste intact.* »

[P51] « *Même si les facteurs émotionnels peuvent expliquer une partie du comportement, les faits restent préoccupants. La présence de plusieurs armes et l'impulsivité témoignent de difficultés importantes dans la gestion des comportements.* »

[P52] « *Je pense que son parcours marqué par plusieurs agressions et un sentiment d'insécurité chronique a pu entraîner une vulnérabilité psychologique importante. Je ne parlerais cependant pas d'une abolition du discernement.* »

[P53] « *Je ne vois pas d'éléments permettant de retenir un trouble mental. Les comportements semblent davantage liés à une mauvaise gestion de la situation et à une impulsivité.* »

[P54] « *Je ne considère pas qu'il existe un trouble mental majeur. Je vois plutôt une personne ayant développé des stratégies de protection inadaptées suite à des expériences négatives.* »

[P55] « *Peut-être un PTSD* »

[P56] « *Le trouble principal me semble être un trouble de l'usage de substances. Les consommations décrites sont importantes et peuvent avoir influencé son fonctionnement émotionnel et comportemental. Je ne retrouve pas d'autre trouble psychiatrique majeur.* »

Lien causal

[P47] « *Il existe selon moi un lien léger entre le profil psychologique de l'accusée et ce dont elle est accusée. Par léger, j'entends que son profil psychologique a favorisé une réaction de type impulsive et agressive, mais que la patiente est toujours capable de discernement.* »

[P48] « *Non* »

[P49] « *Le fait d'avoir été agressée auparavant semble avoir beaucoup influencé sa perception de la menace.* »

[P50] « *Le lien me paraît modéré. Elle semble avoir acheté les armes après plusieurs agressions.* »

[P51] « *Je considère que les difficultés émotionnelles et les consommations ont pu favoriser le passage à l'acte, mais elles ne constituent pas une cause directe.* »

[P52] « *La peur et l'hypervigilance semblent avoir joué un rôle important dans la manière dont elle a interprété la situation.* »

[P53] « *Le lien causal avec un trouble mental est faible. Le passage à l'acte semble principalement lié au contexte immédiat.* »

[P54] « *Le lien causal est présent car son sentiment d'insécurité semble avoir influencé sa réaction, mais il reste indirect.* »

[P55] « *Lien possible mais pas total* »

[P56] « *La consommation peut avoir diminué son contrôle comportemental et augmenté son impulsivité au moment des faits. Mais elle garde une part de responsabilité dans ses choix.*
»

Risque de récidive

[P47] « *Le risque de récidive existe mais est faible. Il est probablement fortement influencé par la manière dont la patiente va vivre l'expertise et le jugement. »*

[P48] « *Faible risque »*

[P49] « *Je pense que le risque est limité si elle bénéficie d'un suivi. »*

[P50] « *Je ne vois pas un risque élevé de récidive. »*

[P51] « *Le risque me semble supérieur à la moyenne en raison de la combinaison entre impulsivité, consommation et accès à des objets dangereux. »*

[P52] « *Le risque me semble modéré mais surtout dépendant de sa capacité à développer d'autres stratégies de gestion du stress. »*

[P53] « *Les faits sont graves mais les facteurs de protection sont nombreux. Je ne considère pas le risque comme particulièrement élevé. »*

[P54] « *Je pense que le risque de récidive est faible car elle semble capable de reconnaître les conséquences de ses actes et de réfléchir dessus. »*

[P55] « *Risque dépend la capacité à gérer le stress et l'insécurité. »*

[P56] « *Le risque dépend d'une reprise des consommations. Sans suivi, le risque pourrait augmenter. »*

Recommandations de traitement

[P47] « *Une confrontation aux effets du comportement, une médiation avec la victime, peut avoir une vertu psychoéducative importante pour l'accusée. Une psychothérapie pourrait également l'aider à acquérir de meilleure compétence de régulation émotionnelle et de limiter très fortement les risques de récidives. Il me paraît par contre peu pertinent d'imposer ce type de traitement, dont la réussite dépend beaucoup de l'engagement de la personne dans un travail personnel. »*

[P48] « *Séances de psychothérapie »*

[P49] « *Une psychothérapie et un suivi psychosocial semblent être adaptés »*

[P50] « *Un suivi psychologique serait indiqué pour travailler l'impulsivité et les stratégies d'adaptation. Une prise en charge des consommations serait utile mais il n'y a pas d'indication d'un traitement psychiatrique lourd. »*

[P51] « *Je recommanderais un suivi psychologique avec un travail sur le contrôle des impulsions et la gestion de la colère. Une prise en charge addictologique est également nécessaire. Un cadre judiciaire peut être utile afin d'assurer un suivi et prévenir une récidive. »*

[P52] « Je recommanderais une psychothérapie centrée sur le traumatisme et la régulation émotionnelle. Un accompagnement social pourrait également aider à stabiliser son quotidien. Je ne pense pas qu'une prise en charge institutionnelle lourde soit nécessaire. »

[P53] « Je privilégierais un accompagnement psychologique et social plutôt qu'une réponse uniquement judiciaire. Le travail sur les consommations pourrait diminuer les facteurs de risque futurs. »

[P54] « Une psychothérapie permettrait de travailler les expériences passées et de développer des réponses plus adaptées face aux situations stressantes. Je privilégierais une approche ambulatoire avec un accompagnement progressif. »

[P55] « Psychothérapie centrée sur le trauma et prise en charge des consommations de substance »

[P56] « La priorité serait une prise en charge des addictions avec un suivi psychologique associé. Un traitement médicamenteux pourrait être envisagé uniquement si des symptômes anxieux ou dépressifs apparaissent. Je ne vois pas d'indication à un internement. »

Dossier Meurtre — Accusé Homme (n = 13)

Existence d'un trouble mental

[P24] « Il avait déjà des troubles mentaux avant les actes, ça a affecté selon moi sa capacité de discernement. Il doit avoir un trouble qui fait qu'il pense que tout le monde est contre lui. »

[P25] « On peut penser que l'inculpé souffrait bien d'un trouble mental au moment des faits, qui est encore présent aujourd'hui. Il présente plusieurs signes de psychose, comme un délire de grandeur, des idées de persécution et un discours parfois difficile à suivre. Tout cela a probablement eu un impact important sur son discernement et sur sa capacité à contrôler ses actes au moment des faits. »

[P26] « Oui je pense qu'il est atteint d'un trouble mental, peut être de schizophrénie. Cela a pu sûrement pu abolir sa capacité de discernement. »

[P27] « Il me paraît probable que l'accusé présente un trouble mental, plus spécifiquement un trouble schizo-affectif. En l'absence de traitement, les idées délirantes altèrent le jugement/discernement. Le contrôle des actes semble également affecté par l'humeur haute que présente le patient : risque augmenté de passage à l'acte impulsif. »

[P28] « Oui. Hypothèse de phase maniaque vs trouble schizophréniforme. Les deux sont associés à une altération de la perception de la réalité et pouvant impacter la capacité de discernement. »

[P29] « Oui. Le tableau évoque un trouble psychotique actif, avec idées délirantes mégalomaniaques et désorganisation. La capacité de discernement semble gravement altérée, au moment des faits comme actuellement. »

[P30] « il semble présenter un trouble psychotique, mais pas d'abolition complète. L'altération du discernement paraît néanmoins très importante. »

[P31] « L'accusé présente un trouble du spectre de la schizophrénie ou un trouble schizo-affectif avec délire mégalomaniaque et de persécution. Ses capacités de discernement et de contrôle étaient abolies au moment des faits. »

[P32] « Diagnostic probable de trouble schizo-affectif (type maniaque) non traité (rupture de neuroleptiques). Discours discordant, désorganisation et déconnexion du réel altérant gravement son contrôle. »

[P33] « Trouble psychotique sous-jacent, mais avec des traits de personnalité antisociaux et une consommation toxique. Altération grave du discernement plutôt qu'abolition totale. »

[P34] « Décompensation psychotique active sur fond d'efficiences intellectuelle limite. L'ensemble abolit totalement la capacité de juger de la portée de ses actes »

[P35] « Trouble psychotique induit par des substances ou trouble schizo-affectif exacerbé par la cocaïne/cannabis. Discernement gravement altéré. »

[P36] « Présence de troubles psychotiques (délire mégalomaniaque, discordance) ayant altéré gravement le contrôle de ses actes au moment du conflit »

Lien causal

[P24] « le lien est sûrement l'argent qui devait lui arriver »

[P25] « Il semble qu'il y ait un lien entre son trouble mental et les faits. Même si le conflit est parti d'un problème d'argent, l'inculpé interprète la situation à travers ses idées délirantes. Sa manière de voir la réalité était donc probablement altérée, ce qui a pu favoriser le passage à l'acte. »

[P26] « Oui car le trouble a pu avoir comme conséquence un manque de contrôle sur ses actes et par conséquent de faits comme de la violence etc »

[P27] « Les symptômes me semblent liés au passage à l'acte. Je n'observe pas un lien causal absolu (la victime n'est pas au centre du délire de l'accusé) mais les idées de persécution, l'humeur haute et la difficulté de gestion de la frustration ont eu un impact sur le passage à l'acte à mon sens. »

[P28] « Altération de la perception de la réalité, sentiment que la personne fait obstacle à la réalisation de "prophétie/mission/but" insupportable. »

- [P29] « *Le lien causal paraît important. Les idées délirantes et la perte de contact avec la réalité ont probablement influencé les faits.* »
- [P30] « *Le lien existe probablement, même si le contexte relationnel et les substances ont aussi joué un rôle.* »
- [P31] « *Le passage à l'acte est directement articulé autour du délire* »
- [P32] « *Lien fort : le conflit financier matériel a été amplifié et réinterprété à travers une grille de lecture délirante et de persécution.* »
- [P33] « *Lien modéré à fort* »
- [P34] « *Lien direct entre la perception altérée de la réalité (sentiment de menace sur son "être") et la réaction physique disproportionnée* »
- [P35] « *Lien causal du à la désinhibition liée aux toxiques combinée au délire de grandeur/paranoïa qui a déclenché l'agression* »
- [P36] « *Lien partiel, une dispute d'argent classique a dégénéré, mais la violence des coups et l'absence de culpabilité sont dictées par le délire* »

Risque de récurrence

- [P24] « *il y'a une énorme risque de récurrence.* »
- [P25] « *À mon avis, le risque de récurrence reste important tant que son trouble n'est pas pris en charge. Le fait qu'il ne reconnaisse pas vraiment ses difficultés, qu'il ait arrêté son traitement et qu'il ait consommé des drogues augmente ce risque. En revanche, un suivi adapté pourrait permettre de le diminuer.* »
- [P26] « *Oui car il n'a pas l'air d'être ancré dans la réalité et semble assez instable* »
- [P27] « *En l'absence de traitement et d'amélioration clinique, l'accusé me semble à risque de récurrence. L'absence de recul et l'attribution erronée du décès à des facteurs extérieurs me semblent des facteurs de mauvais pronostic. Les traits de personnalité sont difficiles à évaluer compte tenu de l'aspect décompensé des symptômes et donc je ne peux en évaluer l'impact sur le risque de récurrence.* »
- [P28] « *Récurrence possible en l'absence de traitement.* »
- [P29] « *Le risque est élevé sans soins. L'absence d'adhésion, les antécédents et les troubles actifs augmentent le risque.* »
- [P30] « *il existe un risque réel de récurrence* »
- [P31] « *Risque élevé en l'absence de soin, en raison de l'anosognosie, des idéations délirantes actives et de la consommation de substances.* »
- [P32] « *Risque important lié au refus d'adhésion thérapeutique, à l'impulsivité et au contexte de précarité/substances.* »

[P33] « *Risque très élevé en raison de l'histoire de violence (renvois, IPPJ), de l'absence de remords/discordance affective et du milieu de vie marginal* »

[P34] « *Élevé tant que le patient reste non conscient de son état et isolé socialement sans soutien quotidien.* »

[P35] « *Très dépendant de la consommation de drogues. La récurrence est quasi certaine.* »

[P36] « *Risque présent du fait de l'impulsivité, du manque de compréhension de la gravité des faits et de l'instabilité générale* »

Recommandations de traitement

[P24] « *un suivi constant avec une aide ou autre et des médicaments adaptés. De plus des aides.* »

[P25] « *Je pense qu'une prise en charge est possible, mais elle devra être assez importante. Un traitement médicamenteux, un suivi psychiatrique et psychologique ainsi qu'un accompagnement pour les consommations de substances semblent nécessaires. Une fois son état stabilisé, un travail sur la réinsertion sociale pourrait être envisagé.* »

[P26] « *Il devrait être interné dans un hôpital psychiatrique avec un suivi de son traitement sur du long terme* »

[P27] « *- Un traitement neuroleptique dépôt efficace, probablement mis en place au sein d'une hospitalisation psychiatrique en milieu fermé - Un suivi psychiatrique régulier ambulatoire pour évaluer les capacités de réinsertion du patient et la bonne prise du traitement médicamenteux* »

[P28] « *Indication d'un traitement adapté (médicamenteux et thérapeutique), non compliance au soins mais présence de dangerosité > Traitement sous contrainte selon critères de la loi.* »

[P29] « *Traitement médicamenteux, prise en charge des addictions, suivi psychiatrique structuré et cadre contraint. L'internement me paraît justifié.* »

[P30] « *Il faudrait un suivi psychiatrique, une médication et une prise en charge des addictions.* »

[P31] « *Un cadre contraint est indispensable. Traitement antipsychotique pour stabiliser le délire, suivi d'une prise en charge des addictions et d'un accompagnement psychosocial.* »

[P32] « *Traitement neuroleptique injectable à longue action (APAG), sevrage des substances et stabilisation en milieu fermé.* »

[P33] « *Mesures de sécurité strictes. Internement nécessaire pour l'obligation de soins, avec un focus sur la structuration du cadre de vie et la gestion de la violence.* »

[P34] « *Prise en charge globale adaptée au niveau cognitif : psychoéducation et un étayage social* »

[P35] « *Double prise en charge : addictologie et stabilisation pharmacologique de la psychose.* »

[P36] « *Internement dans une unité adaptée permettant d'allier soins psychiatriques, sevrage et travail sur la prise de conscience des faits* »

Dossier Meurtre — Accusée Femme (n = 11)

Existence d'un trouble mental

[P57] « *Non, l'accusée ne souffre d'aucun trouble mental, hormis un trouble de l'usage de l'alcool. Au moment des faits, sa capacité de contrôle a été fortement altérée par une désinhibition chimique due à une intoxication aiguë et volontaire (alcool + pilule), mais son discernement n'était pas aboli par une maladie psychiatrique/psychologique.* »

[P58] « *L'accusé présente et a présenté au moment des faits un trouble mental. Ce trouble mental est le plus probablement un trouble du spectre schizophrénique (schizophrène versus trouble trouble schizo-affectif) et ce trouble a très certainement fortement altéré sa capacité de discernement et de contrôle de ses actes.* »

[P59] « *Oui. Trouble délirant avec contenu mégalomane, pouvant rentrer dans un trouble bipolaire ou trouble schizo-affectif. La capacité de discernement pourrait être abolie.* »

[P60] « *Selon moi on peut être face à différents troubles : un trouble d'addiction aux drogues dures, trouble schizoïde ou un trouble de la personnalité important. Dans les trois cas, je dirais que oui, ces troubles non-traités peuvent altérer le discernement ou contrôle des actes.* »

[P61] « *Trouble psychotique avec délire mégalomane, mystique et paranoïaque. Il est possible que cela alterne le discernement et le contrôle des actes.* »

[P62] « *L'accusée présente une décompensation psychotique aiguë (type schizo-affectif) avec délire de persécution et mégalomanie. Ses capacités de discernement étaient abolies au moment des faits.* »

[P63] « *Épisode psychotique aigu sur fond de trouble schizo-affectif non traité. Abolition totale du discernement et du contrôle des actes au moment de l'infraction.* »

[P64] « *Trouble psychotique combiné à un trouble de l'usage de substances. Altération grave de la capacité de contrôle de ses actes.* »

[P65] « *Décompensation psychotique. La perte d'imputabilité est manifeste : sous la menace d'une dissolution de sa propre identité (son "moi"), le sujet se retrouve plongé dans l'angoisse qui supprime toute fonction de jugement et de contrôle* »

[P66] « *Diagnostic de trouble schizo-affectif avec délire paranoïaque et mégalomaniaque actif, aggravé par une anosognosie et un QI limite. Discernement totalement aboli lors des faits et actuellement.* »

[P67] « *les éléments ne permettent pas d'affirmer avec certitude l'existence d'un trouble mental ayant totalement aboli le discernement au moment des faits* »

Lien causal

[P57] « *Oui, il y a un lien de causalité direct entre son trouble de l'usage de l'alcool et l'infraction. En temps normal, elle est capable de se contrôler. Lors de l'infraction, l'alcool ainsi que la pilule ont complètement éteint son contrôle de soi. Sans cette ivresse massive, et elle le dit elle-même, elle n'aurait jamais agressé cette fille. L'intensité de ce lien est très forte, puisque c'est l'alcool qui a tout déclenché.* »

[P58] « *Un lien causal peut être établi entre le trouble mental et ses manifestations, et l'infraction. Les idées délirantes présentées par l'accusé ont potentiellement induit une distorsion de réalité amenant l'accusé à une logique interne soutenant l'émergence d'une pulsion de passage à l'acte, et l'instabilité thymique, ainsi que la mégalomanie, ont potentiellement majoré le propension à acter ce passage à l'acte.* »

[P59] « *Le lien causal n'est pas impossible. La personne semble fortement adhérente au délire ce qui peut précipiter les passages à l'acte hétéroagressif.* »

[P60] « *Oui je pense qu'un lien causal peut être clairement établi au vu de sa réalité qui est complètement différente de la nôtre.* »

[P61] « *Un lien peut être établi, d'intensité modérée.* »

[P62] « *Lien causal direct : l'acte violent s'inscrit dans un sentiment de menace vitale et de défense du "moi" face à une persécution perçue.* »

[P63] « *Le lien causal est direct. Le délire de grandeur et la persécution ont dicté la réaction face au conflit financier.* »

[P64] « *Lien fort, mais renforcé par la désinhibition liée aux toxiques et l'instabilité émotionnelle.* »

[P65] « *L'acte agressif s'apparente à une défense ultime face à un risque perçu d'effondrement psychique. Le passage à l'acte physique traduit directement la tentative d'annihiler la menace persécutrice externe.* »

[P66] « *La violence est la conséquence directe du vécu persécutif et du sentiment d'agression ressenti par le sujet. »*

[P67] « *Lien causal très faible ou indirect. »*

Risque de récurrence

[P57] « *Oui, il y a un risque de récurrence dont l'intensité est modérée. Ce risque n'est pas lié à sa personnalité, mais il dépend entièrement de sa consommation d'alcool. Si elle soigne son problème de boisson, le risque tombe à zéro. Si elle recommence à boire massivement (comme c'était le cas lors de l'infraction), le risque est présent. »*

[P58] « *Le risque de récurrence semble fortement élevé au vu de l'intensité de la symptomatologie, de sa propension très envahissante sur le fonctionnement psychique de l'individu et de la quasi absence de conscience morbide. »*

[P59] « *Le risque de récurrence me paraît important. Étant donné le tempérament impulsif et le fait que les médications n'ont jamais été conduites, donnant un risque majeur de décompensation si il n'y a pas un suivi établi. Prendre en compte également son passage en IPPJ. »*

[P60] « *Le risque de récurrence est clairement présent selon moi tant que le ou les troubles(s) n'auront pas été diagnostiqués et traités »*

[P61] « *Risque de récurrence, dépendant du suivi psychiatrique et médicamenteux »*

[P62] « *Risque modéré à élevé, principalement lié au manque d'adhésion au traitement et à la consommation de substances, plutôt qu'à un profil criminel ancré. »*

[P63] « *Risque moyen. Si le trouble psychotique est stabilisé par la médication, le risque de passage à l'acte violent diminue fortement. »*

[P64] « *Risque élevé en cas de retour dans un milieu marginal, de précarité et de poursuite des consommations de toxiques. »*

[P65] « *Le danger de passage à l'acte subsiste tant que l'instance délirante sert d'unique béquille à son psychisme et qu'aucune contenance extérieure ne vient pallier ses failles structurales. »*

[P66] « *Risque très élevé sans traitement : absence de conscience du trouble, rupture médicamenteuse et consommations toxiques associées. »*

[P67] « *Risque de récurrence élevé »*

Recommandations de traitement

[P57] « Le traitement indispensable repose sur une prise en charge spécialisée en addictologie pour son trouble de l'usage de l'alcool, combinée à une thérapie psychologique visant à gérer ses pulsions et travailler sur la reconnaissance de son problème. À cela s'ajoute également un accompagnement psychosocial pour maintenir son insertion professionnelle (qui est excellent) et éviter que des sources de stress (retards financiers, amendes...etc) pourraient déclencher des prises d'alcool. Ce suivi doit se faire sous forme de consultations ambulatoires obligatoires. »

[P58] « Il est nécessaire que l'accusé bénéficie d'une prise en charge psychiatrique soutenue : - intégration d'un milieu de soins psychiatriques résidentiels - sevrage des toxiques - prise d'une médication antipsychotique, éventuellement combinée à un thymorégulateur selon la évolution clinique - suivi psychologique de longue durée (idéalement individuel et de groupe) - thérapies occupationnelle et institutionnelle »

[P59] « Cette personne devrait avoir un maintien/traitement sous condition rentrant dans un trajet de soin interné. Avec un traitement dépôt par injection musculaire à faire tous les x semaines. Ceci afin de s'assurer d'une stabilité clinique mais également une psychothérapie pour la gestion émotionnelle. »

[P60] « Diagnostic et traitement médicamenteux selon le trouble (anti-psychotiques ?). Avec admission en soins de psychiatrie afin de contrôler l'observance des médicaments. Un suivi psychologique est essentiel également afin de creuser côté relationnel et affectif. Une fois le trouble psychotique traité, absolument rechercher un trouble dépressif et/ou anxieux qui n'apparaît pas en ce moment. Traiter ceux-ci également. La réinsertion sociale est possible mais me paraît peu probable avant une longue prise-en-charge. »

[P61] « Suivi psychiatrique hebdomadaire ainsi qu'un traitement médicamenteux neuroleptique. »

[P62] « Un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intensif en milieu protégé, associé à une prise en charge des addictions et une reconstruction du réseau social. »

[P63] « Médication antipsychotique obligatoire et hospitalisation sous contrainte initiale. »

[P64] « Internement en structure fermée au départ, axé prioritairement sur le sevrage et la restructuration du cadre de vie. »

[P65] « Une mesure d'internement au sein d'un établissement psychiatrique sécurisé est primordiale pour offrir un étayage institutionnel solide, instaurer un suivi chimiothérapeutique et tenter un travail de mentalisation au long cours. »

[P66] « Internement indispensable. Neuroleptiques injectables à longue action, sevrage toxique et hébergement structuré. »

[P67] « L'internement semble adéquat »

Commentaires additionnels des participants :

À la fin du questionnaire, un espace libre permettait aux participants d'ajouter un commentaire optionnel. Sur 67 participants, 4 ont utilisé cet espace. Ces commentaires sont reproduits ci-dessous, avec le dossier clinique correspondant.

[P1] Dossier Mœurs — Homme : « *Malgré les propositions de traitement proposées, la prison sera sans doute d'application, mais je pense pas que cela soit la bonne solution, pour n'importe quel auteur d'infraction. »*

[P37] Dossier Mœurs — Femme : « *Si on se base seulement sur le trouble de l'usage de l'alcool, la question de responsabilité se pose, et cet usage ne justifie pas ses actes donc elle doit aller en prison. Mais la situation nécessite une investigation plus détaillée à la recherche d'un trauma, ou d'une phase hypomane, ou de psychose. C'est ce qui justifierait un internement plutôt que le prison. Un centre de psychiatrie légale (plutôt que l'annexe psychiatrique de prison) pourrait être le premier pas, ensuite peut être l'unité de moyen séjour à Manage pour la réinsertion avant la libération à l'essai. Le sevrage peut être fait dans ces centres, puis une postcure à visée psychothérapeutique doit être mise en place. »*

[P39] Dossier Mœurs — Femme : « *Plusieurs fois en répondant, je me suis dit que si la personne décrite dans la vignette avait été un homme, on l'aurait vue comme un criminel plutôt que comme quelqu'un de malade. »*

[P40] Dossier Mœurs — Femme : « *Étude intéressante »*

[P58] Dossier Meurtre — Femme : « *Étude très intéressante. Je serais curieux d'en connaître les résultats. Le dernier point m'évoque par ailleurs le très faible niveau de formation des médecins psychiatres aux questions légales et pénales dans le cursus « de base ». Bon courage pour votre mémoire ! »*

Romainville Lola, août 2026

Influence de la subjectivité sur l'expertise psychiatrique

Promotrice : Professeure Sonja Bitzer

L'expertise psychiatrique forensique, bien que mandatée pour éclairer objectivement des questions telles que la responsabilité pénale ou la dangerosité, reste traversée par une part irréductible de subjectivité clinique. Ce mémoire examine dans quelle mesure la nature de l'infraction, le genre du prévenu et les caractéristiques de l'évaluateur influencent les jugements formulés dans le cadre d'une expertise psychiatrique simulée, selon les quatre critères de la loi belge du 5 mai 2014. Une méthode expérimentale par vignettes cliniques, combinée à une analyse de contenu des justifications ouvertes, a été soumise à des étudiants en psychologie et en psychiatrie. Les résultats révèlent un effet de la nature de l'infraction sur l'ensemble des critères mesurés, tandis que le genre du prévenu n'exerce qu'une influence limitée et fragile, se manifestant surtout en interaction avec le genre de l'évaluateur et le type d'infraction. Contrairement à l'hypothèse initiale, la formation disciplinaire de l'évaluateur ne produit aucun effet significatif ; en revanche, le genre de l'évaluateur s'avère être le facteur le plus robuste parmi les caractéristiques testées, sans toutefois se traduire par des différences dans le contenu explicite du raisonnement clinique. Ces résultats invitent à déplacer une partie de la réflexion sur les biais de genre en expertise psychiatrique, de la personne évaluée vers l'évaluateur lui-même.