



DANGEROUSITÉ PSYCHIATRIQUE ET PRÉDICTIONNÉ

Mélanie Voyer *et al.*

John Libbey Eurotext | *L'information psychiatrique*

2009/8 - Volume 85
pages 745 à 752

ISSN 0020-0204

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-8-page-745.htm>

Pour citer cet article :

Voyer Mélanie *et al.*, « Dangerousité psychiatrique et prédictivité »,
L'information psychiatrique, 2009/8 Volume 85, p. 745-752.

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Dangerosité psychiatrique et prédictivité

Mélanie Voyer¹, Jean-Louis Senon², Christelle Paillard¹, Nemat Jaafari³

RÉSUMÉ

L'évaluation de la dangerosité est au centre de nombreux débats, au sein du monde judiciaire mais également au sein de la psychiatrie. Le lien entre trouble mental et violence a été mis en évidence dans la littérature, mais de nombreux facteurs sont impliqués dans l'augmentation du risque de violence et la maladie mentale seule ne peut prédire un risque de violence future. L'évaluation de la dangerosité psychiatrique, ou plutôt du risque de violence, implique l'étude des différents facteurs de risque de violence, lors d'un entretien clinique qui pourra s'appuyer sur l'utilisation d'instruments actuariels ou d'entretien semi-structurés.

Mots clés : dangerosité, violence, troubles mentaux, évaluation

ABSTRACT

Psychiatric dangerousness and prediction. The assessment of dangerousness is the subject of many debates, not only within the criminal system but also in psychiatry. The relationship between mental illness and violence has been underlined in the scientific literature. However, many factors are implicated in the increase of violence risk, and severe mental illness which has not independently predicted future violent behaviour. The assessment of psychiatric dangerousness, or instead the violent risk assessment, should be focused on the study of different risk factors, during a clinical interview, based on actuarial instruments or semi-structured interview.

Key words: dangerousness, violence, mental disorder, assessment

RESUMEN

Peligrosidad psiquiátrica y predicatividad. La evaluación de la peligrosidad está en el centro de numerosos debates, dentro del mundo judicial pero también dentro de la psiquiatría. El vínculo entre trastorno mental y violencia se ha evidenciado en la literatura, pero están implicados numerosos factores en el aumento del riesgo de violencia y la enfermedad mental sin más no puede predecir un riesgo de violencia ulterior. La evaluación de la peligrosidad psiquiátrica o más bien del riesgo de violencia supone el estudio de diferentes factores de riesgo de violencia durante una entrevista clínica que podrá asentarse en la utilización de instrumentos actuariales o de entrevistas semi-estructuradas.

Palabras claves : peligrosidad, violencia, trastornos mentales, evaluación

¹ Chef de clinique assistant des hôpitaux en psychiatrie
<mel.voyer@wanadoo.fr>

² Professeur de psychiatrie

³ Maître de conférences de psychiatrie
Faculté de médecine, Université de Poitiers, SHUPPM CHHL BP 587, 86021 Poitiers

Tirés à part : M. Voyer

Le concept de dangerosité est né au XIX^e siècle, dans un contexte de défense sociale, de volonté de protection de la population contre le crime. Les aliénistes ont adhéré à cette volonté de défendre la société contre les individus dangereux et pour eux, la place occupée par la dangerosité s'est accrue après la loi de 1838 qui les a transformés, selon M. Foucault, en « fonctionnaires de l'hygiène publique (...) chargés de contrôler tout ce qui est désordre, ce qui est danger ». La psychiatrie porte alors un jugement sur les risques sociaux, la maîtrise du danger devant être assurée par l'exclusion de certaines catégories d'individus : les fous, les criminels.

Si la psychiatrie du XX^e siècle, avec les apports de la psychanalyse et des traitements médicamenteux, a permis de s'éloigner de la pensée « déterministe » et de penser à une possible amélioration des symptômes, à une diminution des troubles du comportement et à une réinsertion des individus atteints de troubles mentaux, la notion de dangerosité n'a pas pour autant disparu des débats.

Un certain nombre de lois récentes va à nouveau dans un sens de défense sociale et de prédiction de la dangerosité, et vise à mettre à l'écart de la société, pour une durée plus ou moins déterminée, des individus présentant des risques élevés de récidive ou de comportements violents [33].

Les psychiatres sont interpellés par la justice pour évaluer cette dangerosité et cela dans un nombre de circonstances de plus en plus important [23].

Mais les psychiatres sont-ils habilités et ont-ils les connaissances requises pour une telle évaluation ?

Disposent-ils d'outils pour évaluer la dangerosité psychiatrique ?

Dangerosité criminologique ou psychiatrique

La dangerosité, même si ses définitions restent multiples, pourrait se caractériser comme une propension à commettre des actes d'une certaine gravité, dommageables pour autrui ou pour soi, fondés sur l'usage de la violence. Mais pour certains auteurs [29], ce concept est une construction sociale, qui se modifie selon les valeurs changeantes de la société. Initialement, l'évaluation de la dangerosité répondait aux principes du droit pénal classique : plus le nombre de crimes était important, plus la sentence était sévère. Après les années 1970, c'est le genre de crime qu'un individu pourrait commettre dans le futur plutôt que le nombre de crimes perpétrés antérieurement qui présente un intérêt dans la détermination de la dangerosité. Le Code pénal français va dans ce sens, en demandant aux psychiatres de déterminer la dangerosité et le risque de récidive des auteurs d'agressions sexuelles et dernièrement, des criminels condamnés à 15 ans de réclusion ou plus pour des infractions criminelles jugées comme inacceptables. L'évaluation de la dangerosité revient à pronostiquer un acte de réitération ou de récidive, à calculer un

risque de récidive d'une infraction ou d'un acte violent.

Mais l'amalgame existant entre « crime » et « folie », le fait qu'un crime horrible ne puisse être commis que par un fou et que la schizophrénie soit associée, dans l'imaginaire collectif, au sentiment de peur et de danger a entraîné la nécessité d'une distinction entre la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique.

La dangerosité psychiatrique a été définie comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale alors que la dangerosité criminologique est un phénomène psycho-social caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens [6]. Pour Bénézech et Bourgeois [4], elle est la capacité d'un individu ou d'un groupe à présenter un risque de violence et de transgression, physique ou psychologique, ou encore comme une disposition, dans un contexte donné, à passer à l'acte d'une manière violente et transgressive.

Si cette distinction est actuellement critiquée par un certain nombre d'auteurs, elle a néanmoins pour intérêt de rappeler que si les individus, atteints de troubles mentaux (psychoses, troubles de l'humeur), présentent une augmentation du risque de violence, ils ne sont que rarement à l'origine des actes criminels les plus graves.

En effet, les études internationales ne retrouvent que 5 à 10 % d'individus atteints de troubles mentaux chez les auteurs d'homicides et les chiffres sont quasiment les mêmes chez les auteurs de violences sexuelles. Les individus présentant un trouble mental sévère seraient les auteurs de 5 % des infractions criminelles avec violence [13].

De plus, si la littérature met en évidence une association entre maladie mentale et violence, il semble que cette violence soit d'origine multifactorielle et qu'un trouble mental seul n'en constituerait pas un facteur de risque. En absence d'abus d'alcool et de substance, les individus atteints de troubles mentaux auraient une probabilité de commettre un acte de violence identique à celle de la population générale [11, 42].

Il conviendra donc, lors de l'évaluation du risque de comportement violent chez les personnes présentant une pathologie mentale, de s'intéresser aux différents types de facteurs qui ont montré leur implication dans l'augmentation du risque de passage à l'acte.

Les facteurs de risque de violence

Les études sur les facteurs de risque de violence chez les individus présentant un trouble mental les ont divisés en facteurs de risque « statiques » et « dynamiques ».

Les facteurs statiques sont ceux ne pouvant être modifiés (par ex : âge, sexe...) et ceux qui sont difficilement modifiables (par ex : structure de personnalité de type psychopathique). Les facteurs de risque dynamiques sont, en

revanche, capables de changements (ex : abus d'alcool, symptômes...). Cette distinction va avoir des implications importantes pour la prise en charge et le traitement d'individus potentiellement violents.

Les facteurs de risque de violence chez les individus présentant des troubles mentaux ont donc été examinés dans la littérature selon 4 domaines : individuel, historique, clinique et contextuel.

En conséquence, ces quatre domaines devront être évalués lors de la prise en charge d'un patient.

Les facteurs de risque individuels

Dans la population générale, les hommes sont plus fréquemment violents que les femmes et les conséquences de leurs actes sont plus sévères. En revanche, chez les personnes qui présentent des troubles mentaux, cette différence de genre semble s'amenuiser et, en milieu hospitalier, les femmes seraient même plus fréquemment violentes que les hommes [27, 49]. Toutefois, les actes violents qu'elles commettent entraîneraient des lésions physiques moins sévères. Cela suggère que les cliniciens travaillant sur l'évaluation de la violence ne doivent pas considérer le genre comme un facteur de risque.

L'âge est un autre facteur de risque bien connu pour la violence et le risque de comportement criminel dans la population générale. Les adolescents et les adultes jeunes sont plus susceptibles de commettre des actes violents.

Un faible niveau socio-économique [42] ainsi qu'un faible niveau d'études seraient également associés à une augmentation du risque de violence [41].

Les facteurs de risque historiques

Parmi ces facteurs historiques, la violence subie ou agie de l'individu constitue un facteur de risque prépondérant [2, 18, 49]. La précocité de comportements délinquants et d'actes violents mais également les maltraitements physiques et psychiques subies dans l'enfance jouent un rôle dans le risque de violence [8, 44]. De même, les individus atteints de troubles mentaux sont victimes d'actes de violence, à l'âge adulte, deux à trois fois plus souvent que la population générale [16], et cette victimisation va être également associée à une augmentation du risque de passage à l'acte violent [11].

Les antécédents de violence, le type de violence et les cibles des actes violents sont donc à rechercher dans toute évaluation.

Les facteurs de risque cliniques

• Pathologie psychiatrique

La schizophrénie est le trouble psychiatrique le plus étudié dans ses liens avec la violence. Néanmoins, s'il existe une augmentation du risque de violence liée à ce trouble, il semble que cela soit plurifactoriel. L'existence de symptô-

mes psychotiques productifs, comme les idées délirantes de persécution ou le syndrome d'influence avec injonctions hallucinatoires de passage à l'acte, augmente le risque de violence [28, 40, 45]. Il convient, en cas de délire de persécution, de penser à protéger le persécuté, qui peut être la cible d'un passage à l'acte violent.

La violence peut également survenir lors d'un épisode maniaque dû à des symptômes mégalomaniaques, à la désorganisation de la pensée ou du comportement [30]. Pour ces patients, l'évaluation du niveau d'impulsivité, d'irritabilité, de trouble de la capacité de jugement est essentielle pour connaître le risque de passage à l'acte violent.

De même, les patients mélancoliques peuvent commettre des passages à l'acte violent en lien, le plus souvent, avec des idées délirantes d'indignité et de ruine, de persécution, des préoccupations mystiques étendues aux proches. Ces idées délirantes mélancoliques paraissent directement en cause dans l'homicide, homicide qui est souvent suivi d'un suicide.

• Troubles de la personnalité

La potentialité violente liée à la psychopathie, marquée par l'absence d'empathie, l'indifférence, la dimension égocentrique, la tendance au mensonge et à la manipulation, est reconnue. Le passage à l'acte violent est fréquemment en lien avec une intolérance à la frustration.

La présence d'une psychopathie ou d'un trouble de la personnalité antisociale chez un individu présentant des troubles mentaux est associée à une augmentation significative du risque de violence [17, 21, 47].

Hodgins [18] a bien mis en évidence la différence entre les patients schizophrènes présentant ou non un trouble de la personnalité comorbide dans le type de violence perpétrée. Chez les patients schizophrènes ayant un trouble de la personnalité antisociale, les passages à l'acte n'ont souvent aucun lien avec les idées délirantes, les comportements délinquants ayant fréquemment débuté avant l'émergence du trouble psychiatrique. Pour ces patients, les antipsychotiques préviennent peu le risque de violence.

• Troubles d'abus de substance ou d'alcool

La consommation de toxiques augmente le risque de violence en population générale et chez les individus présentant des troubles mentaux. Ce risque est multiplié par 2 à 5 chez les individus présentant un trouble mental et une comorbidité d'abus de substance par rapport à la population générale [39, 46]. En l'absence d'abus de substance, certains auteurs ont retrouvé un risque de violence identique entre la population générale et les individus présentant des troubles mentaux [11].

• Capacité d'insight

Bien que la capacité d'insight soit une notion assez récente et que les moyens d'évaluation ne soient pas les

mêmes selon les études – ce qui rend les résultats difficilement comparables –, il semble qu'une faible capacité d'insight soit associée à une augmentation du risque de comportement violent [1, 5].

• Capacité de gestion de la colère

L'existence de troubles neurologiques a été mise en évidence chez les patients violents, en particulier chez ceux présentant des actes de violence à répétition. Les atteintes frontales dans les psychoses déficitaires entraîneraient une diminution des capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère [19, 20, 22].

• Adhésion aux soins et observance thérapeutique

Des études sur la violence posent le problème de la rupture de soins qui a un rapport évident avec la désinstitutionnalisation psychiatrique connue par tous les pays industrialisés [34]. La rupture thérapeutique par son impact sur la recrudescence des symptômes est associée à une augmentation du risque de violence [12]. Et il est surtout intéressant de noter que la mise en place d'un suivi rapproché, augmentant ainsi l'adhésion aux soins, diminue le risque de passage à l'acte. Ainsi, les patients ayant un suivi hebdomadaire auraient un risque de violence divisé par 4 par rapport à ceux qui sont suivis toutes les 4 semaines. La mise en place de soins sous contraintes, obligeant à la prise de traitements et à des entretiens réguliers, réduit significativement le risque de passage à l'acte [43]. La période de 20 semaines suivant la fin de l'hospitalisation est un moment important pendant lequel le patient est souvent fragilisé, où se jouent l'observance et l'alliance thérapeutiques et la resocialisation et où le risque de passage à l'acte violent est majeur [39].

Les facteurs de risque contextuels

Les cliniciens ne s'intéressent que rarement aux facteurs contextuels lorsqu'ils évaluent le risque de violence d'un patient, alors que les données de la littérature montrent l'importance de considérer les variables situationnelles lors de l'évaluation du risque de violence [35, 38]. Les facteurs de risque contextuels sont les facteurs liés à l'environnement, aux conditions sociales et aux autres circonstances qui composent le cadre de vie d'une personne. De façon empirique, le stress est depuis longtemps considéré comme un facteur de risque de violence. Les personnes confrontées à un environnement de vie stressant (chômage, ressources limitées, cadre de vie, situations conflictuelles...) connaissent une augmentation de l'incidence de comportements violents [11]. Le contexte a donc un impact important sur le risque de violence chez les individus présentant des troubles mentaux. Senninger et Fonta [32] retrouvaient, chez des patients schizophrènes ayant commis un acte criminel, une prévalence 3 fois supérieure d'événements de vie stressants dans l'année précédant

leur passage à l'acte par rapport à d'autres patients schizophrènes n'ayant pas commis d'actes violents. Ces résultats montrent que le risque individuel de violence future peut varier au cours du temps, dépend des expériences stressantes vécues et n'est donc pas un risque « figé », « déterminé » pour un individu donné.

L'étude de ces facteurs de risque a permis de proposer une classification en sous-groupes de patients présentant un risque accru de violence, mais chez lesquels l'origine de la violence et donc la prise en charge ne seront pas les mêmes :

– les patients qui présentent des troubles neurologiques associés, la violence venant souvent en réaction à une frustration. La violence n'est pas dirigée vers une cible particulière et la récurrence est fréquente ;

– les patients qui présentent un délire de persécution, le geste violent étant dirigé vers une cible désignée, souvent un membre de la famille. La récurrence, dans ces cas-là, est plus rare ;

– les patients qui présentent un trouble de la personnalité associé, le passage à l'acte étant le plus souvent de type impulsif, en lien avec une alcoolisation ou une prise de toxiques. Il existe des antécédents de violence avant l'apparition du trouble psychiatrique et un fort potentiel de récurrence.

L'évaluation clinique du risque de comportement violent devra donc se centrer sur l'étude de ces facteurs, par la recherche des antécédents d'actes violents et d'infractions en faisant préciser dans quel contexte ont eu lieu des actes violents et quelle en était la victime. Il conviendra également d'évaluer l'intensité des symptômes, l'existence d'idées de persécution avec un persécuteur désigné, de rechercher un trouble de la personnalité antisociale associé.

Il sera aussi nécessaire de prendre en compte la consommation d'alcool, de cannabis et de stupéfiants, du fait de leur action désinhibitrice, mais également de leur action sur l'émergence d'idées délirantes.

De même, il conviendra d'évaluer les capacités du sujet à reconnaître ses difficultés, à reconnaître sa maladie et la nécessité d'un traitement, à reconnaître son implication dans l'acte violent et les conséquences de son acte, car ces éléments sont également importants dans l'évaluation du risque. L'adhésion aux soins, surtout dans la période de 20 semaines qui suit la sortie de l'hôpital, doit être renforcée par la mise en place d'un suivi psychiatrique intensif qui permet ainsi une diminution du risque de violence. La prise en charge devra se centrer sur les facteurs de risque dynamiques, susceptibles de changements.

Les outils d'évaluation de la dangerosité psychiatrique et du risque de violence

La connaissance de ces facteurs de risque a servi à la mise en place d'outils qui vont aider les psychiatres pour leurs évaluations.

L'utilisation de ces outils, en complément de l'évaluation clinique, va dans le sens « d'une plus grande rigueur et d'une meilleure efficacité » [25]. Cela peut permettre également de suivre l'évolution d'un patient selon des critères plus objectifs. Mais il est essentiel de rappeler qu'à l'heure actuelle, ces outils ne sont pas suffisants à eux seuls pour prédire de façon certaine le niveau de dangerosité d'un patient, qu'ils ont des limites, que leur fiabilité peut être discutable et qu'ils ne peuvent être que complémentaires d'une évaluation clinique.

Parmi ces instruments d'évaluation de la dangerosité et du risque de comportement violent, il convient de différencier les instruments actuariels, fondés sur des analyses statistiques et les instruments semi-structurés, qui prennent en compte à la fois les connaissances sur la violence, le contexte et la clinique.

Instruments actuariels. Échelle VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) [31]

Parmi les instruments actuariels, la VRAG est l'échelle la plus utilisée dans l'évaluation du risque de récurrence de comportement violent (tableau 1).

Cette échelle a été élaborée à partir d'informations concernant 618 patients d'un hôpital de haute sécurité. Douze items ont été retenus. Lors de la cotation, les répon-

Tableau 1. Items de l'échelle VRAG.

| | |
|----|---|
| 1 | Psychopathie |
| 2 | Inadaptation scolaire à l'élémentaire |
| 3 | Troubles de la personnalité |
| 4 | Âge au moment du délit |
| 5 | Séparation de l'un ou l'autre de ses parents avant 16 ans |
| 6 | Manquement antérieur à une libération sur parole |
| 7 | Histoire de délits non violents |
| 8 | N'a jamais été marié |
| 9 | Schizophrénie |
| 10 | Blessure la plus sérieuse infligée à une victime |
| 11 | Histoire d'abus d'alcool |
| 12 | Victime du délit actuel est une femme |

Tableau 2. Historical Clinical Risk-20 (HCR-20).

| Facteurs historiques | Facteurs cliniques | Facteurs de gestion du risque |
|---|-----------------------------------|---|
| H1 Violence antérieure | C1 Introspection difficile | R1 Projet manquant de faisabilité |
| H2 1 ^{er} acte de violence commis durant la jeunesse | C2 Attitudes négatives | R2 Exposition à des facteurs déstabilisants |
| H3 Instabilité des relations intimes | C3 Symptômes actifs de la maladie | R3 Manque de soutien personnel |
| H4 Problèmes d'emploi | C4 Impulsivité | R4 Inobservation des mesures curatives |
| H5 Problèmes de toxicomanie | C5 Résistance au traitement | R5 Stress |
| H6 Maladie mentale grave | | |
| H7 Psychopathie | | |
| H8 Inadaptation durant la jeunesse | | |
| H9 Trouble de la personnalité | | |
| H10 Échecs antérieurs de surveillance | | |

ses aux 12 items sont combinées selon une pondération prédéterminée pour aboutir à un score total et à une classification de risque de violence (0 à 100 %).

Un certain nombre d'auteurs a émis des réserves quant à la généralisation des résultats de la VRAG à des individus de la population générale, présentant des troubles mentaux [3, 24]. De plus, les échelles actuarielles sont peu sensibles aux évolutions des patients et ne permettent pas de se questionner sur les moyens de prévention du risque de violence chez eux [9].

Instruments semi-structurés

• **HCR-20 (Historical-Clinical Risk assessment)**

Développée par Webster en 1997 [50], la HCR-20 est une échelle particulièrement utilisée par les cliniciens travaillant dans le champ de l'évaluation du risque de violence (tableau 2). Elle comporte 20 facteurs résumant les informations sur le passé, le présent et l'avenir du patient. Le total de l'échelle va de 0 à 40, chaque item étant évalué sur la base d'un score de 0 à 2 et la pondération des différents items prise en compte dans l'estimation finale du risque.

Cette échelle s'est montrée efficace dans la prédiction du risque de violence, principalement sur le risque à court et moyen terme [7, 15], chez des patients suivis en ambulatoire [10] et chez des patients aux antécédents de violence. Dans ces approches, l'évaluation finale, à la différence de l'approche actuarielle, nécessite un jugement clinique, donc une prise en compte plus globale du patient.

• **IMPC : Instrument de mesure des progrès cliniques [26]**

Cette échelle a été développée à l'institut Pinel de Montréal afin d'évaluer l'évolution, en cours de traitement, des comportements violents chez des patients psychotiques.

Onze variables ont été retenues comme associées au risque de violence. Parmi ces variables : l'état mental et la manifestation de symptômes psychotiques, la gestion et le contrôle de la colère, de l'impulsivité, la considération

de l'autre (empathie), la reconnaissance de la violence, la reconnaissance de la maladie mentale, la connaissance des symptômes de la maladie, l'observance pharmacologique, l'alliance thérapeutique et la capacité à demander de l'aide, l'adhésion au code de vie de l'unité de traitement, l'hygiène et les capacités de socialisation.

Chacune de ces variables est cotée de 1 (pas d'acceptation du traitement) à 5 (accepte totalement le traitement), et chaque patient doit être évalué mensuellement par plusieurs intervenants. Cela permet d'estimer les progrès du patient sur chaque critère, de préciser les objectifs thérapeutiques à privilégier et de discuter avec le patient des moyens pour y parvenir. Cette échelle n'a, pour le moment, été validée que pour une population de psychotiques violents.

Ces différents instruments ont des limites mais peuvent apporter une aide supplémentaire pour l'évaluation des individus présentant des troubles mentaux. Si les échelles actuarielles permettent une bonne reproductibilité entre examinateurs, l'absence de prise en compte du contexte et de la clinique rend leur fiabilité très modérée. Les instruments d'évaluation semi-structurés semblent être ceux qui ont la meilleure pertinence clinique et la meilleure fiabilité du fait de la place importante laissée à l'examineur.

Mais il convient surtout de rappeler que l'évaluation de la dangerosité psychiatrique reste compliquée, qu'elle nécessite une évaluation multifactorielle, reposant sur une approche pluridisciplinaire, que la prédiction de survenue de comportements violents ou criminels est impossible et que seule une évaluation du risque de comportement violent est possible.

Dans un contexte où les psychiatres sont de plus en plus sollicités pour évaluer « la dangerosité » d'individus présentant ou non des troubles mentaux, il convient qu'ils soient extrêmement prudents et qu'ils ne se laissent pas entraîner à déterminer des risques qu'ils ne maîtrisent pas.

Si l'évaluation de la dangerosité psychiatrique occupe une place importante pour les experts psychiatres, que les soignants sachent évaluer le risque de comportements violents d'un patient semble également essentiel. En effet, cela permettra de cibler la prise en charge sur les facteurs de risque présentés par le patient et ainsi de diminuer, pour autrui mais surtout pour lui-même, le risque qu'il commette des actes répréhensibles.

Lorsque la violence est en lien avec des symptômes psychotiques positifs, délire de persécution, idées délirantes mégalomaniaques ou de ruine, la mise en place d'un traitement antipsychotique associé à une psychothérapie permettra de limiter le risque de passage à l'acte, la clozapine étant l'antipsychotique le plus efficace dans la diminution de la violence et de l'agressivité chez les patients schizophrènes [48].

Lorsque la violence est en lien avec des troubles neurologiques, des troubles du contrôle de l'impulsivité, les anticonvulsivants [37], les antipsychotiques ou les bêta-bloquants comme l'avlocardyl [36], ont montré leur efficacité.

Lorsque les passages à l'acte sont commis par des patients psychotiques présentant un trouble de la personnalité antisociale, les antipsychotiques auront un effet modéré sur les actes de violence. Une approche psychosociale [18] avec une prise en charge spécialisée en unité d'addictologie, lorsqu'une toxicomanie est associée – ce qui est fréquemment le cas –, sera alors plus adaptée.

Il sera nécessaire de proposer à ces patients un suivi rapproché, à la sortie d'hospitalisation, principalement dans les vingt premières semaines, moment le plus à risque de rechute par rupture thérapeutique, afin d'augmenter l'adhésion aux soins. Il serait également important de proposer des thérapies variées, adaptées à chaque individu, à ses problématiques et centrées sur les facteurs de risque. Tout cela montre l'importance du temps, d'un temps soignant, qui permette d'échanger en équipe sur la prise en charge de patients difficiles, de proposer ces thérapies variées, de discuter avec le patient de sa prise en charge et des objectifs thérapeutiques.

Conclusion

Comme le rappelait Bruno Gravier [14] dans son intervention à l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale, l'évaluation de la dangerosité reste un problème difficile. Les psychiatres sont appelés à se prononcer sur la dangerosité d'un individu sans avoir réellement les connaissances et les instruments nécessaires à une telle évaluation. Les recherches actuelles montrent bien l'existence de facteurs de risque de violence chez les patients présentant des troubles mentaux. Des instruments d'évaluation du risque ont été développés mais leur fiabilité reste incertaine. Il convient donc de rester prudent et humble face aux demandes de plus en plus fréquentes, tant politiques que judiciaires, d'évaluation de la dangerosité psychiatrique mais également criminologique. Se baser uniquement sur l'utilisation d'échelles actuarielles semble très risqué, et des recherches doivent encore être menées pour valider des échelles semi-structurées en langue française, en sachant qu'une évaluation du risque ne pourra se faire sans une confrontation entre les données de l'examen clinique et celles de l'échelle.

Enfin, il semble essentiel de redonner à la psychiatrie les moyens de prendre en charge, le mieux possible, les patients présentant des troubles mentaux, par l'octroi de temps de soignants, ce qui limiterait sans doute les actes de violence qui surviennent souvent dans des moments de rupture de soins.

Références

1. Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav* 2007 ; 33 : 86-96.

2. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1998 ; 123 : 123-42.
3. Borum R. Improving the clinical practice of violence risk assessment. Technology, guidelines, and training. *Am Psychol* 1996 ; 51 : 945-56.
4. Bourgeois M, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001 ; 159 : 475-86.
5. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 1712-4.
6. Burgelin J. Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention. Ministère de la Justice et de la Santé.
7. Claix A, Pham TH. Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a Belgian forensic population. *Encephale* 2004 ; 30 : 447-53.
8. Dean K, Walsh E, Moran P, Tyrer P, Creed F, Byford S, et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *Br J Psychiatry* 2006 ; 188 : 264-70.
9. Douglas KS, Ogloff JR, Hart SD. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 : 1372-9.
10. Douglas KS, Ogloff JR, Nicholls TL, Grant I. Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: screening version. *J Consult Clin Psychol* 1999 ; 67 : 917-30.
11. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009 ; 66 : 152-61.
12. Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 2006 ; 189 : 354-60.
13. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006 ; 163 : 1397-403.
14. Gravier B. « Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ? » In : Audition publique : expertise psychiatrique pénale. Paris, 2007.
15. Gray NS, Taylor J, Snowden RJ. Predicting violent reconvi-
ctions using the HCR-20. *Br J Psychiatry* 2008 ; 192 : 384-7.
16. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999 ; 50 : 62-8.
17. Hodgins S, Lapalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 1999 ; 55 : 187-202.
18. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res* 2005 ; 78 : 323-35.
19. Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 2002 ; 52 : 9-14.
20. Joyal CC, Gendron C, Cote G. Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: a 6-month report using the modified overt aggression scale. *Can J Psychiatry* 2008 ; 53 : 478-81.
21. Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004 ; 34 : 433-42.
22. Krakowski M, Czobor P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999 ; 25 : 505-17.
23. Manzanera C, Senon JL. « L'expertise psychiatrique pénale ». In : *Psychocriminologie : clinique, prise en charge, expertise*. Paris : Dunod, 2008, p. 147.
24. McDermott BE, Edens JF, Quanbeck CD, Busse D, Scott CL. Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: variable- and person-focused analyses. *Law Hum Behav* 2008 ; 32 : 325-38.
25. Millaud F. « Les progrès cliniques en traitement et la réduction de la dangerosité ». In : *Les Nouvelles Figures de la dangerosité*. Paris : L'Harmattan, 2008, p. 295.
26. Millaud F, Auclair N, Guay JP, McKibben A. Treatment progress scale for violent psychosis patients. *Can J Psychiatry* 2007 ; 52 : 735-43.
27. Newhill CE, Mulvey EP, Lidz CW. Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 1995 ; 46 : 785-9.
28. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 : 1012-6.
29. Pratt J. Dangerosité, risque et technologie du pouvoir. *Criminologie* 2001 ; 34 : 101-21.
30. Quanbeck CD, McDermott BE, Frye MA. Clinical and legal characteristics of inmates with bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2005 ; 7 : 478-84.
31. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*. Washington DC, 1998.
32. Senninger JL, Fontaa V. Stressful life change events and criminal behavior in schizophrenia. *Encephale* 1996 ; 22 : 49-52.
33. Senon JL. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *L'Information Psychiatrique* 2009 In press.

34. Senon JL, Manzanera C. Réflexions sur le fondement du débat et des critiques actuelles sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol* 2006 ; 164 : 818-27.
35. Silver E. Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: the importance of contextual measurement. *Law Hum Behav* 2000 ; 24 : 449-56.
36. Silver JM, Yudofsky SC, Slater JA, et al. Propranolol treatment of chronically hospitalized aggressive patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1999 ; 11 : 328-35.
37. Stanford MS, Helfritz LE, Conklin SM, Villemarette-Pittman NR, Greve KW, Adams D, et al. A comparison of anticonvulsants in the treatment of impulsive aggression. *Exp Clin Psychopharmacol* 2005 ; 13 : 72-7.
38. Steadman HJ. A situational approach to violence. *Int J Law Psychiatry* 1982 ; 5 : 171-86.
39. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 393-401.
40. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophr Bull* 2004 ; 30 : 31-44.
41. Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatr Q* 1997 ; 68 : 327-42.
42. Swanson JW, Holzer 3rd CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990 ; 41 : 761-70.
43. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2000 ; 176 : 324-31.
44. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA, et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health* 2002 ; 92 : 1523-31.
45. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 490-9.
46. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998 ; 155 : 226-31.
47. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 1997 ; 48 : 678-81.
48. Volavka J, Citrome L, Huertas D. Update on the biological treatment of aggression. *Actas Esp Psiquiatr* 2006 ; 34 : 123-35.
49. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tattan T, et al. Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Res* 2004 ; 67 : 247-52.
50. Webster C, Douglas K, Eaves D, Hart S. *HCR-20 Assessing Risk for Violence*, version II. Simon Frazier University : Burnaby, 1997.