

Communication

L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question

Assessment of the risk of violent behaviours: State of the discipline

B. Gravier ^{a,*}, Y. Lustenberger ^b

^a *Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, 18, avenue de Sévelin, 1004 Lausanne, Suisse*

^b *Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, site de Cery, 1008 Prilly, Suisse*

Disponible sur internet le 25 août 2005

Résumé

La survenue d'un acte violent pose la question de la structure psychique de celui qui commet cet acte. L'anticipation de la dangerosité va bien au-delà de cette question. Elle doit tenir compte du contexte, de ce que l'auteur peut induire chez ceux qui l'approchent et de la réponse qui va suivre l'évaluation. Les travaux récents préfèrent se focaliser sur l'évaluation du risque de comportements violents. Un certain nombre d'instruments ont ainsi été élaborés pour contribuer à cette évaluation. Ceux-ci sont de deux sortes : certains privilégient la définition d'une probabilité statistique, dite actuarielle, d'autres contribuent à l'élaboration de jugements cliniques. La psychopathie, sa définition et sa compréhension tiennent une place centrale dans ce processus qui permet de définir un certain nombre d'indicateurs utiles autant à la gestion qu'à l'élaboration d'une clinique du risque violent.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

This paper reviews the present views and methods in the field of violence risk assessment. The perpetration of violent behaviours must raise the issue of the perpetrator's psychological constitution and functioning. But being able to anticipate such dangerous deeds implies other dimensions as well: one must also consider contextual elements, "countertransfereential" feelings elicited by the perpetrator in relevant individuals, and potential outcomes of the evaluation that is carried out. Nowadays, this is performed by means of so-called "Violence Risk Assessments", using various instruments. Actuarial instruments are designed to provide a statistical estimate of future violence risk, while (semi-structured) clinical methods assist clinical professional decision-making with guidelines developed according to up-to-date knowledge in the field. The key concept of psychopathy, its measurement and implications, are also discussed, and valuable indicators are recommended, to be used both for violence risk management as well as for the development of a clinical framework on this topic.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Comportements violents ; Dangerosité ; Évaluation du risque ; Psychopathie

Keywords: Dangerousness; Psychopathy; Risk assessment; Violence

1. Introduction

Appartient-il au psychiatre de s'engager dans l'évaluation des comportements violents ? Sûrement, pour une part. Mais, pas de n'importe quelle manière. Dans ce travail, nous souhaitons interroger ce lien particulier entre pathologie psychia-

trique et violence et, surtout, questionner la clinique à la lumière des travaux récents en la matière.

Le crime est-il le fait d'une structure pathologique ? Tout malade mental est-il un criminel qui s'ignore ? Quelle est la capacité du psychiatre à anticiper de tels comportements ? Ce sont les questions renvoyées par juges et médias, et que nous ne pouvons esquiver au risque de nous retrouver confrontés à quelque démiurge parant le psychiatre de capacités qui

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Bruno.Gravier@chuv.ch (B. Gravier).

tiendraient de l'art divinatoire plus que d'une véritable compétence.

2. Quelques faits divers

Plusieurs faits divers ont mis en scène, ces dernières années (par exemple à Zoug en Suisse ou à Nanterre en France) des criminels qui ont tué pour régler un compte avec la société ou ses représentants, contentieux dont eux seuls pouvaient donner l'origine, manifestement dérisoire ou sans commune proportion avec l'effroi qu'ont semé leurs actes.

Ces crimes sidèrent par leur violence, l'incompréhensible de leur finalité et l'implacable de leur logique interne. Le discours de leurs auteurs emprunte à la paranoïa, la sthénicité, la querulence, et l'inéluctable de la marche en avant, mais le délire n'y affleure apparemment pas. Il stigmatise l'incapacité des gouvernants pour l'un, s'attaque à la médiocrité ordinaire pour l'autre ou met en exergue le mal-être, le mal vivre et la quête désespérée de soi pour un troisième.

La folie est dans l'acte, mais apparemment peu dans ce qui pourrait fonder une pathologie. Ces crimes actuels ne peuvent que faire écho à la nosologie qui fondait la psychiatrie criminelle du XIX^e siècle et que les aliénistes avaient alors nommée « monomanie homicide ».

Foucault [19] soulignait la vanité des psychiatres à prétention scientifique qui tentaient d'intégrer de tels actes dans une catégorisation psychiatrique pour se mettre dans la position où les assignaient les magistrats, celle des « spécialistes du motif », et qui permettra d'intégrer l'acte dans la conduite globale du sujet pour permettre la punition. Pour Foucault, il ne s'agissait finalement que de permettre au procès pénal de se dérouler en réinscrivant l'acte dans une certaine rationalité, pathologique ou non, en laissant l'illusion qu'il s'agissait d'une vraie délimitation scientifique.

Ainsi, Foucault décrit la création du concept de monomanie homicide comme fruit d'une construction permettant de faire coïncider la démonstration médicale, qui donne une place au médecin – « technicien du corps social » –, avec l'attente des juges qui ne peuvent déterminer la punition sans avoir déterminé les motifs du crime. Pour Foucault, la monomanie homicide permettait d'une certaine façon d'habiller le crime en folie en indiquant que :

- « sous certaines de ses formes pures, extrêmes, intenses, la folie est tout entière, crime, et rien d'autre que le crime, donc qu'au moins aux limites dernières de la folie, il y a le crime ;
- la folie est capable d'entraîner non pas simplement des désordres de la conduite, mais le crime absolu, celui qui franchit toutes les lois de la nature et de la société ;
- cette folie peut bien être d'une intensité extraordinaire, elle reste invisible jusqu'au moment où elle éclate ; que nul ne peut donc la prévoir sauf s'il a un œil exercé, une expérience déjà longue, un savoir bien armé [...] ».

Artifice social ou fait clinique ? Foucault avait opté pour la première qualification sans véritablement interroger le fait pathologique.

Le drame de Pau, en janvier 2005, qui voit un patient souffrant de psychose, connu des équipes psychiatriques, commettre un crime terrible, fait, à l'inverse, retour au cœur même de la compétence du psychiatre et des limites de celle-ci. Dans ce cas, nous sommes, selon toute vraisemblance, confrontés à un acte directement issu d'un vécu délirant.

Que l'acte criminel apparaisse hors champ psychiatrique ou, au contraire, comme point nodal de la pathologie, il doit nous interroger sur ce que peut en dire le psychiatre, que ce soit dans son témoignage d'expert ou dans l'accompagnement de ces sujets à travers la sanction et la compréhension de ce qui les hante. L'évaluation du sujet violent croise de nombreux chemins et, à notre avis, en particulier celui de la construction d'une clinique des comportements violents, ouverture à des espaces psychiques inconnus plutôt que nouvel avatar du déterminisme.

3. La « prédiction » des comportements violents

Si la psychanalyse nous a indiqué que « les meurtres immotivés ne sont pas sans causes » [35] – se situant par cette assertion dans un champ autre que celui du prétoire – nous devons toujours éviter de nous leurrer quant à la validité de notre discours sur le crime. Il reste une construction. L'appréciation prédictive n'en est que plus aléatoire.

On prête pourtant beaucoup aux psychiatres en matière de prédiction de dangerosité, et bien plus que l'état des connaissances ou la multitude des paramètres en cause ne permettent de l'autoriser [49]. Au plus fort de l'émotion, notamment, il est souvent difficile d'apprécier ce que dangereux veut dire. Le psychiatre confronté à la violence n'est pas forcément le mieux placé et se trouve, comme d'autres, au risque d'une parole qui ne fera que travestir émotion et réprobation en diagnostic, et, surtout, en pronostic.

Pourtant, le savoir clinique sur le patient peut donner certaines indications sur la violence interne de celui-ci. C'est là que se situe le piège, qui peut amener les psychiatres à agir l'évaluation du danger dans une prise de position qui se situe immanquablement à l'intersection entre le soin et la sanction.

Interroger cette intersection est primordial à partir du moment où les psychiatres sont, en plus de leur propre questionnement, amenés à répondre tant à la question du pronostic (avant le jugement, à la fin de la peine) qu'à la question du traitement (pendant l'incarcération, après l'incarcération), voire quand il est demandé au thérapeute de s'inscrire dans des mesures de contrôle social et médical. Doit-on refuser, comme beaucoup le soutiennent, toute implication de cette nature ? Doit-on, au contraire, se poser la question des conditions du soin à partir du moment où la personnalité de l'auteur de l'acte laisse entrevoir que l'injonction thérapeutique peut avoir valeur structurante ?

L'évaluation de la dangerosité procède en premier lieu de la démarche de l'expert. Il faut, néanmoins, être conscient que, plus les thérapeutes seront amenés à prendre en charge

des patients qui fonctionnent sous le primat de la violence et du passage à l'acte, plus ces questions deviendront lancinantes. Surtout à partir du moment où notre connaissance du fonctionnement psychique de ces patients nous rend plus attentifs à ce que recèle leur destructivité. Il nous apparaît donc indispensable, pour faire ces choix, d'être au clair, autant sur les registres sollicités que sur les indicateurs qui peuvent éclairer réflexion et décision.

4. De l'importance de bien différencier, dans l'évaluation, dangerosité et comportements violents

4.1. Cerner la dangerosité : une triple fonction

La dangerosité est un terme qui émane de la langue courante, tout en étant étroitement lié à l'histoire de la criminologie et à ses entrelacs avec la psychiatrie [5,46].

Nous pouvons repérer dans ce seul signifiant une triple induction : la réponse pénale qu'implique le constat du danger, la recherche d'une cause pour tenter de l'éradiquer et le constat des conséquences pour rendre justice à la victime et dire le droit.

Colin [9] rappelle que la dangerosité renvoie, dans une conception médicolégale, à un acte. Sa mise en évidence s'inscrit comme prémisses de la réponse pénale, quelle qu'elle soit. Dans beaucoup de législations, l'appréciation de la dangerosité sert ainsi à la détermination d'une mesure (décision pénale qui survient en alternative à la peine ou pour permettre la mise à l'écart). Le piège est que cette détermination juridique s'intriquera avec la recherche clinique d'une cause : la dangerosité sera alors comprise comme agressivité de l'auteur de l'acte, provocation de la victime ou expression d'une maladie qui rend dangereux, etc. Voulant caractériser l'individu elle le dépassera largement.

Pour un même acte et l'individu qui en est l'auteur, dans le terme de dangerosité se télescopent donc : la notion de violation des normes sociales – appelant la réponse judiciaire –, la question de l'origine de cet acte mais aussi et celle de la conséquence de celui-ci en termes de destructivité et de dommage. Cela rend souvent impossible la différenciation entre celui qui commet l'acte et tout ce qui contextualise celui-ci et contribue à ce vécu de danger.

Selon Colin [9], l'acte dangereux est donc une somme complexe de caractéristiques qui lui donnent son aspect préoccupant et procèdent des trois dimensions évoquées plus haut (réponse pénale–cause–conséquences) : gravité, soudaineté, imprévisibilité, menace pour l'entourage, éventualité d'une répétition et d'une sommation qui posent la question, alors, du passage à la chronicité de cette dangerosité. La chronicité étant alors entendue comme gravité maximale.

4.2. Un fait psychique troublant : subjectivités et contextes

L'appréciation est empreinte d'une forte subjectivité. Elle en est donc relative. Par exemple, les délinquants perturbés

mentalement sont généralement perçus par la rumeur comme beaucoup plus dangereux que des conducteurs automobiles ivres ou que le responsable négligent de l'entretien d'un avion. Ce qui nous met sur la piste du malaise social en jeu, car c'est bien d'un fait psychique troublant dont il s'agit.

Interrogés quant à leur perception de la dangerosité de leurs patients, les soignants de notre service qui travaillent au quotidien avec des patients violents évoquent en premier lieu les phénomènes de ressenti, de peur, de menace, d'induction, de contagion et d'inquiétude quant à la validation par autrui du danger éprouvé par eux-mêmes ; toutes choses qui concernent l'extériorité psychique de ce qu'induit la dangerosité, plutôt que l'intériorité de celui qui est en cause.

Dans cette idée, S. Buffard [7] préfère parler de *situation dangereuse* qui apparaît quand un individu ou un groupe d'individus se sentent menacés de façon réelle ou imaginaire par une agression interne ou externe contre l'intégrité de leur structure. Quand on parle de dangerosité, il n'y a jamais neutralité émotionnelle. La perception d'une dangerosité peut alors être comprise comme une tentative de régulation de la violence, signal d'alerte, prélude à l'explosion. Elle est souvent incluse dans la peur et oblige donc à être attentif, lorsqu'on l'évalue, à ce que cette peur mobilise autant en termes d'affects que de valeurs [27].

Le lieu où peut s'exprimer cette dangerosité tient une place prépondérante dans la dimension subjective de cette appréciation. Certains lieux, les prisons par exemple, surdéterminent la perception de la dangerosité des personnes qui y résident. Ces lieux, où sont censés se trouver les sujets les plus menaçants de notre société, viennent aussi pointer les lieux d'un danger imaginaire en le circonscrivant [7]. Rencontrée dans de tels lieux, la même personne qui, en d'autres temps ou d'autres lieux, est vécue comme triste et dépressive, pourra y être perçue comme potentiellement beaucoup plus menaçante.

À l'inverse, ailleurs, on pourra être amené à négliger ou à sous-estimer la dangerosité de situations ou d'individus. Un lieu comme l'hôpital dont la mission première est l'écoute et le soulagement de la souffrance aura, *a priori*, sûrement plus de difficulté à repérer la dangerosité et la violence potentielle de celui qui se présente d'abord dans sa détresse.

Néanmoins, la vertu protectrice de tels lieux d'accueil semble céder de plus en plus actuellement devant la peur qui envahit les équipes qui y travaillent, confrontées à l'afflux de situations de crise, de violences familiales, de personnalités pathologiques et de toutes les marginalités. Dans une telle situation de déséquilibre permanent, le lieu peut risquer, paradoxalement, d'insister sur la dangerosité et le désarroi et en perdre ses repères [21] pour s'engager dans des oscillations où la surdétermination prendra brutalement la place de la banalisation. C'est aussi la marque de l'actualité du malaise social qui voit les rôles déstabilisés et le risque omniprésent d'une effraction violente dans la quiétude du quotidien.

Enfin, *certaines dynamiques* vont aussi, par le jeu des interactions qu'elles mettent en œuvre, contribuer à renforcer la

dangerosité de la situation. C'est le cas des familles maltraitantes qui, prises dans le cercle vicieux de leur violence, vont développer une incapacité croissante à prendre la mesure de la détresse et de la victimisation de l'enfant en danger.

4.3. Du caractère diffus de la dangerosité à l'appréciation clinique d'un sujet qui pose un problème de violence

La notion de dangerosité suscite donc une importante confusion. La dangerosité d'un comportement, la dangerosité d'un individu, l'écho de l'un et de l'autre dans l'entourage, et la dynamique violente qui s'ensuit, se retrouvent souvent télescopés dans une perception informelle, inquiétante et diffuse. C'est ainsi que l'on peut rendre compte de « l'état dangereux » défendu par De Greeff. Senninger [46] décrit celui-ci comme « un complexe de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette un délit ».

Les actes dangereux ne sont pas représentatifs du comportement de l'individu incriminé. Rien, actuellement, n'autorise à écrire qu'être dangereux est une disposition établie qui ressort de la génétique. Toutefois, l'expérience clinique nous indique que certains sujets, dans une situation donnée, peuvent présenter un type de réactivité qui peut être source de violence. C'est toute la question du déterminisme qui est ici résumée, et des pas qu'il ne faut pas franchir pour éviter une simplification réductrice.

L'appréciation oblige à essayer de dissocier les données les plus subjectives infiltrant la notion de dangerosité, de données plus observables concernant les comportements violents, pour identifier les éléments permettant l'évaluation du risque de violence.

S'aventurer sur les chemins de l'évaluation implique, en conséquence, une certaine rigueur. Il s'agit pour certains auteurs [29] de récolter et d'analyser des données qui seront utilisées dans un processus décisionnel à partir de différentes sources (entretien clinique, tests, étude des dossiers, etc.). Le risque peut être alors conçu comme événement dont l'occurrence ne peut être prédite avec exactitude ; cette notion tenterait d'intégrer la nature de cet événement, la probabilité de sa survenue, sa fréquence, sa durée, la gravité de ses conséquences, et son imminence.

5. La question de l'évaluation est contingente de la situation qui conduit à cette évaluation

L'évaluation des comportements violents pose des questions de nature totalement différentes en fonction du contexte où elle est sollicitée, de l'approche prospective ou rétrospective qu'elle implique, de l'importance des enjeux qui sous-tendent la demande d'évaluation, des mécanismes émotionnels qui vont mobiliser l'institution concernée, et, enfin, des réponses que cette évaluation va impliquer.

5.1. Dans une perspective pénale : avant et après le procès

Le pronostic criminologique se trouve, en règle générale, au risque de deux écueils :

- soit il s'obnubile de ce qui a fondé la violence du sujet, ne l'autorisant pas à être autre en le figeant dans l'image d'une violence dont il ne peut se dépêtrer ;
- soit il s'aveugle de la qualité relationnelle dans l'instant, voire de la relation d'emprise, en niant la violence potentielle et ce qui reste d'impensé et d'impensable.

Avant le procès, notre interrogation puis notre appréciation vont se fonder, en premier lieu, pour la détermination de la responsabilité pénale, sur l'analyse d'un acte passé, les circonstances qui l'entourent, le psychisme de l'auteur à ce moment précis. L'évaluation qui s'accompagnera d'une appréciation du futur de l'individu et sera centrée sur l'analyse de la conduite ou des actes en cause et sur la manière dont ceux-ci éclairent la personnalité de l'auteur. L'évaluation du risque violent sera souvent fortement marquée, si ce n'est biaisée, par la réponse à la question de la responsabilité, pourtant d'un tout autre registre. Cette évaluation est rarement effectuée dans un contexte d'urgence ce qui permet de mettre à distance plus aisément certains éléments contextuels.

Après la décision judiciaire, évaluer ce qui a changé et ce qui peut faire risque quand quelqu'un affronte la sanction est d'un tout autre registre. Il va s'agir de porter un regard sur l'évolution de la personne, d'apprécier et de pondérer les éléments de changement, en fonction de la violence de l'acte, de la structure psychique, des éléments d'anamnèse, de l'expertise passée et de la manière dont le temps ou la sanction ont fait leur office.

C'est à ce moment que se noue l'antagonisme entre ce qu'a été le sujet au moment de son acte, ce qu'il a pu en entendre à travers la réponse pénale, et comment il a pu l'aménager psychologiquement.

Dans ce dernier cas, l'évaluation vient pointer un changement, existant ou non, fruit d'un travail thérapeutique ou d'un cheminement personnel. Ce peut être l'occasion d'un jeu de dupes, le patient comme ses interlocuteurs se mettant en situation de créer du faux pour satisfaire aux exigences de l'aménagement.

C'est d'ailleurs là que le thérapeute se trouve à grand risque, sollicité pour le pronostic criminologique, qui peut chahuter une relation thérapeutique intrinsèquement fragile, rendant impossible l'accès aux zones d'ombres. On ne le dira jamais assez, le thérapeute ne peut pas être l'expert, quel que soit le temps pénal. Ce qui ne le dispense pas pour autant de dénoncer les leurrex thérapeutiques.

Toute la difficulté de ce qui se joue autour du procès pénal est dans cette tension entre le vécu du thérapeute face aux agirs violents potentiels, et le regard extérieur de l'expert, qui doit nécessairement prendre du champ dans les inévitables mouvements affectifs qui sollicitent les uns et les autres.

5.2. Dans une perspective clinique

L'évaluation du risque de violence est aussi nécessaire pour décrypter des situations de crise, permettre la gestion de l'urgence violente et arriver à la définition d'attitudes adéquates pour répondre à cette urgence. Nous sommes alors dans un tout autre cas de figure que précédemment. Il faut construire une réponse, rapide et adaptée.

Face à un patient qui possède indéniablement des potentialités violentes ou agressives, comment faire pour préciser la réalité du risque ? À quel moment prendre des décisions lourdes de conséquences qui mettront en jeu notre responsabilité et conduiront, peut-être, à une intervention dans la réalité du patient ? Ce sont des enjeux cliniques essentiels souvent négligés ou traités seulement lorsque la situation déborde de toute part et met l'institution en péril. Le patient violent peut imposer une décision d'urgence ou nécessiter un apaisement institutionnel pour permettre une désescalade.

6. Les effets de la violence dans la réalité clinique font partie intégrante de l'évaluation

L'évaluation du risque de violence doit, à notre avis, être intégrée dans la démarche clinique pour penser et construire le soin dans ces situations de haute tension. Préciser, indiquer et nommer la violence d'un patient, pour qu'il y ait reprise de cette nomination dans les démarches qui suivront, passe par un décryptage de ce que celui-ci peut mobiliser de mécanismes ou mouvements émotionnels pour dépasser le contexte d'ensemble évoqué plus haut.

Beaucoup d'auteurs ont étudié les réactions que peut susciter, dans une équipe, la confrontation à des sujets potentiellement violents [10,24,31]. Ces réactions sont diverses et sources de profondes distorsions dans la communication entre intervenants. Elles s'expriment de plusieurs manières.

6.1. Le déni de la violence potentielle et la reconnaissance de la peur

Ce déni peut avoir pour corollaire immédiat un apparent détachement émotionnel vis-à-vis du sujet « menaçant » et s'accompagner d'un surinvestissement d'autres patients moins menaçants. Cette dérivation de l'agressivité va se diffuser, voire se transformer en hostilité envers les structures administratives et hiérarchiques auxquelles on attribue tous les dysfonctionnements.

Le déni est dévastateur, avant même le passage à l'acte. Il fige l'autre, celui qui tente d'alerter, dans une situation où il se trouve disqualifié. Il conduit à la banalisation et à l'impossibilité de la reconnaissance et de la verbalisation de l'éprouver de la peur. Le déni est formidablement contagieux, du moins il donne l'impression de l'être.

Ainsi a-t-on pu repérer la puissance de dévastation de ce patient dont la peur qu'il suscitait avait été mentionnée dans un rapport à destination d'une commission chargée de se pro-

noncer sur son évolution. Aucune réponse, après coup, n'a paru être à même de protéger les soignants de l'effroi dans lequel ils étaient plongés après avoir levé le déni et osé nommer la violence tant ils étaient persuadés que leurs interlocuteurs partageaient le déni du patient et disqualifiaient leur évaluation.

Avouer qu'on a peur, ne serait-ce pas implicitement risquer d'être désigné comme incompetent ? Le déni s'attaque à l'image que le thérapeute peut avoir de lui, empêche le recours à la richesse des émotions. À l'inverse, sa reconnaissance permet au thérapeute de se confronter à la mise à mal de ses propres idéaux et à l'acceptation de la limitation de sa toute-puissance infantile enfouie dans son engagement professionnel.

6.2. La fascination et l'excitation

Elle n'épargne aucune personne confrontée aux sujets violents. Difficile à repérer et à verbaliser, elle prend différents visages.

Les patients antisociaux sont des patients à histoires, mais ils ont aussi une histoire faite de brisures et d'abandons, de rejets ou d'errances qu'ils mettent en scène répétitivement. À travers leurs actes ils parlent d'une révolte ou d'une colère, que chacun d'entre nous a appris plus ou moins à apprivoiser. La séduction n'est pas absente de leur discours et de leur comportement. La transgression qu'ils vivent et nous décrivent suscite nombre d'émotions qui s'apparentent à la fascination.

La violence et les récits qui y ont trait sont sources d'une intense excitation psychique qui n'est pas simple à reconnaître et à assumer. Elle se convertit souvent en récits de situations cliniques où la fascination pour le morbide transparaît à travers le luxe de détails de certaines descriptions ou à travers l'insistance que certains, par souci de « vérité », mettent sur des dimensions insoutenables des actes commis. Si on n'y prend garde, cette fascination prend toute la place, insiste dans nos pensées et nous place dans une situation d'interrogation désagréable.

6.3. La distorsion dans les communications interpersonnelles : activisme, conflits et brouillage

L'angoisse des uns renforce la violence des autres, et amène à une multiplication des passages à l'acte en miroir ou en écho, s'actualisant dans d'interminables conflits où s'affrontent des désirs d'exclusion et de fusion. Transferts, recherche d'un lieu autre capable de gérer la violence d'un patient inquiétant, tensions entre équipes médicales, sociales et surveillants, représentent le quotidien d'une institution comme la prison qui doit en permanence traduire ce qui se joue de la violence du patient dans les incessants conflits qui l'agitent.

L'interrogation des vécus et de ces réactions est essentielle à l'évaluation du risque et à sa gestion ultérieure. Car faute d'être repérés et travaillés, ils se reproduiront et brouilleront les cartes cliniques.

7. Comportements violents et troubles psychiatriques : un lien flou

L'interrogation sur l'association violence et troubles psychiques n'est pas récente. Nous avons mentionné plus haut l'invention de la monomanie homicide. Plus tard, Kalhbaum a défini l'héboïdophrénie qui soulevait la question d'une psychose schizophrénique dont le premier signe était le passage à l'acte violent. Henri Ey, à ce propos, signalait que dans certains cas la personnalité psychopathique « n'est que la préface » d'une évolution schizophrénique.

7.1. Schizophrénie et violence

Plusieurs auteurs estiment que la schizophrénie constitue un facteur de risque sérieux. Ainsi, Eronen *et al.* [17,18] en Finlande, à partir d'une étude sur 12 ans et portant sur 1423 hommes incarcérés parmi lesquels étaient recensés 93 meurtriers souffrant de schizophrénie, estiment que le risque de commettre un acte violent lié à une pathologie schizophrénique s'avère dix fois supérieur à celui retrouvé dans la population. Ce constat serait confirmé par les études de Hodgins [30] puis Brennan [6] à partir du suivi de très importantes cohortes au Danemark et en Suède.

Gallet *et al.* [20], à Toulouse, relèvent que 90 % des meurtres commis par les patients psychotiques qu'ils ont suivis sont l'œuvre de patients schizophrènes, première manifestation morbide dans 30 % des cas, 50 % de ces crimes étant commis sur des proches. Ils identifient deux périodes critiques dans l'évolution de la maladie en matière de risque, lors de l'éclosion de la maladie d'une part, et après dix ans d'évolution d'autre part.

Ces points de vue sont loin de faire l'unanimité. Ainsi, après une étude longitudinale courant sur six années, Teplin *et al.* [48] estiment, pour leur part, que les études qui tendent à confirmer la corrélation entre l'existence de troubles mentaux et l'accroissement du risque de passage à l'acte violent souffrent de biais méthodologiques trop importants, faute de groupe témoin approprié. Cette étude a cependant constaté que 50 % d'une cohorte de détenus qui présentaient soit des troubles mentaux sévères (schizophrénie ou troubles affectifs majeurs), une symptomatologie psychiatrique floride (hallucination ou délire) ou des conduites addictives (alcool ou substance) avait été réincarcérée après avoir commis un acte criminel dans les six ans suivant une première libération.

7.2. Comment rendre compte de ce lien flou ?

Pour le praticien confronté aux agirs violents, l'association facilement simpliste entre maladie psychique et violence ne résiste que difficilement à l'expérience clinique, mais elle ne peut être évacuée. Le fait de poser un diagnostic de maladie psychiatrique n'implique pas que la personne en cause soit plus dangereuse, même si sa pathologie ou les difficultés qui y sont associées la rendent plus vulnérable.

Il est donc nécessaire de rendre compte de cette problématique de manière plus fine. Ainsi, certains auteurs différencient le *risque relatif* du *risque attribuable* [1].

- Le *risque relatif* décrit l'existence et la magnitude d'une association entre un facteur de risque (le trouble psychique) et un phénomène résultant (le comportement de violence). Ces auteurs rendent compte d'une association modérée mais significative entre schizophrénie (ou troubles psychotiques) et violence. Cette association reste cependant comparable à l'association de la violence avec d'autres facteurs comme le niveau éducatif ou socioéconomique [36], et de moindre magnitude que l'association d'autres pathologies (troubles de la personnalité et abus de substances en particulier) avec le risque de violence.
- le *risque* « *attribuable* » décrit la proportion, parmi les actes de violence subis par une population, de ceux qui sont le fait de personnes présentant un facteur de risque spécifique : pour les troubles psychiatriques majeurs (rapporté à l'ensemble des crimes violents) le risque attribuable est lui, en revanche, faible : la plupart des crimes violents sont commis en l'absence d'un trouble psychiatrique majeur.

En d'autres termes, la question de cette association ne doit être considérée que comme périphérique. Et, plutôt que de stigmatiser la maladie psychiatrique en soi, il est nécessaire d'affiner notre observation pour être attentif à ce qui pourra être facteur de violence. Dans cet esprit nous pouvons identifier plusieurs ordres de signes qui majorent le risque violent :

- des constellations particulières de symptômes (idées délirantes de persécution/de manipulation) [1] ;
- le caractère aigu d'une décompensation avec symptomatologie psychotique floride ;
- l'existence d'un abus de substance, souvent considéré comme un facteur beaucoup plus important que le trouble psychique en soi [39], voire comme facteur multiplicateur [42] ;
- enfin, certains traits de personnalité retrouvés bien souvent à un degré ou l'autre chez ces sujets transgressifs rendent mieux compte de ce qui se tapit dans l'acte violent.

On sait, en effet, la difficulté de la prise en charge de ces patients présentant des personnalités psychotiques associées à des traits caractériels massifs et dont le fonctionnement est constamment menacé par une violence effroyable et morcelante, source de raptus imprévisibles, ou trop prévisibles dans leur répétition [23].

Notre observation rejoint ainsi celle de Nestor [39] qui recense les quatre dimensions qui semblent sous-tendre, dans des configurations diverses et en interaction, l'association entre divers troubles psychiatriques et un risque de violence :

- mauvais contrôle des impulsions (particulièrement chez des sujets aux prises avec un abus de substances primaire ou comorbide) ;
- trouble de la régulation des affects ;
- traits narcissiques (particulièrement chez des individus avec un trouble de la personnalité) ;
- personnalité avec un style cognitif de type paranoïde (particulièrement chez des sujets avec un trouble schizophrénique).

8. Points de repère et instruments

Plusieurs générations successives de recherches ont existé, pointant, dans un premier temps, la difficulté et l'imprécision des approches prédictives (notamment le jugement clinique non structuré) en matière de comportement violent, et le risque de faux positifs [38,47]. Un nombre considérable de travaux a cependant permis de nuancer et de préciser l'aide dont le praticien pouvait bénéficier pour aller au-delà de sa seule intuition.

L'évaluation du risque peut se subdiviser en trois temporalités :

- risque immédiat, qui s'impose dans l'instant, et souvent dans l'urgence ;
- à court terme (d'une semaine à un mois), celle qui permet l'élaboration d'une prise en charge à brève échéance ;
- à long terme, qui pose la question du pronostic.

L'évaluation à court terme apparaît, bien sûr, comme l'évaluation la plus fiable, celle qui est source de progrès : le contexte de prédiction est le même que le contexte de validation, le feedback concernant la prédiction est plus facile et a plus de validité et, en outre, il est possible d'identifier les éventuels stimuli déclencheurs. Cette évaluation permet de souligner l'urgence d'une situation.

8.1. Le débat actuel

Celui-ci oppose deux méthodes [29,15].

- Les *instruments actuariels* sont des instruments structurés qui, à partir de variables anamnestiques ou sociodémographiques mesurables, donnent une probabilité quantitative, statistique, de risque (table actuarielle), s'appliquant à des circonstances données (définies généralement) et à une période donnée. L'ensemble brosse le tableau d'un contexte biographique avec un accent sur les éléments propices à l'émergence de comportements violents.
- Les *méthodes d'évaluation fondées sur un jugement clinique* utilisent des instruments semi-structurés ou des critères formalisés. Ces méthodes associent connaissances empiriques concernant la violence, et évaluation clinique, pour aboutir à une estimation *qualitative*, tenant également compte, de façon beaucoup plus spécifique, du contexte individuel (passé et futur).

9. Les méthodes actuarielles

9.1. Regroupements

Hall [26], à partir d'une revue exhaustive de la littérature, regroupe trois catégories de variables qui fondent la plupart des approches actuarielles ou des critères formalisés, et dont on reconnaîtra facilement la pertinence clinique, indépendamment de leur utilisation dans des tables statistiques.

9.1.1. Les variables concernant la violence passée du sujet

Celles-ci mettent l'accent sur une histoire de vie dont les praticiens connaissent l'importance dans la trajectoire et

l'enfance des sujets violents. Elles vont souligner la fréquence, la sévérité et le type de comportement violent présenté par le sujet dans le passé. La précocité de la délinquance violente, en particulier lors d'agressions sexuelles, est dans ce contexte une variable déterminante.

L'exposition propre du sujet évalué à des comportements ou un entourage violent ou maltraitant dans l'enfance sont aussi considérés comme prévalents. On rejoint ici le questionnement sur la place de situations génératrices de traumatismes précoces (placements par exemple). Bien sûr la question des abus sexuels subis prend toute sa valeur par le vécu de honte qui en est consécutif et qui peut se convertir en acte violent à la faveur d'une situation qui associe réminiscence et vulnérabilité.

9.1.2. Les éléments qui vont renforcer les comportements violents

Ces éléments contribuent à faciliter l'émergence des comportements violents soit en raison de l'exposition à un environnement à risque, soit en raison d'un mode d'être qui va rendre les sujets à risque moins capables de résister à des sollicitations internes ou externes susceptibles de les conduire à la violence.

On relèvera ainsi dans ce regroupement des facteurs liés au mode de vie : marginalisation, statut socioéconomique, mais aussi des données qui rendent compte de certains aspects de la personnalité et des dynamiques comportementales.

Les auteurs attachent ainsi une importance particulière à l'impulsivité, à l'usage de verbalisations hostiles ou injurieuses ou à l'existence d'habitus alcoolique ou toxicomaniaque. Cela pourrait aussi concerner des données plus en relation avec la vie psychique interne du sujet à évaluer : par exemple les cauchemars à thème violent et le voisinage de ceux-ci avec la vie onirique infantile.

9.1.3. Les stimuli susceptibles de déclencher la violence du sujet

Parmi ces stimuli, nous retrouvons les notions d'intoxication ou d'alcoolisation aiguë, les événements vitaux marquants tels qu'une rupture sentimentale, les éléments qui viennent interagir directement avec la dynamique propre du sujet, telles les paroles perçues comme des insultes à l'estime de soi.

Dans ce registre, sont considérés comme déclencheurs les symptômes psychiatriques qui se manifestent sous une forme plus aiguë, autant par leur intensité que par l'activité psychique pathologique qu'ils sous-tendent.

En allant plus loin dans cette logique, il nous est possible d'estimer que, pour certains, on pourrait presque parler de persécution par le symptôme. Ainsi, un sujet qui redoute l'apparition de manifestations délirantes risquera de les anticiper par un passage à l'acte dont la valeur de décharge peut momentanément apaiser l'angoisse.

9.2. Les tables actuarielles

À partir de certaines de ces variables ainsi empiriquement identifiées ont été construits des instruments visant la prédic-

tion la plus fidèle possible des comportements de violence dans l'échantillon utilisé, au moyen d'une démarche purement algorithmique, produisant une évaluation chiffrée du risque de violence, valable, rappelons-le, dans une population donnée, pour un risque donné, sur une période donnée.

De façon générale, ces méthodes se veulent transparentes dans leur conception et leur construction, et empiriquement validées. On doit cependant garder à l'esprit que la précision atteinte dans l'échantillon ayant servi à l'élaboration n'est en aucun cas garantie lors de son utilisation pour l'évaluation d'autres sujets, provenant de populations différant de l'échantillon d'origine, ne serait-ce que par un élément aussi fondamental, et variable entre les populations ou les échantillons, que le taux de base de violence (en anglais *base rate* : « proportion de gens dans un groupe qui pourraient se rendre coupables de violence dans certaines circonstances spécifiques pendant une période donnée » Monahan, [38], cité par Litwack, [32]).

De plus, il s'agit d'une approche qui se limite à un nombre prédéterminé de variables, choisies de façon arbitraire lors de l'élaboration de la méthode, et qui ne permet pas la prise en compte entière de chaque situation individuelle, avec ses particularités. Enfin, ces méthodes produisent une prédiction « passive », n'ayant pas dans leur essence une visée préventive consistant à identifier pour l'individu évalué les facteurs de risque qui lui sont spécifiques, dépendant du contexte de vie ou accessibles à des interventions. Les critiques sont nombreuses au sujet de tels instruments qui peuvent être utilisés comme « tables de la loi » et évacuent toute l'histoire singulière du sujet et toute cohérence clinique. On peut ainsi facilement imaginer que de tels instruments peuvent être le support de mesures stigmatisantes ou discriminatoires dans des logiques de défense sociale.

9.3. Une méthode actuarielle pure : l'échelle VRAG (Violence Risk Appraisal Guide)

L'échelle VRAG [45] illustre parfaitement ce type de méthode. Elle a été élaborée sur un échantillon de patients de sexe masculin, évalués ou traités dans un établissement hospitalier de haute sécurité. Dans l'étude d'élaboration de l'échelle (selon une méthodologie rétrospective), douze items ont été sélectionnés pour leur capacité à « prédire » la récurrence de violence sur une période d'observation de sept ans. Lors de la cotation, les réponses aux douze items sont combinées selon une pondération prédéterminée, pour aboutir à un score total, et à une classification de risque de violence (sur une période de dix ans) en neuf tranches entre 0 et 100 %.

Les items statistiquement associés avec un risque de violence accru sont : un score élevé à l'échelle de psychopathie (PCL-R, cf. plus loin), des problèmes scolaires, un trouble de la personnalité, le départ du foyer parental avant 16 ans, la présence d'un échec antérieur lors d'une période probatoire, la présence dans les antécédents de délinquance concernant une atteinte à la propriété, l'état civil célibataire, et des antécédents d'abus d'alcool.

À l'inverse, les items associés à un abaissement du risque de violence sont : l'élévation de l'âge, la présence d'un trouble schizophrénique, une blessure infligée à la victime lors de l'infraction ayant conduit à l'évaluation, et le fait que cette victime soit de sexe féminin.

Comme on pourra le remarquer, la comparaison de l'association prédictive positive ou négative des différents items de cet instrument avec un risque de violence fait ressortir une contradiction apparente avec les études détaillées plus haut. Ainsi, la présence d'un trouble schizophrénique est ici considérée comme élément atténuant le risque de violence ultérieur, alors que la littérature le mentionnerait comme un facteur associé, modérément, à un risque accru de violence.

Le risque de retrouver de tels phénomènes est lié à la méthodologie prévalant à la construction d'une telle échelle, et plus spécifiquement aux caractéristiques de l'échantillon utilisé. Ainsi, si cet échantillon comprend essentiellement des sujets atteints de schizophrénie, d'une part, et de troubles de la personnalité, notamment de type psychopathe, d'autre part, comme cela semble exister dans l'échantillon de validation de la VRAG [32, 11], alors, en procédant par comparaison, la présence d'un trouble schizophrénique apparaîtra protectrice par rapport à la présence d'un trouble de la personnalité de type psychopathe. C'est là une des grandes limitations des méthodes actuarielles, qui font résolument l'impasse sur l'apport d'un jugement clinique en ne se fondant que sur des comparaisons statistiques.

Enfin, une évaluation fondée sur la VRAG ne donnera aucune indication sur les dynamiques de changement possibles pour l'individu, ni sur les mesures contextuelles appropriées, et ne prend aucunement en compte la gravité de l'événement qu'elle cherche à prédire, ni l'acceptabilité de ce risque au vu des différentes mesures possibles. Ces critiques de fond ont été très largement documentées par Litwack [32] dans une revue très exhaustive qui l'a aussi conduit à bien différencier la détermination de la dangerosité (qui obéit à une série d'éléments contextuels et sociaux mentionnés plus haut) de la prédiction des comportements violents [33].

10. Les jugements cliniques structurés

Sous nos latitudes, et à ce jour, l'appréciation du risque et celle de la dangerosité seront le plus souvent le fait d'une évaluation clinique non-structurée, de forme libre, selon des critères relevant de la libre appréciation du clinicien. Ce type d'évaluation, s'il permet une bonne flexibilité et une adaptation sur mesure à la situation clinique en question, est cependant très peu validé empiriquement, et l'utilité des conclusions rendues repose essentiellement sur l'expérience, le charisme et l'intuition de l'évaluateur.

Les évaluations cliniques à prépondérance anamnétique partagent en grande partie ces caractéristiques, ne se distinguant des précédentes que par l'obligation faite à l'évaluateur de prendre en considération la présence, la nature et le contexte de violences antérieures.

Les méthodes qui apparaissent les plus prometteuses et qui suscitent un intérêt croissant [40] sont les « évaluations cliniques semi-structurées ». L'évaluation du risque se fait alors à partir de lignes directrices qui synthétisent des connaissances scientifiques actualisées. Une collecte d'information la plus exhaustive possible est favorisée par la structure contenue dans l'instrument. La rédaction des conclusions doit se faire de façon transparente, avec un examen systématique des éléments à disposition, mais l'évaluateur reste juge de la pondération à appliquer entre eux, et de l'évaluation finale du niveau de risque.

10.1. Un exemple de jugement clinique semi-structuré : La HCR-20 (Historical Clinical Risk-20 [50,14])

Cette échelle, particulièrement utilisée par les cliniciens, comporte 20 facteurs résumant les informations pertinentes sur le passé (histoire du patient), le présent (appréciation clinique), et l'avenir (gestion du risque probable à l'avenir) (Tableau 1).

Elle fait l'objet d'une grande attention de la part de cliniciens d'horizons divers. Indépendamment des travaux effectués dans le domaine spécifique de la psychiatrie légale ou en milieu pénitentiaire, des études menées chez des patients hospitalisés ont montré la capacité de cet instrument à anticiper des comportements de violence pendant l'hospitalisation (pour les facteurs Cliniques essentiellement, [34]) ou après la sortie et le retour dans la communauté (facteurs Historiques et de Gestion du risque ; [16]).

Dans cet instrument, la possibilité de pondération laissée à l'évaluateur permettrait, en particulier, une prédiction de réitération de violence bien meilleure que d'autres méthodes

pour l'évaluation de situations de libération d'un établissement de psychiatrie légale, pour des patients jugés irresponsables en raison d'un trouble psychiatrique [15].

Les instruments de jugement clinique structurés, selon leurs concepteurs, ont pour avantage principal de susciter la discussion et la confrontation des points de vue plutôt que de donner une vision univoque du patient. Ils rendent aussi plus transparents les principes de base du processus de décision et permettent l'adoption d'un langage commun et un meilleur usage des informations à disposition [50]. Ils permettent aussi de prendre une certaine distance par rapport aux biais susceptibles d'affecter le clinicien G. Côté [11] signale, par exemple, que « le clinicien aura trop souvent tendance à surévaluer l'absence de culpabilité au détriment d'aspects liés au fonctionnement narcissique qui s'avèrent particulièrement associés au fonctionnement psychopathique ».

Dans notre expérience, ils permettent à une équipe confrontée à des comportements déstabilisants, perdue dans ses repères, de se mettre en discussion à partir d'une observation mieux systématisée, de différencier entre ce qui relève de l'immédiateté du risque et de ce qui relève de la gestion future de celui-ci, de faire la part entre la lourdeur de son histoire et l'actualité de sa pathologie.

D'autres supports d'appréciation ont été développés sur le même principe : citons en particulier l'échelle élaborée par Dittman [13], qui a construit son instrument en reprenant les principales interrogations d'un clinicien confronté à cette évaluation (Tableau 2).

11. La question de la psychopathie

Comment la dimension psychopathique de la personnalité colore-t-elle le tableau clinique, et, en conséquence, l'appré-

Tableau 1
Historical Clinical Risk – 20 (HCR 20) [50]

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Facteurs de gestion du risque
Violence antérieure	Introspection difficile	Plan irréalisable
Premier acte de violence commis durant la jeunesse	Attitudes négatives	Exposition à des facteurs déstabilisants
Instabilité des relations intimes	Symptômes actifs de maladie mentale grave	Manque de soutien personnel
Problèmes d'emploi	Impulsivité	Inobservation des mesures curatives
Problèmes de toxicomanie	Résistance au traitement	Stress
Maladie mentale grave		
Psychopathie		
Inadaptation durant la jeunesse		
Troubles de la personnalité		
Échecs antérieurs de la surveillance (probation)		

Tableau 2
Critères défavorables selon Dittman [13]

Délit	activités délictueuses antérieures, choix hasardeux des victimes, violence particulière
Personnalité	troubles psychiques anciens, chroniques avec tendances délictueuses, trouble de la personnalité dès l'enfance, impulsivité
Attitude par rapport aux troubles	nie ou banalise, n'accepte pas de médication
Compétences sociales	désinsertion, isolement, absence de partenaire
Attitude par rapport au délit	nie ou banalise, rejette la responsabilité sur les victimes
Possibilités thérapeutiques	impossibilité d'entrée en matière
Environnement social	Peu ou pas de contacts sociaux, absence de domicile, etc.
Évolution après infraction	récidive, conflits en milieu pénitentiaire, fugues lors de congés, etc.

ciation du risque qui va en découler ? Cette préoccupation est devenue croissante avec la problématique des comorbidités et le constat que le comportement violent est l'expression brutale d'une sidération psychique qui ne se dérive pas dans d'autres symptômes.

Pour toute une frange de patients particulièrement violents, les comportements psychopathiques qui occupent le devant de la scène recouvrent d'authentiques schizophrénies ou des structurations psychotiques qu'on ne peut plus qualifier d'états limites à expression psychopathique, sans courir le risque de se fourvoyer dans la thérapeutique. Pour d'autres, l'intrication est plus complexe, posant la question de la violence narcissique ou celle du traumatisme comme catalyseur de la réactivité psychopathique [25].

Sans suffire à rendre compte de la complexité de ce qui est en jeu, le développement d'instruments d'appréciation des comportements psychopathiques va probablement contribuer à renouveler la réflexion sur la concomitance entre deux registres psychiques [41].

11.1. La Psychopathie selon la PCL-R (Tableau 3)

Il s'agit d'un instrument développé pour préciser le diagnostic de psychopathie, en tenant compte, non seulement des comportements antisociaux, mais aussi de traits de personnalité considérés comme spécifiques [28], et qui a fait l'objet de développements importants en milieu francophone [43]. Fortement inspirée des travaux de Clekley [8] qui avait tenté de démontrer l'existence de la psychopathie comme entité spécifique, cette échelle vise, à la fois, à rendre compte des éléments diagnostics propres concernant la personnalité et les comportements et, tout en déterminant l'intensité, à partir d'un score. Elle vise aussi à cerner « le fonctionnement criminel » sous ce double aspect [11].

Tableau 3

Psychopathie suivant la Psychopathie Check List révisée (PCL-R) ([28], traduction française, [43])

-
1. Loquacité et charme superficiel
 2. Surestimation de soi
 3. Besoin de stimulation et tendance à s'ennuyer
 4. Tendance au mensonge pathologique
 5. Duperie et manipulation
 6. Absence de remords et de culpabilité
 7. Affect superficiel
 8. Insensibilité et manque d'empathie
 9. Tendance au parasitisme
 10. Faible maîtrise de soi
 11. Promiscuité sexuelle
 12. Apparition précoce de problèmes de comportements
 13. Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste
 14. Impulsivité
 15. Irresponsabilité
 16. Incapacité à assumer la responsabilité de ses faits et gestes
 17. Nombreuses cohabitations de courte durée
 18. Délinquance juvénile
 19. Violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
 20. Diversité des types de délits commis par ces sujets
-

Certains indicateurs de cette échelle prendront une valeur inquiétante en termes de pronostic : l'absence d'empathie, l'indifférence froide, la dimension égocentrique, l'existence de comportements impulsifs.

Utilisée à des titres divers, tant sur un mode actuariel pur (le score de la PCL-R représente l'item prépondérant au sein de l'échelle VRAG, et l'échelle est également utilisée seule pour une prédiction statistique) que comme soutien à une évaluation clinique plus globale (le score PCL est un des 20 items de la HCR-20) cette échelle partage les atouts et limitations des autres méthodes de type actuariel. Son utilisation très large dans les milieux de la psychiatrie légale fait courir le risque d'en faire une norme rigide évacuant toute analyse clinique, et permettant aiguillage et mise à l'écart sur cette seule base.

11.2. Une clinique de la psychopathie

La lecture des comportements violents passe par une réflexion sur ce que représente le symptôme psychopathique, non comme facteur de gravité au sens où le définit la PCL, mais comme compréhension du mode d'être de la personne, de sa réactivité et des conflits qui le hantent.

Seule la clinique permet de proposer une approche qui intègre les différents paramètres en restituant une vision globale du patient tenant compte à la fois du diagnostic psychiatrique, des éléments psychopathologiques, et de la relation du patient à la violence dans ses antécédents autant dans la réalité que sur le plan fantasmatique [12]. Dans ce sens, R. Melloy [37] donne une lecture renouvelée de la séméiologie psychopathique en mettant l'accent sur les mécanismes de *sensations-perceptions* qui ouvrent la voie à la violence prédatrice de certains sujets. Il indique comment le processus psychopathique se perpétue par l'incapacité à surmonter un état de déplaisir, à refouler un affect déplaisant et ce qui conduit le sujet à un vécu de colère diffuse car il ne peut se référer, en raison de la pauvreté de ses identifications, à des expériences apaisantes et, donc, à l'empathie.

La prise en compte du risque violent de nature psychopathique passe d'abord par la délimitation diagnostique, dans laquelle l'intolérance à la frustration et l'imminence du passage à l'acte auto- ou hétéroagressif restent deux maîtres symptômes. Mais une meilleure compréhension de ce qui peut faire basculer le sujet, soit dans l'agressivité affective qui met en jeu une émotion indicible par sa proximité avec la crainte de l'envahissement psychotique, soit dans une agressivité prédatrice, apparemment dénuée d'émotion, est fondamentale dans cette démarche d'anticipation.

Dans le second cas, le passage à l'acte violent peut être alors compris comme perception soudaine d'un vide intérieur effroyable, recherche de maîtrise explosive des limites, refus de l'insupportable, de l'incomplétude narcissique [4] où le sujet bascule brutalement pour fuir tout ce qui peut rappeler un vécu abandonnique mortifère (ruptures, carences, faillites familiales, expériences psychiquement indigérables). Tout ce qui ne peut que bannir l'émotion de l'acte, mais dont on peut pressentir la frayeur quand la relation cherche à apprivoiser cet étrange vécu.

Dans un autre registre, certains agirs ou recours à l'acte [2–4] témoignent de la proximité du délire, d'une émotion qui s'expulse à travers des mécanismes psychotiques, et qui indique combien la violence met le sujet au risque du morcellement. Dans tous les cas, l'appréciation du risque violent passe par l'acceptation et la mesure que l'on peut prendre de l'incapacité de ces sujets à penser, à mentaliser, à élaborer, et en corollaire par l'absolue nécessité de pouvoir mettre en place un cadre qui tient compte de ces failles et de la destructivité qui y réside, et les aide à exister autrement que dans l'acte.

Pour illustrer l'attention que l'on doit porter à ces processus, nous citerons deux propos émanant de deux patients, tous deux criminels ayant purgé leur peine et confrontés à l'anxiété de la vie libre, qui essaient de rendre compte du risque qu'ils font courir :

- « Avant, j'avais de la marge, maintenant je suis à la limite » me dit D. au fur et à mesure qu'il est débordé par une rage qui vient des profondeurs et qu'il ne peut contrôler qu'à grand-peine, effrayé par la perception de son impuissance face à ce qui le dévore, mais conscient aussi de ce que tout cela ne s'adresse qu'à lui.

« On peut me pousser longtemps sans que je ne dise rien, mais tout d'un coup, je me retourne et alors je casse tout » nous indique cet autre patient qui essaye sans cesse de se barricader dans son détachement, un monde imperméable et incernable qui ne laisse prise qu'à peu d'émotions apparentes, sauf celles qui réagissent à un empiétement de son territoire.

Ces approches psychopathologiques n'autorisent pas l'évaluation pronostique valide et fiable que certains pourraient souhaiter. Elles permettent, cependant, de progresser pas à pas dans la construction du soin et, partant, dans la gestion du risque et des situations qui peuvent se présenter, notamment dans les institutions de soin.

12. Intégrer lecture clinique et indicateurs ?

L'évaluation de la dangerosité, lorsqu'elle est pratiquée dans une visée expertale ou évaluative, fait donc appel à différents facteurs et doit distinguer deux aspects : la capacité de récidive – autrement appelée dangerosité criminologique – et le risque violent, qui recouvre ce qui est parfois appelé la dangerosité psychiatrique et qui ressortit, d'une certaine manière, à l'évaluation psychopathologique.

Ces deux dimensions sont complémentaires dans l'évaluation, par exemple, en présence d'une personnalité psychopathe. Mais il est bien des cas où ces deux aspects sont clairement dissociés. En particulier, face à une violence « en secteur » qui, par l'effet du clivage, sera minimisée, voire niée, du moins dans le temps de l'évaluation, pour ne donner du risque de récidive qu'une représentation abstraite déconnectée des valences émotionnelles en jeu dans l'acte, comme c'est souvent le cas dans les actes d'agression sexuelle.

La capacité de récidive pose la question d'une structure psychique qui ne se modifiera pas et assurera la pérennisa-

tion d'une modalité relationnelle particulière. Pour le clinicien, cette évaluation se fonde aussi sur la capacité du patient à gérer les événements traumatiques, à affronter son affectivité et à ne pas faire l'impasse sur ses zones d'ombre. L'amnésie de certains actes violents est ainsi partie intégrante de l'évaluation pronostique.

La propension à la récurrence doit être aussi comprise par le psychiatre [3], comme compulsion de répétition. Cette propension repose sur plusieurs éléments : absence de perception d'une loi internalisée, absence de capacité d'empathie envers la victime, fantasmagorie déviante très prégnante, vie relationnelle marquée par la violence, etc.

Le risque violent, lié à la psychopathologie, ressortit plutôt à la capacité de contrôle pulsionnel. L'intolérance à la frustration est un bon exemple de ce que peut signifier cette dangerosité psychiatrique et du but qui peut être recherché par l'évaluation, à savoir l'évaluation de la capacité à accepter un contrôle, une contention.

C'est donc dans cette appréciation que l'on doit corréler le risque à une symptomatologie envahissante qui conduit le sujet à être véritablement persécuté par son symptôme, surtout lorsque celui-ci place le sujet dans un vécu de toute-puissance mégalomane.

13. Conclusion

L'évidence de la dangerosité impliquant la récurrence va toujours en s'amplifiant dans la rumeur, autant dans les médias que chez les spécialistes, malgré tous les travaux en la matière qui impliquent beaucoup de circonspection [44]. Quelle que soit la rigueur clinique avec laquelle on peut évaluer les éléments cités plus hauts, je crois nécessaire de rappeler ces quelques questions préalables, définies par T. Harding [27], qu'il importe de se poser avant de se prononcer sur la dangerosité d'un patient :

- « S'agit-il d'une prédiction d'un comportement qui risque d'être directement et gravement nuisible pour la santé ou la vie d'une autre personne ?
- Ce cas confrontera-t-il le médecin à des problèmes d'éthique professionnelle ou personnelle ?
- Quels sont les faits qui ont conduit à envisager la possibilité d'un acte de violence ou d'un comportement dangereux ?
- Quels sont les éléments caractérisant la personnalité du patient qui font penser qu'elle a tendance à réagir au stress par un comportement dangereux ?
- Quelles sont les sources de stress dans l'environnement potentiel ?
- Quels sont les projets thérapeutiques et les possibilités d'encadrement social qui peuvent atténuer ou éliminer les facteurs de risque psychopathologiques et environnementaux identifiés ? »

Nous ne devons pas oublier, non plus, que la surdétermination de la dangerosité est souvent aussi l'aveu de l'impasse thérapeutique où ces patients nous conduisent souvent quand ils s'engagent dans un soin.

À partir de ce constat, quelle peut être l'attitude du thérapeute confronté à une situation de violence ? Dire la dangerosité dans la relation duelle instaurée avec le patient ou dire la dangerosité à la justice pour amener l'instauration de mesures réponses spécifiques ? Dans notre expérience, l'important est de réussir à nommer, d'une manière ou d'une autre, cette inquiétude pour ne pas laisser la sidération s'installer.

Dans un précédent travail sur ce thème, l'un de nous [22] écrivait que dire qu'un patient est dangereux c'est avant tout interroger sur ce qui fait ligne de partage entre ce que nous entendons de l'application d'une loi qui n'est pas de notre ressort et ce que nous entendons de ce qui procède de la rencontre.

L'abord thérapeutique de certaines structures psychiques comme celles que l'on rencontre chez les délinquants sexuels vient cependant rendre plus difficile à appréhender cette ligne de partage, probablement par la confusion qu'ils viennent susciter dans tout ce qui est du registre de la Loi.

En résumé et pour rester dans la construction d'une démarche, il est utile de garder à l'esprit ces registres de base que nous ne devons jamais manquer d'interroger :

- Quelle est la pathologie en cause ? Quelle est la nature de la menace ressentie ? S'agit-il d'un patient violent, inquietant ou perturbateur ?
- Quel est le contexte : alcoolisation, difficulté affective, professionnelle ? Quelle est l'urgence de la situation et de la nécessité de l'intervention ?
- De quels indicateurs dispose-t-on et, en particulier, comment le patient identifie-t-il ses propres facteurs de risque ?
- Comment est-il, finalement, capable d'entrer dans un dialogue où sa capacité à se connaître et à anticiper le risque d'un passage à l'acte peut se mettre en mots avec son interlocuteur ?

Références

- [1] Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(suppl. 407):63–7.
- [2] Balier C. *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: PUF, « Fil rouge »; 1988.
- [3] Balier C. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris: PUF, « Fil rouge »; 1996.
- [4] Balier C. *La violence en Abyme*. Paris: PUF, « Fil rouge »; 2005.
- [5] Bénézech M. Introduction à l'étude de la dangerosité, Communication personnelle, congrès « Dangerosité », Paris, octobre 2001.
- [6] Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494–500.
- [7] Buffard S, Elchardus JM, Gillet M, Quenard M. Il est dangereux de se pencher. In : *Dangerosité et Justice pénale. Ambiguïtés d'une pratique*, sous la direction de C. Debuyst, F. Tulkens, 1 vol. 350 p., Ed. Médecine et Hygiène, Genève 1982 : 177–188.
- [8] Cleckley H. *The mask of sanity*. New York: Mosby; 1941–1982.
- [9] Colin M. Définition de l'état dangereux. In: *Études de criminologie clinique*. Paris: Masson; 1963. p. 15–59.
- [10] Cornfield RB, Fielding SD. Impact of the threatening patient on ward communications. *Am J Psychiatr* 1980;137:5.
- [11] Coté G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie* 2001;34(1):31–45.
- [12] Deumié L. Dangerosité en psychiatrie : l'impasse de la prévention ? *Ann Med Psychol* 1995;153:641–6.
- [13] Dittmann V. Kriterien zur beurteilung des Rückfallrisikos besonders gefährlicher Straftäter, Document de travail de la Commission spécialisée du Concordat de la Suisse centrale. décembre 1999.
- [14] Douglas DS, Webster CD, Hart SD, Eaves D, Ogloff JRP. *Violence Risk Management Companion Guide*. Vancouver: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 2001.
- [15] Douglas KS, Ogloff JRP, Hart SD. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 2003;54(19):1372–9.
- [16] Douglas KS, Ogloff JRP, Nicholls Tonia L, 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(6):917–30.
- [17] Eronen M, Angermeyer MC, Schulze B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(Suppl):13–23.
- [18] Eronen M, Tihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996;22(1):83–9.
- [19] Foucault M. L'évolution de la notion d'« individu dangereux » dans la psychiatrie légale. *Déviance et Société* 1981;5(4):403–22.
- [20] Gallet E, Camilleri C, Crocher F, Laurencin G, Nouvel A. Les psychotiques incarcérés. *Forensic* 2000;2–3:48–52.
- [21] Gansel Y, Grison-Curinier J, Plet F, Renault F. La violence sur la scène des urgences. *Forensic* 2005; (à paraître).
- [22] Gravier B. In: *Autour de quelques questions éthiques sur l'implication du psychiatre dans l'évaluation de la dangerosité*. Lettre de l'union syndicale de la psychiatrie. 1994. p. 18–20.
- [23] Gravier B. L'évolution des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire : vers une clinique de la dignité. In: Louzoun C, Salas D, editors. *Justice et psychiatrie, Normes, Responsabilité, Éthique*. Toulouse: Érès; 1998. p. 281–96.
- [24] Gravier B, Guex P. Violence et exclusion : Du violent au perturbateur, le risque des circuits de soins marginaux. *Rev Med Suisse Romande* 1995;115:499–503.
- [25] Gravier B. Comportements psychopathiques et réactivité traumatique. In: Halfon O, Ansermet F, Laget J, Pierrehumbert B, editors. *Sens et non-sens de la violence*. Paris: PUF, « Fil rouge »; 2002. p. 113–28.
- [26] Hall HV. Predicting dangerousness for the courts. *Am J Forensic Psychiatry* 1984;5(2):77–96.
- [27] Harding TW. Le médecin face à la dangerosité. *Rev Med Suisse Romande* 1985;105:23–31.
- [28] Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist: Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health System, Inc; 1991.
- [29] Hart SD. Assessing and managing violence risk. In: Douglas KS, Webster CD, Hart SD, Eaves D, Ogloff JRP, editors. *HCR-20: Violence Risk Management Companion Guide*. Barnaby, Canada: Simon Fraser University, & Tampa, University of South Florida; 2001.
- [30] Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder and crime, Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:489–96.
- [31] Lion JR, et al. A violence clinic: three year's experience. *Am J Psychiatr* 1976;133:4.
- [32] Litwack TR. Actuarial versus clinical assessment of dangerousness. *Psychol Public Policy Law* 2001;7:409–43.
- [33] Litwack TR. Some Questions for the field of violence risk assessment and forensic mental health: or, "Back to basics" revisited. *Int J Forensic Ment Health* 2002;1:171–8.
- [34] McNeil, Dale E, Gregory, Amanda L, Lam JN, Binder RL, Sullivan GR. Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:945–53.
- [35] Maleval JC. Les meurtres immotivés ne sont pas sans causes. *Synapse* 1986;28:62–70.

- [36] Marzuk PM. Violence, crime, and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:481–6.
- [37] Meloy JR. *Les psychopathes, essai de psychopathologie dynamique*. Paris: Frison-Roche; 2000.
- [38] Monahan J. *The clinical prediction of violent behavior*. Washington, DC: Government Printing Press; 1981.
- [39] Nestor PG. Personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry* 2002;159(12):1973–8.
- [40] Nicholls TL, Ogloff JRO, Douglas KS. Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL-SV, and VSC. *Behav Sci Law* 2004;22:127–58.
- [41] Nolan K, Volavka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv* 1999;50:787–92.
- [42] Paterson B, Claughan P, McComish S. New evidence or changing population? Reviewing the evidence of a link between mental illness and violence. *Int J Ment Health Nurs* 2004;13:39–52.
- [43] In: Pham TH, Coté G, editors. *Psychopathie: théorie et recherche*. Villeneuve d'Asq: Presses universitaires du Septentrion; 2000.
- [44] Proulx J. La récidive. In: Aubut J, et al., editors. « Les agresseurs sexuels ». Montréal: La Chenelière et Maloine; 1993. p. 260–7.
- [45] Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier AC. *Violent offenders. Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998.
- [46] Senninger JL. Dangerosité, étude historique. *Inf Psychiatr* 1990;66: 689–96.
- [47] Steadman H, Cocozza J. *Carreers of the criminally insane*. Lexington, MA: Lexington Books; 1974.
- [48] Teplin L, Abram K, Mc Clelland GM. Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? A six year longitudinal study. *Am Psychol* 1994;49:335–42.
- [49] Van Gijsegem H. In: L'évaluation du présumé agresseur sexuel d'enfants, in J. Aubut, « le rôle du témoin expert ». Montréal: Chenelière/Mac Graw-Hill; 1996. p. 53–89.
- [50] Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20: Assessing risk of violence, version 2* Burnaby BC. Simon Fraser University; 1997.