

Estimation du risque d'apparition des comportements agressifs

Risk assessment of developing aggressive behaviour

M. Kaszuba

Service de Psychiatrie, Hôpital Erasme

RESUME

Le sujet de l'article porte sur le problème des comportements agressifs chez les patients ainsi que les méthodes d'estimation les plus répandues du risque éventuel de leur apparition. La problématique mentionnée ci-dessus est relative, en particulier, à des structures psychiatriques, mais est aussi présente dans des structures médicales de type général. L'importance de ce problème est soulignée par des données épidémiologiques.

L'article comprend une description des instruments largement utilisés, à savoir la PCL-R (The Hare Psychopathy Checklist-Revised) et la HCR 20 (The Historical Clinical and Risk Management Scale 20) mais aussi des instruments actuariels comme la VRAG (The Violence Risk Assessment Guide) et la SORAG (The Sex Offender Risk Assessment Guide). L'article présente également une échelle d'évaluation dynamique la START (The Short-Term Assessment of Risk and Treatability). L'utilité et les limites de ces instruments y sont développées.

Certains troubles de la personnalité peuvent prédisposer un individu à commettre des actes d'agression ou de violence. Cette problématique est aussi abordée dans le texte.

L'article met l'accent sur l'utilité de formations régulières, relatives à l'estimation du risque des comportements agressifs, destinées au personnel soignant et permettant de renforcer la sécurité tout en aidant à planifier une prise en charge de manière correcte.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 26-38

ABSTRACT

The article concerns the problem of patients with aggressive behaviour and the most common methods for estimating the potential risk of appearance of such behaviour. The problem mentioned above is related in particular to psychiatric facilities, but it is also present in medical facilities of general type. The importance of this problem is underlined by epidemiological data.

The article includes a description of two widely used instruments, namely the HCR 20 (The Historical Clinical and Risk Management Scale 20) and the PCL-R (The Hare Psychopathy Checklist-Revised) but also the actuarial instruments the VRAG (The Violence Risk Assessment Guide) and the SORAG (The Sex Offender Risk Assessment Guide). The article also presents an instrument for the dynamic assessment, the START (The Short-Term Assessment of Risk and Treatability). The usefulness and limitations of these instruments are developed.

Some personality disorders may predispose an individual to commit acts of aggression or violence. This topic is also developed in the text. The article focuses on the rationale for the usefulness of regular training of risk assessment for staff, which increases security and helps to plan the care correctly.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 26-38

Key words : aggressive behaviour, risk assessment, antisocial personality, psychopathy

INTRODUCTION ET DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Des comportements agressifs chez les patients constituent un problème fréquent dans les

établissements de soins de santé. Il est évident que de tels comportements constituent une menace pour la santé et pour la vie non seulement du personnel, mais aussi des autres patients.

La fréquence des comportements agressifs dépend évidemment du caractère de la section et de la pathologie présente chez le patient. Il est reconnu que ce problème est plus répandu chez les patients hospitalisés dans des établissements psychiatriques. Ce dernier touche néanmoins des sections non psychiatriques ainsi que d'autres établissements médicaux.

Afin de souligner la gravité de ce problème, nous citons ici quelques données statistiques.

Selon les statistiques établies entre 1993 et 1999, aux Etats-Unis, le taux annuel de comportements violents non mortels de la part de patients envers des membres du personnel soignant en général, était de 16,2 pour mille des membres du personnel dans le cas des médecins et déjà de 21,9 pour mille dans le cas des infirmières. En analysant les statistiques plus en détail, ce dernier taux montait à 68,2 pour mille des travailleurs lorsque le personnel travaillait dans le secteur des soins psychiatrique¹.

Au Royaume-Uni, une enquête menée dans le secteur psychiatrique a démontré qu'au cours de 12 mois consécutifs, 60 % des psychiatres et 45 % des infirmiers psychiatriques étaient confrontés directement aux différents types de violence de la part des patients durant leur travail².

Travailler aux urgences représente un risque plus élevé de comportements agressifs de la part des patients envers le personnel soignant. Ceci s'explique aussi par le fait que certains patients peuvent se présenter armés aux urgences, ce qui augmente considérablement le degré de risque pour le personnel³.

Le risque particulier de l'éventuel comportement agressif est beaucoup plus grand dans des structures psychiatriques. Selon certaines études, environ 10 % de la population des patients psychiatriques présentent des comportements d'agression physique ou verbale envers le personnel⁴. Selon les travaux de recherche effectués par E.C. Poster, 75 % des infirmières psychiatriques subissent une agression physique de la part d'un patient, au moins une fois durant leur carrière⁵.

Au cours des années, différents tests ont été élaborés ayant pour but de permettre l'estimation des risques potentiels de comportements agressifs. Leurs valeurs diffèrent et dépendent, largement, de la situation, du type de pathologie, de l'expérience, des chercheurs impliqués et d'autres nombreux facteurs.

Parmi les multiples questionnaires utilisés afin de pronostiquer les comportements agressifs nous pouvons citer entre autres : PCL-R : *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* ; HCR 20 : *The Historical Clinical and Risk Management Scale 20* ; VRAG : *The Violence Risk Assessment Guide* ; SORAG : *The Sex Offender Risk Assessment Guide* ; START : *The Short-Term Assessment of Risk and Treatability* ; PPI : *The*

Psychopathic Personality Inventory ; MPQ : *The Multidimensional Personality Questionnaire* ; NAS : *The Novaco Anger Scale* ; BIS : *The Barratt Impulsiveness Scale* ; EASI : *The Emotionality, Activity, Sociability and Impulsivity Temperament Survey* ; TMAS : *The Taylor Manifest Anxiety Scale* ; FSS III : *The Fear Survey Schedule III* ; EES : *The Emotional Empathy Scale* ; NPI : *The Narcissistic Personality Inventory* ; SSS : *The Sensation Seeking Scale* ; SO : *The Socialization Scale*.

Les 4 instruments considérés comme les plus valables et les plus répandus dans la psychiatrie moderne sont :

- PCL-R : *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* ;
- HCR 20 : *The Historical Clinical and Risk Management Scale 20* ;
- VRAG : *The Violence Risk Assessment Guide* ;
- SORAG : *The Sex Offender Risk Assessment Guide*.

Les échelles permettent de souligner les traits asociaux et psychopathiques chez un patient ainsi que d'estimer du risque éventuel d'agressivité. Cet article a pour but de rapprocher ces tests.

L'article va également faire référence à une échelle d'évaluation dynamique *The Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START) mais la description et l'explication détaillée de ce test pourraient être le sujet d'un autre article.

La publication va aussi évoquer l'échelle PCL-R : YV (*Youth Version*) utilisée pour l'évaluation des adolescents. L'échelle HCR-20 mentionnée ci-dessus se base sur les données fournies par l'échelle PCL-R, ce qui sera plus largement abordé dans la partie suivante de l'article.

Le terme " antisocial " et " psychopathe " sera également développé dans l'article.

Etant donné l'augmentation du risque de comportements agressifs chez des patients présentant certains troubles de personnalité, nous mentionnerons également ce fait. L'analyse des troubles de personnalité ne sera pourtant pas détaillée, la thématique transgressant le sujet du présent article, et pourrait faire l'objet d'une autre publication.

L'article mentionne également les controverses et les limites de ces tests, en ce qui concerne le sexe, l'âge et l'origine géographique des patients.

Il est important de mentionner que les méthodes actuarielles ne font pas tout et une approche de " type clinique " est également importante dans des évaluations de patients.

Il présente aussi certaines caractéristiques et informations permettant d'avoir une estimation relativement rapide des risques possibles en cas de situations d'urgence survenant dans la pratique quotidienne, par exemple, aux urgences d'un hôpital, lorsque l'évaluation de la performance en utilisant un

instrument spécifique n'est pas possible.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES MONTRANT UN RISQUE ACCRU DE COMPORTEMENT AGRESSIF

Afin d'effectuer une évaluation rapide du risque d'agressivité, il est nécessaire d'évaluer la présence de certaines caractéristiques, et facteurs qui doivent être pris en considération dans l'évaluation du risque de la violence à court terme :

- la présence d'idées violentes et le degré de préparation et/ou de planification intendante à la violence ;
- les moyens disponibles pour porter dommage à la victime, et l'accès à cette victime potentielle ;
- les antécédents de violence et autres comportements impulsifs ;
- l'agitation, la colère et le comportement désorganisé ;
- le peu de compliance lors de l'entretien ;
- la présence de troubles de la personnalité *borderline* ou antisociale ;
- la présence de pathologie psychotique, de l'ordre du délire ou des hallucinations ;
- la présence de consommation d'alcool ou de drogues ;
- les antécédents de non-respect du traitement ;
- la présence d'un trouble organique ;
- les antécédents d'abus physiques ou sexuels durant l'enfance ;
- l'affiliation à un groupe démographique à prévalence accrue à la violence, par exemple, les jeunes de sexe masculin et les groupes socio-économiques défavorisés^{3,6}.

Ces différents facteurs de risque et des caractéristiques cliniques liés à la violence chez un patient nécessitent des mesures de prévention et une prudence particulière.

LE TERME " ANTISOCIAL " ET " PSYCHOPATHE " - MISE EN EVIDENCE DES DIFFERENCES

Avant la présentation des échelles, il est important de souligner que le terme " antisocial " et " psychopathe " ne sont pas des synonymes. Ci-dessous, nous trouvons une caractéristique de ces termes.

Les critères retenus par le DSM-IV afin d'établir le diagnostic concernant la personnalité antisociale sont les suivants :

- A. Le mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :
- l'incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux de la société, comme peut l'indiquer la répétition de comportements passibles d'arrestation ;
 - la tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou d'escroqueries ;
 - l'impulsivité ou l'incapacité à planifier à l'avance ;

- l'irritabilité ou l'agressivité, indiquée par la répétition de bagarres ou d'agressions ;
 - le mépris inconsideré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
 - l'irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;
 - l'absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui ;
- B. Etre âgé d'au moins 18 ans.
- C. La manifestation d'un trouble de conduite/ comportement débutant avant l'âge de 15 ans
- D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un épisode maniaque⁷.

Afin de montrer les différences de termes " antisocial " et " psychopathe ", il est utile de présenter la comparaison proposée par Robert Rosner dans son livre " *Principles of Practice of Forensic Psychiatry* ", 2nd édition. Selon Rosner, le trouble de la personnalité antisociale *versus* la psychopathie :

Personnalité antisociale selon le DSM-IV

- plus large, plus inclusive ;
- approche phénoménologique ;
- largement basée sur les conséquences visibles d'un comportement et/ou d'une conduite antisociale ;
- focalisée sur les comportements antisociaux.

Psychopathie (Cleckley, Hare)

- étroit, plus grave, plus susceptible d'être reflété dans la criminalité (en particulier Hare / PCL-R) ;
- approche déficitaire de la personnalité ;
- largement basée sur la dynamique de la personnalité, implacable dans ses relations avec les autres, insensibilité - déficit émotionnel au niveau de l'empathie ;
- inclut de nombreuses caractéristiques présentes dans le DSM, comme par exemple les traits narcissiques, histrioniques, paranoïaques et de type *borderline*⁸.

Les critères du DSM-IV pour la personnalité antisociale mettent plus l'accent sur les comportements délinquants, criminels et irresponsables, tandis que la PCL-R concerne la psychopathie. Au sein d'un établissement pénitentiaire, le taux de prévalence de trouble de la personnalité antisociale est plus élevé⁹.

PRESENTATION DES ECHELLES

The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)

The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 1991) est un outil de diagnostic utilisé afin d'estimer d'éventuelles traits psychopathiques. Comme traits de la psychopathie peuvent être considérés : le manque de sentiment de culpabilité, le manque d'empathie, l'égoïsme, les mensonges

pathologiques, les abrogations répétitives aux normes sociales et juridiques, l'érouissement émotionnel^{10,11}.

Histoire et objectifs de l'échelle

L'échelle était initialement conçue pour l'évaluation des personnes accusées ou bien condamnées pour des crimes. La PCL-R comprend une échelle de 20 points d'évaluation de la présence et de la gradation des symptômes qui permet aux examinateurs qualifiés de comparer le degré éventuel de psychopathie à celui présent chez un psychopathe prototype. L'échelle est fréquemment considérée comme une méthode efficace pour déterminer la présence et le degré de psychopathie^{10,11}.

L'échelle était initialement conçue et destinée aux hommes adultes retenus comme prisonniers ou bien enfermés dans des hôpitaux de psychiatrie judiciaire. Pourtant, de récentes expériences démontrent que la PCL-R peut également être utilisée pour l'évaluation des criminels et non criminels, des hommes et également des femmes. La PCL-R sert à diagnostiquer la psychopathie chez les gens à des fins cliniques, juridiques ou bien dans des études scientifiques. La PCL-R, conçue au début des années 1990, a été initialement prévue pour déterminer le degré de prédisposition psychopathique. Sachant que les psychopathes sont à maintes reprises récidivistes, qu'ils pratiquent le harcèlement sexuel et qu'ils commettent des crimes ayant recours à la violence, la PCL-R a trouvé une application dans le domaine juridique ainsi que dans d'autres institutions, comme indicateur du risque potentiel de récidive de la part des pénitenciers, en particulier, celle entraînant de l'agressivité^{12,13}. Dans les populations de délinquants, la prévalence du trouble de personnalité antisociale est deux ou trois fois plus élevée que celle de la psychopathie, telle qu'elle est mesurée par la PCL-R. La plupart des délinquants ayant obtenu un score élevé à la PCL-R répondent aux critères requis par le trouble de personnalité antisociale ; par contre, la plupart de ceux ayant un trait de la personnalité antisociale n'obtiennent pas de score élevé à la PCL-R¹³.

Les résultats du test sont souvent utilisés dans la criminalistique et dans le domaine juridique entre autres dans les décisions relatives à la durée, au type de réclusion et éventuellement au traitement psychiatrique forcé.

Précautions

Bien évidemment, le fait de diagnostiquer la psychopathie est une décision grave. Elle est d'une grande importance non seulement pour la personne ayant subi l'évaluation mais aussi pour son entourage. Elle est également importante dans des études criminalistiques et médico-judiciaires. C'est pourquoi, l'examen doit être fait par des experts formés, possédant de larges connaissances actuelles dans le domaine de la psychiatrie, de la psychologie et, en particulier, de la psychopathie, ceci afin d'interpréter

au mieux, la valeur des résultats. Un élément jugé de prime importance est, par ailleurs, l'expérience acquise par les experts dans le travail accompli avec des criminels accusés ou condamnés. Puisque les résultats du test sont par la suite utilisés par les juridictions, il est recommandé que les personnes procédant à l'examen soient des experts reconnus par le tribunal. Durant les procès, un double avis est aussi d'application : le recours à deux experts se prononçant, de manière indépendante, à propos du même suspect et utilisant le même test, permet d'émettre les conclusions les plus objectives. Des études faites aux Etats-Unis et en Europe confirment la valeur importante de la PCL-R en ce qui concerne l'évaluation du degré de traits psychopathiques chez une personne et, dans de nombreux cas, la prévision de la probabilité de futurs comportements agressifs¹⁰⁻¹².

Des avis critiques sont néanmoins bien présents aussi. Les opinions sur la valeur et les limites de l'échelle présentée seront également développées dans cet article.

Description

The Hare Psychopathy Checklist-Revised (the PCL-R) comprend un essai de détection de 20 traits d'importance diagnostique. Ces traits sont relatifs aux relations interpersonnelles, affectives, à l'engagement émotionnel, aux réactions vis-à-vis d'autres gens et situations, aux traits de dysfonction sociale et à l'évaluation du mode de vie. L'échelle comprend les deux aspects principaux qui aident à décrire la psychopathie : d'une part, l'égoïsme et le manque d'empathie, d'autre part, la victimisation, l'instabilité et le mode de vie asocial¹⁴.

L'échelle PCL-R évalue les 20 traits suivants :

- loquacité / charme superficiel ;
- surestimation de soi ;
- besoin de stimulation / tendance à s'ennuyer ;
- tendance au mensonge pathologique ;
- duperie / manipulation ;
- absence de remords ou de culpabilité ;
- affect superficiel ;
- manque d'empathie / insensibilité ;
- parasitisme ;
- faible maîtrise de soi ;
- promiscuité sexuelle ;
- apparition précoce de problèmes de comportement ;
- incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste ;
- impulsivité ;
- irresponsabilité ;
- incapacité d'assumer les responsabilités de ses faits et gestes ;
- nombreuses cohabitations de courte durée ;
- délinquance juvénile ;
- violation des conduites de mise en liberté conditionnelle ;
- diversité des types de délits commis par le sujet^{10,11,13}.

Une partie de l'entretien et de l'étude se penche sur le passé, surtout sur les éléments tels que la vie professionnelle, l'éducation, l'état civil, la situation familiale et l'éventuel passé criminel. Etant donné la possibilité fréquente de mensonge, ces informations doivent être confirmées par une documentation et d'autres preuves objectives^{10,11,14,15}.

Résultats et conclusions

Pour chaque trait, une valeur de 0, 1 ou 2 points peut être attribuée en fonction du degré d'intensité du trait. L'échelle PCL-R correctement complétée correspond à une somme de points. Un psychopathe prototype aura le nombre maximum de points, à savoir 40.

En Amérique du Nord, un score de 30 est généralement utilisé comme "une note de passage" - *cut-off* pour le diagnostic de la psychopathie¹³.

En Europe, on parle souvent de *cut-off* 27/26. Des résultats entre 20 et 29 (en Europe souvent entre 20 et 26) renvoient à une problématique dite "mixte". Le score total peut donc varier jusqu'à 40. Enfin, dans la population générale, le score de la PCL-R est situé entre 6 et 8, et non 0. Ces intervalles sont ceux qui permettent la meilleure classification des sujets^{10,16,17}. Des résultats finaux de 30 points ou plus permettent de diagnostiquer la présence de la psychopathie mais de nombreux criminels non psychopathes ont un résultat autour de 22 points^{10,11}.

La recherche a montré un lien étroit et fort entre les traits psychopathiques et les comportements agressifs au sein d'un groupe de délinquants adultes, d'adolescents antisociaux, et de la population de patients psychiatriques. La présence de traits psychopathiques est associée à une propension à un comportement violent. La psychopathie est un puissant prédicteur de la récurrence violente chez les patients psychiatriques, auteurs d'infractions pénales et civiles.

Pourtant, les chercheurs qui s'intéressent au domaine des comportements agressifs doivent affiner leurs définitions opérationnelles au-delà de la simple analyse "instrumentale" ou "réactive" afin de capter la complexité des motivations de cette violence.

Les psychopathes sont plus susceptibles d'avoir perpétré un crime instrumental violent que les non-psychopathes qui commettaient habituellement des actes de violences réactives, comme Cleckley l'a prédit. Globalement, ces résultats suggèrent que les psychopathes sont plus susceptibles que les autres délinquants, d'avoir des réactions violentes provoquant de la souffrance à autrui. La violence exercée par des psychopathes est multiforme et très différente de celle des autres délinquants¹⁸.

Les scores élevés de la PCL-R sont associés à des taux plus élevés de crimes violents et à un risque prépondérant de récurrence criminelle. La PCL-R offre souvent une validité importante dans la prédiction de la

violence, la récurrence, et les débordements de la norme institutionnelle sur les échelles de risque actuarielles fondées sur d'autres variables démographiques et historiques¹⁹.

Particularité de la population jeune - The Hare Psychopathy Checklist-Revised : Youth Version (PCL : YV)

En raison de la particularité de la population des adolescents, une échelle adaptée a été établie. Cette échelle est appelée *The Hare Psychopathy Checklist-Revised : Youth Version* (PCL : YV) (Forth A, Kosson D, Hare RD, 2003). La PCL : YV est une échelle de 20 éléments, présentant des modifications de la PCL-R afin d'être utilisée chez les adolescents. Chaque élément est noté sur une échelle de 3 points (0, 1 ou 2 points), avec un score total variant jusqu'à 40¹³.

Des études récentes suggèrent que la manifestation de la psychopathie peut changer en fonction de l'âge et du sexe. On parle d'une conceptualisation modifiée chez les non-adultes et dans la population féminine (voir par exemple chez les adolescents mâles)²⁰.

Comparativement aux garçons, les filles en général se livrent moins à des actes d'agression physique mais plus, à des actes de formes relationnelles, c'est-à-dire à des actes envers les relations interpersonnelles et sociales, par exemple destinés à endommager une amitié ou à accroître un sentiment d'acceptation dans un groupe²¹.

Les résultats de recherches effectuées par S.R. Penney et M.M. Moretti montrent que les jeunes ayant des caractéristiques psychopathiques se livrent à une agressivité plus manifeste ; cette relation est comparable pour les garçons et les filles. Les jeunes ayant un score supérieur à la PCL : YV se manifestent de façon plus significative dans l'agressivité relationnelle. Le genre féminin est associé à des niveaux plus élevés d'agression relationnelle, ce qui est indépendant des effets de la psychopathie. Il existe une relation entre les facteurs (caractéristiques) de la psychopathie et les mesures effectuées concernant l'agressivité, la violence et la délinquance non violente dans un même échantillon d'adolescents à haut risque.

Les caractéristiques interpersonnelles et affectives de la psychopathie sont également liées à l'agressivité chez les filles et les garçons. De manière générale, parmi les jeunes à haut risque, les résultats mettent en évidence des différences au niveau de la relation entre les différentes dimensions de la psychopathie et les résultats pertinents en fonction du sexe²².

Le modèle PCL : YV a une grande importance dans la prédiction du risque de récurrence violente chez les garçons. A l'inverse, la PCL : YV ne joue aucun rôle significatif dans la prédiction de la récurrence non violente ou violente chez les filles. Cette restriction au niveau

des résultats peut être causée par le petit nombre de sujets féminins dans le groupe examiné²³.

La valeur de la PCL : YV est également d'usage limité pour les adolescentes en raison des différences notables entre les symptômes présents chez les garçons et chez les filles. C'est pourquoi, il faut mettre l'accent sur la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine²⁴. Les garçons sont plus souvent impliqués dans de graves actes d'agression et de violence que les filles²⁵.

Globalement, le nombre d'adolescentes avec des traits antisociaux est en augmentation dans nos sociétés²⁶. Une corrélation est reconnue entre les comportements antisociaux et criminels des parents biologiques et de leurs descendants. Par exemple, les enfants issus de parents délinquants psychopathes ayant commis un homicide, ont montré une tendance plus élevée à la criminalité, souvent sous forme de vandalisme²⁷.

The Historical Clinical and Risk Management Scale 20 (HCR 20)

Objectifs de l'échelle

L'échelle d'évaluation du risque des comportements agressifs a été rendue publique en 1995 et révisée en 1997 (Webster *et al.*).

La HCR-20 (*The Historical Clinical and Risk Management Scale 20*) sert à évaluer le risque des comportements agressifs. Sa structure résulte de l'expérience clinique.

Elle est destinée à être employée au sein de structures psychiatriques à caractère général, psychiatriques médico-judiciaires ainsi que dans des établissements pénitentiaires.

Description et résultats de l'échelle

L'échelle HCR-20 comprend 20 éléments. Les traits évalués sont les suivants :

- 10 traits historiques ;
- 5 traits cliniques ;
- 5 éléments prouvant l'existence d'un risque éventuel.

Chaque trait est évalué et reçoit un nombre de points correspondant à l'intensité de la présence de l'élément donné. Un système de notation existe donc : 0 (pas présent), 1 (éventuellement présent) ou 2 (présent). Le résultat final possible à atteindre est de 40 points.

La HCR-20 comprend une analyse des données qui résultent du passé, du présent et du pronostic pour l'avenir. Les résultats de l'échelle PCL-R sont utilisés comme référence au point 7 de la partie des traits historiques de l'échelle HCR-20¹⁶. En fonction du nombre de points obtenus et de l'observation clinique relative au fonctionnement du patient, de sa coopération

ainsi que de la présence des symptômes de troubles psychiques, le risque éventuel du comportement agressif de la part du patient est évalué et décrit en termes qualitatifs comme peu élevé, moyen ou élevé^{15,28,29}.

Dans de nombreux établissements, il est fréquent de procéder à de telles évaluations du risque dans des groupes de travail dédiés. Ils se composent de médecins, psychologues, infirmières, gardiens, assistants sociaux et curateurs. Bien évidemment, le personnel procédant aux évaluations est censé posséder les compétences et formations requises dans le domaine d'évaluation du risque.

Ci-dessous, la structure de l'échelle (H : traits historiques ; C : traits cliniques ; R : éléments de risque) :

- H1 : violence antérieure ;
- H2 : premier acte de violence commis dans la jeunesse ;
- H3 : instabilité des relations ;
- H4 : problèmes d'emploi ;
- H5 : problèmes de toxicomanie / alcool ;
- H6 : maladie mentale grave ;
- H7 : psychopathie ;
- H8 : mauvaise adaptation durant la jeunesse ;
- H9 : trouble de la personnalité ;
- H10 : échec antérieur de la surveillance / probation ;
- C1 : manque d'introspection ;
- C2 : attitudes négatives ;
- C3 : symptômes actifs de la maladie mentale grave ;
- C4 : impulsivité ;
- C5 : résistance au traitement ;
- R1 : plans irréalisables ;
- R2 : exposition à des facteurs déstabilisants ;
- R3 : manque de soutien personnel ;
- R4 : non-compliance à des mesures curatives ;
- R5 : stress¹⁵.

L'échelle est considérée comme un bon outil de pronostic d'éventuels comportements agressifs, en particulier chez les hommes, pour une période de moins d'un an³⁰.

Les analyses provenant de nombreux établissements indiquent que, parmi les patients psychiatriques, la provenance ethnique n'influence pas largement les résultats finaux et la valeur de l'échelle^{31,32}.

L'utilisation de la HCR-20 s'avère être très utile dans l'évaluation de récurrence potentielle liée aux comportements agressifs. C'est pourquoi, elle est fréquemment utilisée dans des établissements psychiatriques, en particulier, de psychiatrie judiciaire¹².

De nombreuses analyses des résultats et des observations cliniques indiquent que le patient ayant été agressif pendant la période d'une semaine à partir de son arrivée dans l'établissement, court un risque 9 fois plus élevé d'apparition de comportements agressifs en début de traitement, et ce, durant les deux premières semaines³³.

The Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) et The Sex Offender Risk Assessment Guide (SORAG)

The Violence Risk Appraisal Guide (the VRAG) et *The Sex Offender Risk Assessment Guide* (the SORAG) sont les échelles actuarielles diagnostiquant le risque d'une éventuelle récidive. Ces deux échelles peuvent s'appliquer pour des situations spécifiques, comme dans les cas d'infractions graves et d'agression sexuelle.

The Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)

Cette échelle sert d'instrument d'évaluation afin de prédire une éventuelle récidive de violence (infractions graves). Les scores sont convertis en neuf niveaux de catégorie de risque avec une probabilité de risque allant de 8 à 100 % pour une période jusqu'à 10 ans. Les évaluations sont réalisées via des formulaires spécifiques et par un personnel qualifié dans l'utilisation de ces outils. Les évaluations permettent d'estimer le risque comme haut, moyen/modéré ou bas³⁴⁻³⁶.

The Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) a été publié en 1993 (Harris, Rice et Quinsey) et mesure 12 facteurs de risque. L'échelle donne une prévision jusqu'à 100 % d'un risque de récidive éventuelle chez un délinquant. Ce test est utilisé afin de prévoir un éventuel comportement agressif chez des délinquants et malades mentaux.

Les éléments évalués lors de l'échelle VRAG sont les suivants :

1. le score obtenu lors du *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) ;
2. l'impact de la séparation des parents alors que le sujet avait moins de 16 ans ; si l'individu a vécu avec ses deux parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (sauf décès d'un des parents) ;
3. le score obtenu en rapport avec la gravité des blessures infligées aux victimes ; cotisation la plus grave conséquence pour la victime ;
4. le diagnostic de la schizophrénie répondant aux critères du DSM ;
5. le statut conjugal et le fait de n'avoir jamais été marié ;
6. le décrochage scolaire ;
7. si la victime est de sexe féminin ;
8. l'éventuel échec de libération conditionnelle antérieure ;
9. les antécédents judiciaires pour une infraction non violente vis-à-vis des biens (selon la table Cormier Lang) ;
10. l'âge auquel l'infraction actuelle a été commise ;
11. les antécédents d'abus d'alcool ;
12. le diagnostic des troubles de la personnalité répondant aux critères du DSM³⁴⁻³⁸.

Les recherches concernant *The Violence Risk Appraisal* (VRAG) montrent des différences significatives en fonction du sexe. La VRAG permet de prévoir les inconduites en établissement durant

l'incarcération ainsi que les risques de récidive chez les hommes mais pas chez les femmes³⁹.

The Sex Offender Risk Assessment Guide (SORAG) (Quinsey et al., 1998)

Il s'agit d'une échelle spécifique utilisée pour prédire la récidive des délinquants sexuels.

Le test se compose de quatre domaines principaux :

- le facteur de développement (*developmental factor*) identique aux éléments de la VRAG ;
- l'ajustement / adaptabilité des adultes (*adult adjustment*) ;
- les variables de délit (*offense variables*) ;
- les informations diagnostiques (*diagnostic information*).

Le **facteur de développement** comprend les informations spécifiques concernant des éléments caractérisant le développement du sujet. Les **variables d'ajustement / adaptabilité des adultes** comprennent l'historique des infractions violentes et non-violentes, les antécédents des délinquants sexuels, du sexe des victimes et si, parmi les victimes, il y avait des enfants. Les **variables de délit** sont définies comme l'âge index (des scores plus élevés pour les délinquants plus jeunes) et de la relation entre la victime et le délinquant (pour les victimes étrangères à l'agresseur, les scores attribués sont plus importants). Les **informations diagnostiques** sont définies comme l'évaluation de la présence de troubles de la personnalité, de la schizophrénie et des déviations sexuelles. De plus, les informations diagnostiques attribuent plus d'importance aux scores élevés à l'échelle PCL-R, aux scores de QI bas, aux attitudes de soutien de la criminalité et aux attitudes qui ne sont pas prosociales ou conventionnelles (exemples : l'instabilité de travail " *poor work history* ", l'abus de drogues). Les scores de l'échelle SORAG sont également convertis en neuf niveaux de catégorie de risque pour une période jusqu'à dix ans, avec une probabilité de risque allant de 9 à 100 %. Les évaluations sont réalisées via des formulaires spécifiques et par un personnel qualifié dans l'utilisation de ces outils. Les évaluations permettent aussi de définir le risque comme haut, moyen/modéré ou bas^{34,37,38}.

En résumé les éléments évalués lors de la SORAG sont les suivants :

1. le score obtenu lors du *The Hare Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) ;
2. l'impact de la séparation des parents alors que le sujet avait moins de 16 ans ; si l'individu a vécu avec ses deux parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (sauf décès d'un des parents) ;
3. le diagnostic de la schizophrénie répondant aux critères du DSM ;
4. le statut conjugal et le fait de n'avoir jamais été marié ;
5. le décrochage scolaire ;
6. l'éventuel échec de libération conditionnelle

- antérieure ;
7. les antécédents judiciaires pour une infraction non violente vis-à-vis des biens (en excluant les délits actuels) ;
 8. les antécédents judiciaires pour une infraction violente (en excluant les délits actuels) ;
 9. les antécédents de délits à caractère sexuel contre des enfants (y compris le délit actuel) ;
 10. le nombre de condamnations antérieures pour des délits à caractère sexuel ;
 11. l'âge auquel l'infraction actuelle a été commise ;
 12. les antécédents d'abus d'alcool ;
 13. le diagnostic de troubles de la personnalité répondant aux critères du DSM ;
 14. les préférences sexuelles déviées et résultats aux mesures phallométriques^{34,37,38}.

The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (The START) – exemple d'échelle d'évaluation dynamique

The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) est un outil développé par Webster C.D. et ses collaborateurs. C'est un guide de 20 éléments destinés à l'évaluation dynamique de sept domaines de risque (la violence envers les autres, le suicide, l'automutilation, la négligence de soi, l'absence non autorisée/évasion, l'usage de substances-drogues, et l'exposition à la criminalité). La START présente un raffinement dans l'évaluation des facteurs de risque dynamiques par le fait qu'elle prévoit le codage différentiel des forces ainsi que les besoins des patients, tout en permettant l'enregistrement des facteurs de risque au cas par cas. Chacun des 20 éléments est évalué en fonction de descriptions succinctes fournies dans le manuel publié. Les 20 éléments évalués lors de l'échelle START sont les suivants :

- compétences sociales (*social skills*) ;
- relations avec les autres (*relationship*) ;
- occupation et statut professionnel (*occupational*) ;
- loisirs (*recreational*) ;
- soins personnels/hygiène (*self-care*) ;
- état mental (*mental state*) ;
- état émotionnel (*emotional state*) ;
- abus de substances (*substance misuse*) ;
- contrôle des impulsions (*impulse control*) ;
- facteurs externes déclenchants (*external triggers*) ;
- ressources matérielles (*material resources*) ;
- attitudes (*attitudes*) ;
- compliance thérapeutique (*medication adherence*) ;
- respect des règles (*rule adherence*) ;
- conduite (*conduct*) ;
- rétrospection (*insight*) ;
- projets (*plans*) ;
- faire face (*coping*) ;
- soutien social (*social support*) ;
- traitabilité (*treatability*)⁴⁰⁻⁴².

La START se compose de deux échelles ; une relative aux côtés forts et l'autre aux faiblesses du patient. L'évaluation doit indiquer une valeur pour les deux échelles. En fonction de la présence et de

l'intensité des éléments évalués une valeur de 0, 1 ou 2 points est appliquée pour chaque élément évalué. Les évaluations sont réalisées via des formulaires spécifiques, par un personnel qualifié dans l'utilisation de ces outils qui permettent aussi d'estimer les risques dans les sept domaines comme haut, moyen/modéré ou bas^{41,42}.

OPINIONS CRITIQUES PAR RAPPORT AUX ECHELLES - LA VALIDITE ET LES LIMITES DES ECHELLES

Il est important d'énoncer certaines critiques et limites des échelles précédemment développées. Les échelles ont été élaborées et utilisées principalement dans le but d'évaluer la population masculine adulte. Cela implique une utilisation restreinte d'un tel outil dans une population d'adolescents ou de femmes. Cet aspect sera développé plus en profondeur au cours de cette partie de l'article. Au vu des différentes critiques et limites de ces échelles, des essais sont menés afin de créer un instrument plus approprié à une population d'adolescents et de femmes.

Comme déjà mentionné, vu la particularité de la population jeune, une échelle spécifique PCL-R : YV (*Youth Version*) a été établie.

Premièrement, ni la PCL-R, ni aucune autre mesure de la psychopathie ne peut être considérée comme un instrument unique d'évaluation des risques. Ce sont des instruments destinés à mesurer des constellations de traits de personnalité - traits de la psychopathie - qui n'ont pas été conçus pour prédire précisément le crime ou la violence.

Deuxièmement, les instruments d'évaluation de la psychopathie ne devraient jamais être utilisés isolément sans tenir compte des autres facteurs de risque. Si possible, ils devraient être complétés par les autres instruments d'évaluation des risques disponibles. Un score extrêmement haut à la PCL-R peut être suffisant pour pronostiquer la présence d'un risque élevé de comportements agressifs et violents, mais pas nécessairement. En outre, des procédures statistiques peuvent être mises en place afin d'optimiser la validité du pronostic (par exemple, le *cut-off* pour la PCL-R). De plus, les évaluations doivent être appliquées dans de nouveaux contextes et des généralisations sont donc déconseillées. Dans le contexte de l'évaluation des risques la PCL-R calcule uniquement un seul facteur de risque et non pas une évaluation complète du risque⁴³.

La plupart des recherches sur la PCL-R et la HCR-20 ont été menées sur de petits échantillons, échantillons de sexe masculin, principalement en raison de la surreprésentation des hommes, sur des sujets incarcérés ou présents dans des hôpitaux de psychiatrie médico-légale⁴⁴⁻⁴⁸. Peu d'études ont inclus les deux sexes ; de plus, celles-ci ne contiennent généralement qu'une faible proportion de femmes^{49,50}.

La PCL-R a une remarquable capacité pour prédire les comportements violents ainsi que la récidive en général parmi les détenus de sexe masculin et les patients présents en institution médico-légale, surtout lorsque la procédure est combinée à un assortiment de facteurs de risque important (par exemple, *The Violence Risk Appraisal Guide* ou *The Sex Offender Risk Appraisal Guide*). Les résultats confirment que les femmes souffrant de troubles mentaux ont des facteurs de risque similaires aux hommes souffrant de mêmes troubles, mais leurs schémas de violence diffèrent. Les femmes sont généralement impliquées dans des formes moins graves de violence dirigée vers elles-mêmes ou envers le personnel dans un contexte institutionnel, tandis que les hommes ont tendance à commettre des formes plus graves de comportements violents en milieu communautaire. Dans l'étude effectuée par Warren J.I. *et al.* sur 132 détenues incarcérées à la prison de sécurité maximale pour femmes, nous trouvons une corrélation significative entre les scores totaux de la PCR-L et de la HCR-20. Des scores plus faibles sur les deux échelles (la PCL-R et la HCR-20) sont associés à des condamnations pour assassinat, ce qui suggère en général que les femmes qui assassinent, ne sont pas des psychopathes. Les conclusions de cette étude n'ont pas démontré de relation entre les scores plus élevés sur l'échelle HCR-20 et les taux élevés de violence en établissement chez les femmes. Cette différence pourrait provenir de la différence de contexte. En revanche, la PCL-R et la HCR-20 présentent une forte corrélation avec différents types de crimes non violents, y compris l'effraction, le vol, la possession de biens volés, le vol à l'étalage, la contrefaçon, la violation de probation et la prostitution. La présente étude est limitée par la taille de l'échantillon, la nature rétrospective des mesures de la violence utilisée, et la non-disponibilité de l'information au sujet des comportements criminels violents ou non violents qui n'ont pas abouti à des poursuites ou des condamnations. La recherche indique que les femmes infligent des blessures moins graves et sont donc moins souvent arrêtées pour cause de violence que les hommes⁵¹.

Généralement, il y a peu de consensus sur l'utilité de la PCL-R afin d'évaluer le risque de comportement agressif et la criminalité dans l'avenir pour les femmes, bien que cet outil semble être utile pour évaluer les femmes. En faisant usage de l'échelle PCL-R pour définir une psychopathie chez les femmes, nous voyons moins souvent des résultats indiquant la présence d'une psychopathie. Les résultats de la PCL-R qui pointent l'incidence de la psychopathie, montrent une forte corrélation avec la survenue d'un comportement agressif et criminel. Toutefois, les travaux sur l'élaboration d'un test spécifique pour les femmes pourraient être utiles. Comparativement aux hommes, il y a relativement peu de recherches sur la relation entre la psychopathie et l'agressivité chez les femmes⁵².

Des recherches ont montré des différences dans les caractéristiques de traits psychopathiques entre les femmes et les hommes. Ces différences selon le sexe

sont caractérisées par le fait que chez les femmes, le mensonge, la tromperie, le manque de contrôle ainsi que l'impulsivité sont des traits comportementaux beaucoup plus importants. Par contre, chez les hommes, nous observons de l'incidence des traits de personnalité antisociale. Les résultats peuvent indiquer des différences fondées sur le sexe avec un résultat d'usage limité des tests couramment utilisés pour évaluer la population féminine. Ces tests peuvent donc avoir moins d'utilité pour les femmes⁵³.

Une recherche sur la comorbidité de la psychopathie avec des troubles de la personnalité (comme la personnalité antisociale et troubles de la personnalité *borderline*) et les différences dans l'expression de la psychopathie chez les femmes dans l'échelle PCL-R a été menée au sein d'un groupe de 97 femmes incarcérées et montre certaines différences. Pourtant, les différences entre les sexes nécessitent des recherches complémentaires afin de mieux comprendre la question de la psychopathie chez les femmes⁵⁴.

Les femmes ont tendance à s'engager dans "l'agression relationnelle", définie comme des formes indirectes de subterfuges dans le contexte des relations interpersonnelles. Les hommes ont tendance à agir de manière plus agressive physiquement⁴³.

Certains chercheurs suggèrent que les caractéristiques affectives tels la dureté, l'insensibilité et le manque d'empathie sont plus pertinentes que les critères de comportement, afin d'évaluer la psychopathie chez les femmes et que par conséquent, la valeur égale des éléments interpersonnels, affectifs et comportementaux dans la PCL-R peut baisser artificiellement les taux de prévalence de la psychopathie chez les femmes étudiées^{55,56}. Globalement, la PCL-R serait insuffisante pour montrer une prédisposition à un comportement agressif et violent chez les femmes mais pourrait servir à détecter les traits associés à la psychopathie.

Les recherches concernant le test *The Violence Risk Appraisal* (VRAG) montrent des différences significatives en fonction du sexe. La VRAG permet de prévoir les inconduites en établissement durant l'incarcération ainsi que les risques de récidive chez les hommes mais pas chez les femmes³⁹.

En ce qui concerne l'échelle START, des expériences d'utilisation du test étaient le plus souvent limitées par la taille de l'échantillon et globalement la population évaluée était de sexe masculin⁴².

Concernant les différences ethniques, le nombre peu élevé d'études menées dans ces domaines empêche de tirer des conclusions définitives quant à la stabilité ou la signification de ces différences. Il existe des preuves de la fiabilité et de la validité partielle du diagnostic de psychopathie dans les ethnies mais des différences ethniques peuvent apparaître dans les manifestations de la psychopathie⁵⁹.

TROUBLES DE PERSONNALITE ET RISQUE DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

Il résulte des observations cliniques et de nombreuses études scientifiques que certains troubles de personnalité renforcent le risque des comportements agressifs. Le risque le plus élevé de réactions agressives provient de personnes aux traits de personnalité antisociale, telle que décrite dans la partie dédiée à l'échelle PCL-R^{46,60}.

Certains troubles de la personnalité peuvent prédisposer un individu à commettre des actes d'agression ou de violence. Ces troubles sont caractérisés par une grande hétérogénéité de symptômes et de manifestations. Un risque accru de réactions agressives existe chez une personne ayant les traits de personnalité suivants : antisocial, narcissique, *borderline* et paranoïaque. Les comportements agressifs dans le cas de troubles de la personnalité sont souvent associés à des actions délibérées ainsi qu'à des comportements manipulateurs. Parfois, le motif de la violence est également perçu comme une tentative de vengeance associée à un faible seuil de frustration pour ces personnes. Un dysfonctionnement au niveau de l'empathie est également souvent présent chez ce type d'individu⁶¹.

La présence d'une relation importante entre des traits de personnalité (narcissique, antisocial, *borderline*, histrionique) et des comportements violents associés à de l'impulsivité a été confirmée par des études menées sur des femmes incarcérées⁶².

Un évaluateur expérimenté dans l'étude des personnalités antisociales, paranoïaques, *borderline* devrait reconnaître la présence de certains risques, même si le niveau de risque et la probabilité de violence restent difficiles à déterminer et ce, même chez les patients présentant des troubles des traits de la personnalité prépondérants (importants). Ceux ayant des antécédents de comportements violents, de pensées paranoïaques ou légèrement psychotiques avec une absence marquée d'empathie, nécessitent des inquiétudes supplémentaires⁶³.

Il existe un modèle qui permet de mieux comprendre la psychopathie en l'abordant comme une configuration spécifique des traits de la personnalité. Ce modèle est un modèle structurel de la personnalité⁶⁴. Il existe également un risque croissant de comportements violents chez les personnes ayant des traits de personnalité narcissique. La psychopathie est considérée comme une constellation de certaines caractéristiques de la personnalité (constellation de traits de personnalité) : narcissique, antisocial, paranoïaque, histrionique et schizotypique⁶⁵.

Les diagnostics de personnalité antisociale, *borderline* et narcissique sont associés au score total de la HCR-20. Il en va de même pour le diagnostic de " dépendance à la drogue ". Les diagnostics de la

personnalité narcissique et antisociale sont positivement corrélés avec le score total de psychopathie. En revanche, la HCR-20 et la PCL-R ne sont pas associés positivement aux délits d'homicide, ni aux délits sexuels⁶⁶.

Les études scientifiques démontrent qu'une corrélation entre les troubles de personnalité et les comportements agressifs est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Les études démontrent que des formes légères et plus modérées des troubles de personnalité et des comportements agressifs s'atténuent avec l'âge^{46,60}. Les cas graves de comportements agressifs restent souvent présents ou bien s'exacerbent avec l'âge⁶⁰.

Les scores élevés de la PCL-R sont liés à un risque plus élevé de crimes violents et de récidive criminelle. La personnalité narcissique est un trouble de la personnalité commune et coexistant avec la psychopathie. Il se confirme parfois que les caractéristiques psychopathiques et la personnalité antisociale, narcissique sont un *continuum*. A l'avant-plan, nous observons chez ces sujets une motivation à dominer, humilier et à manipuler d'autres personnes. La présence de la personnalité antisociale est associée à une prévalence accrue d'abus et de dépendance aux substances psychoactives, à l'alcool ainsi qu'aux jeux pathologiques (jeux de hasard)¹⁹.

L'absence de culpabilité chez une personnalité antisociale est une différence significative entre cette pathologie et la personnalité narcissique. A l'inverse, les sentiments de culpabilité sont donc présents chez les sujets présentant une personnalité narcissique⁶⁷.

La présence de psychopathie et de troubles de la personnalité antisociale chez les femmes est beaucoup plus complexe et moins étudiée que chez les hommes. La personnalité antisociale chez les femmes est globalement associée à l'impulsivité, à l'agressivité, aux comportements irresponsables, à l'insouciance et à un taux élevée d'abus lors de l'enfance.

Toutefois, la psychopathie est caractérisée plus précisément par des taux élevés de criminalité, d'incarcération antérieure, d'absence de contrition ainsi que d'absence de remords. La personnalité antisociale et la psychopathie ne sont pas des synonymes ; ces deux pathologies sont caractérisées par des éléments différents. Cependant, pour certaines femmes incarcérées présentant des caractéristiques de risques, des cas de personnalité antisociale et de psychopathie ont été constatés simultanément pour un même individu⁶⁸.

CONCLUSIONS – UNE PERSPECTIVE D'EVALUATION DE RISQUE, MODALITES D'INTERVENTION ET DE TRAITEMENT EVENTUEL

Les possibilités les plus objectives de prédire le risque de comportements violents augmentent

considérablement les possibilités d'application des mesures possibles de prévention et de prudence particulière durant l'entretien avec un patient ainsi que dans la prise en charge générale de l'hospitalisation des patients, c'est-à-dire la planification du traitement, la durée du séjour dans l'établissement, le type d'établissement et les modalités de le quitter.

La présence de psychopathie est un très fort risque de récidive dans la criminalité⁶⁹.

Malheureusement, dans le cas de pathologies graves, comme, par exemple, les troubles de personnalité graves ou de psychopathie, les possibilités et effets thérapeutiques ne sont pas optimistes. Les psychopathes criminels sont peu enclins à accepter un traitement et certains traitements peuvent même augmenter le taux de récidive. Une cure médicamenteuse, appropriée à des personnalités antisociales ou à des psychopathes, implique une analyse précise du type de violence dans lequel le patient s'implique, ainsi qu'un choix rigoureux de produits dont la capacité à inhiber ce type de violence a été démontrée. Il apparaît qu'un dysfonctionnement du métabolisme dans la synthèse de la sérotonine et une faible activité de la monoamine-oxydase peuvent être liés aux éléments de la personnalité antisociale et augmenter le risque de comportements criminels^{70,71}.

Aucune preuve n'a établi que des traitements appliqués aux psychopathes ont été efficaces dans la réduction de la violence ou de la criminalité. En fait, certains traitements efficaces pour les autres délinquants semblent favoriser la récidive et la violence chez les psychopathes.

Aucun traitement n'a encore été trouvé pour réduire les risques de violence ou de criminalité chez les psychopathes. Malgré l'absence de traitement efficace connu, des interventions basées sur l'apprentissage, sous la forme de programmes comportementaux, sont essayées⁷².

Etant donné le risque de comportements agressifs fréquents de la part des patients souffrant de certains types de pathologie, présentant des traits de troubles de personnalité ou bien une dépendance aux substances psychoactives, la capacité d'évaluation du risque est très importante dans le travail du médecin. Il importe, cependant, d'indiquer que cette capacité d'évaluation s'avère utile, non seulement dans des structures psychiatriques, mais aussi dans celles traitant des problèmes purement somatiques.

Les possibilités objectives de prédire le risque d'une récidive violente ont considérablement augmenté grâce au développement des instruments comme la PCL-R, la HCR-20 et la VRAG⁷³.

La possibilité de pouvoir participer à des formations relatives à l'évaluation du risque dans le cadre du travail est de prime importance. Un facteur non moins important est de rester toujours vigilant et

de respecter les normes du comportement relatives à la problématique des comportements agressifs. Pour améliorer la sécurité, et en prévention, il est important que les membres du personnel psychiatrique, et en particulier ceux ayant moins de 10 ans d'expérience dans la profession, puissent bénéficier de formations. Celles-ci leur permettront de mieux évaluer les risques d'agressivité et de gérer au mieux la situation².

Tout en tenant compte des limites rencontrées, l'évaluation du risque effectuée de manière correcte peut être d'assistance lors de la prise de décision, la modification du traitement pharmacologique ainsi que dans la prise en charge générale de l'hospitalisation des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Duhart DT : Violence in the Workplace, 1993-1999. Bureau of Justice Statistics Special Report, NCJ 190076. Washington, DC, US Department of Justice, 2001
2. Nolan P, Dallender J, Thomsen S, Arnetz B : Violence in mental health care : the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs* 1999 ; 30 : 934-41
3. Simon RI, Tardiff K : Textbook of Violence Assessment and Management. American Psychiatric Publishing 2008 ; 23 : 461-81
4. Weiser M, Levkowitz Y, Shalom S, Neuman M : Emotional reactions of psychiatric staff to violent patients. *Harefuah* 1994 ; 126 : 642-5
5. Poster EC : A multinational study of psychiatric nursing staff's beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Arch Psychiatr Nurs* 1996 ; 10 : 365-73
6. Simon RI, Tardiff K : Textbook of Violence Assessment and Management. American Psychiatric Publishing 2008 ; 1 : 3-16
7. DSM-IV Critères diagnostiques. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000
8. Rosner R : Principles of Practice of Forensic Psychiatry 2nd edition. Hodder Arnold an Hachette UK Company, 2003 ; 56 : 555-63
9. Patrick ChJ : Handbook of Psychopathy. New York, The Guilford Press, 2006 ; 8 : 156-71
10. Hare RD : The Hare Psychopathy Check-list-Revised. Toronto, Multi Health Systems, 1991
11. Hare RD, Hart SD, Harpur T : Psychopathy and the DSM-IV Criteria for Antisocial Personality Disorders. *J Abnorm Psychol* 1991 ; 100 : 391-8
12. Doyle M, Dolan M : Predicting community violence from patients discharged from mental health services. *Br J Psychiatry* 2006 ; 189 : 520-6
13. Patrick ChJ : Handbook of Psychopathy. New York, The Guilford Press, 2006 ; 4 : 58-88
14. Swogger MT, Kosson DS : Identifying subtypes of criminal psychopaths : A replication and extension. *Crim Justice Behav* 2007 ; 34 : 953-70
15. Berman AH, Farbring CA : Kriminalvård i praktiken. Studentlitteratur 2010 ; 2 : 55-74

16. Gacono CB, Hutton HE : Suggestions for the Clinical and Forensic Use of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). *Int J Law Psychiatry* 1994 ; 17 : 303-17
17. Laurell J, Dåderman AM : Psychopathy (PCL-R) in a forensic psychiatric sample of homicide offenders : Some reliability issues. *Int J Law Psychiatry* 2007 ; 30 : 127-35
18. Patrick ChJ : *Handbook of Psychopathy*. New York, The Guilford Press, 2006 ; 24 : 481-94
19. Patrick ChJ : *Handbook of Psychopathy*. New York, The Guilford Press, 2006 ; 8 : 156-71
20. Edens JF, Skeem JL, Cruise KR, Cauffman E : Assessment of " juvenile psychopathy " and its association with violence : A critical review. *Behavioral Science and the Law* 2001 ; 19 : 53-80
21. Bjorkvist K, Lagerspetz MJ, Kaukiainen A : Do girls manipulate and boys fight ? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressiv Behavior* 1992 ; 18 : 117-27
22. Penney SR, Moretti MM : The Relation of Psychopathy to Concurrent Aggression and Antisocial Behavior in High-Risk Adolescent Girls and Boys. *Behavioral Sciences and the Law* 2007 ; 25 : 21-41
23. Vincent GM, Odgers CL, McCormick AV, Corrado RR : The PCL : YV and recidivism in male and female juveniles : A follow-up into young adulthood. *Int J Law Psychiatry* 2008 ; 31 : 287-96
24. Schrum CL, Salekin RT : Psychopathy in Adolescent Female Offenders : An Item Response Theory Analysis of the Psychopathy Checklist : Youth Version. *Behavioral Sciences and the Law* 2006 ; 24 : 39-63
25. Chesney-Lind M, Sheldon R : *Girls, delinquency, and juvenile justice (2nd ed.)*. Belmont P, ed. Wadsworth, 1998
26. Silverthorn P, Frick PJ : Developmental pathways to antisocial behavior : The delayed-onset pathway in girls. *Dev Psychopathol* 1999 ; 11 : 101-26
27. Repo-Tiihonen E, Tiihonen J, Lindberg N, Weizmann-Henelius G, Putkonen H, Häkkänen H : The Intergenerational Cycle of Criminality –Association with Psychopathy. *J Forensic Sci* 2010 ; 55 : 116-20
28. Belfrage H, Fransson G, Strand S : Prediction of violence using the HCR-20 : a prospective study in two maximum-security correctional institutions. *J Forensic Psychiatry* 2001 ; 2 : 167-75
29. Webster CD, Douglas KS, Eaves D *et al.* : *HCR-20 : Assessing Risk for Violence, Version 2*. Vancouver, Canada, Simon Fraser University, 1997
30. Gray NS, Taylor J, Snowden RJ : Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *Br J Psychiatry* 2008 ; 192 : 384-7
31. Fujii DE, Tokioka AB, Lichten AI, Hishinuma E : Ethnic Differences in Prediction of Violence Risk With the HCR-20 Among Psychiatric Inpatients, *Psychiatric Services*. *Psychiatr Serv* 2005 ; 56 : 711-6
32. Douglas KS, Ogloff JR, Hart SD : Evaluation of a Model of Violence Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients, *Psychiatric Services*. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 : 1372-9
33. Buchanan A : Risk of Violence by Psychiatric Patients : Beyond the " Actuarial Versus Clinical " Assessment Debate, *Psychiatric Services*. *Psychiatr Serv* 2008 ; 59 : 184-90
34. Rosner R : *Principles of Practice of Forensic Psychiatry*, 2nd edition. Hodder Arnold an Hachette UK Company, 2003 ; 79 : 750-5
35. Kröner C, Stadtland C, Edit M, Nedopil N : The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism. *Crim Behav Mental Health* 2007 ; 17 : 89-100
36. Loza W, Villeneuve DB, Loza-Fanous A : Predictive validity of the Violence Risk Appraisal Guide : A tool assessing violent offender's recidivism. *Int J Law Psychiatry* 2002 ; 25 : 85-92
37. Simon RI, Tardiff K : *Textbook of Violence Assessment and Management*. In : Monahan J, ed : *Structured Risk Assessment of Violence*. American Psychiatric Publishing, 2008 ; 2 : 17-33
38. Patrick ChJ : *Handbook of Psychopathy*. New York, The Guilford Press, 2006 ; 26 : 512-32
39. Hastings ME, Krishnan S, Tangney JP, Stuewig J : Predictive and incremental validity of the Violence Risk Appraisal Guide scores with male and female jail inmates. *Psychological Assessment* 2011 ; 23 : 174-83
40. Doyle M, Lewis G, Brisbane M : Implementing the short-term Assessment Risk and Treatability (START) in a forensic mental health service. *Psychiatric Bulletin* 2008 ; 32 : 406-8
41. Webster CD, Nicholls TL, Martin M-L, Desmarais SL, Brink J : Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) : The Case for a New Structured Professional Judgment Scheme. *Behavioral Science and the Law* 2006 ; 24 : 747-66
42. Nicholls TL, Brink J, Desmarais SL, Webster CD, Martin M-L : The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), A Prospective Validation Study in a Forensic Psychiatric Sample, *Assessment* 2006 ; 13 : 313-27
43. Patrick ChJ : *Handbook of Psychopathy*. New York, The Guilford Press, 2006 ; 27 : 533-54
44. Belfrage H : Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital : Integrating research and clinical practice. *Journal of Forensic Psychiatry* 1998 ; 9 : 328-38
45. Edens JF, Poythress NG, Lilienfeld SO : Identifying inmates at risk for disciplinary infractions : A comparison of two measures of psychopathy. *Behavioral Science and the Law* 1999 ; 17 : 435-43
46. Grann M, Langstrom N, Tengstrom A, Kullgren G : Psychopathy (PCR-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law and Human Behavior* 1999 ; 23 : 205-17
47. Grann M, Belfrage H, Tengstrom A : Actuarial assessment of risk of violence : Predictive validity of the VRAG and the historical part of the HCR-20. *Criminal Justice and Behavior* 2000 ; 27 : 97-114
48. Rice ME, Harris GT : Violent recidivism : Assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995 ; 63 : 737-48
49. Dernevik M, Grann M, Johansson S : Violent behavior in forensic psychiatric patients : Risk assessment and different risk-management levels using the HCR-20. *Psychology, Crime and Law* 2002 ; 8 : 83-111
50. Douglas KS, Ogloff JRP, Nicholls TL, Grant I : Assessing risk for violence among psychiatric patients : The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist : Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999 ; 67 : 917-30
51. Warren JI, South SC, Burnette ML *et al.* : Understanding the risk factors for violence and criminality in women : The concurrent validity of the PCL-R and HCR-20. *Int J Law Psychiatry* 2005 ; 28 : 269-89

52. Nicholls TL, Ogloff JR, Brink J, Spidel A : Psychopathy in Women : A review of its Clinical Usefulness for Assessing Risk for Aggression and Criminality. *Behavioral Sciences and Law* 2005 ; 23 : 779-802
53. Strand S, Belfrage H : Gender Differences in Psychopathy in a Swedish Offender Sample. *Behavioral Sciences and the Law* 2005 ; 23 : 837-50
54. Weizmann-Henelius G, Putkonen H, Grönroos M, Lindberg N, Eronen M, Häkkänen-Nyholm H : Examination of psychopathy in female homicide offenders - Confirmatory factor analysis of the PCL-R. *Int J Law Psychiatry* 2010 ; 33 : 177-83
55. Jackson RL, Rogers R, Neumann CS, Lambert PL : Psychopathy in female offenders : An investigation of its underlying dimension. *Criminal Justice and Behavior* 2002 ; 29 : 692-704
56. Vitale JE, Smith SS, Brinkley CA, Newman JP : The reliability and validity of the Psychopathy Checklist-Revised in a sample of female offenders. *Criminal Justice and Behavior* 2002 ; 29 : 202-31
57. Odgers CL, Moretti MM, Reppucci ND : Examining the science and practice of violence risk assessment with female adolescents. *Law and Human Behaviour* 2005 ; 29 : 7-27
58. Verona E, Vitale J : Psychopathy in women : Assessment, prevalence, and etiology. In : Patric CJ, ed. *New York, Handbook of Psychopathy*, The Guilford Press, 2006 : 415-36
59. Patrick ChJ : *Handbook of Psychopathy*. New York, The Guilford Press, 2006 ; 22 : 437-58
60. Fountoulakis KN, Leucht S, Kaprinis GS : Personality disorders and violence. *Current Opinion in Psychiatry* 2008 ; 21 : 84-92
61. Simon RI, Tardiff K : *Textbook of Violence Assessment and Management*. American Psychiatric Publishing 2008 ; 9 : 161-83
62. Warren JI, South SC : A symptom level examination of the relationship between Cluster B personality disorders and patterns of criminality and violence in women. *Int J Law Psychiatry* 2009 ; 32 : 10-7
63. Patrick ChJ : *Handbook of Psychopathy*. New York, The Guilford Press, 2006 ; 9 : 161-83
64. Patrick ChJ : *Handbook of Psychopathy*. New York, The Guilford Press, 2006 ; 7 : 133-55
65. Warren JI, Brunette ML, South SC *et al.* : Psychopathy in women : Structural modeling and comorbidity. *Int J Law Psychiatry* 2006 ; 26 : 223-42
66. Pham TH, Chevrier I, Nioche A, Ducro C, Réveillère C : Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge. *Annales Médico-psychologiques*, 2005 ; 163 : 878-81
67. Kernberg O : Pathological narcissism and narcissistic personality disorders : Theoretical background and diagnostic classification. In : Ronningstram EF, ed. : *Disorders of narcissism. Diagnostic, clinical, and empirical implications*. Washington, American Psychiatric Press, 1998 : 29-52
68. Warren J, South S : Comparing the Constructs of Antisocial Personality Disorder and Psychopathy in a Sample of Incarcerated Women. *Behavioral Sciences and the Law* 2006 ; 24 : 1-20
69. Laurell J, Dåderman AM : Recidivism is related to psychopathy (PCL-R) in a group of men convicted of homicide. *Int J Law Psychiatry* 2005 ; 28 : 255-68
70. Meloy JR : Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *L'Evolution Psychiatrique* 2001 ; 66 : 563-86
71. Alm P, Alm M, Humble K *et al.* : Criminality and platelet monoamine oxidase activity in former juvenile delinquents as adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994 ; 89 : 41-5
72. Patrick ChJ : *Handbook of Psychopathy*. New York, The Guilford Press, 2006 ; 28 : 555-72
73. Stone MH : Prediction of violent recidivism. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002 ; 412 (Suppl) : 44-6

Correspondance et tirés à part :

M. KASZUBA
Hôpital Erasme
Service de Psychiatrie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : marcinkaszuba@hotmail.com

Travail reçu le 3 mars 2011 ; accepté dans sa version définitive le 7 octobre 2011.