

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 1er Septembre 2017

par

Alexandra Aucher

née le 31/01/1990, à Chartres

Risque de violence et pathologie psychiatrique :

Évaluation de la HCR-20 sur une population française de patients hospitalisés sans consentement.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Président

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Juge

Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT

Juge

Mme le Docteur Isabelle ALAMOME

Juge

Mme le Docteur Irina BOGHINA

Membre invité

M. le Docteur Matthieu PARNEIX

Directeur



Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 1er Septembre 2017

par

Alexandra Aucher

née le 31/01/1990, à Chartres

Risque de violence et pathologie psychiatrique :

Évaluation de la HCR-20 sur une population française de patients hospitalisés sans consentement.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Président

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Juge

Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT

Juge

Mme le Docteur Isabelle ALAMOME

Juge

Mme le Docteur Irina BOGHINA

Membre invité

M. le Docteur Matthieu PARNEIX

Directeur

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

| | |
|-------------------------------|--|
| ABOYANS Victor | CARDIOLOGIE |
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| ALAIN Sophie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| ARCHAMBEAUD Françoise | MEDECINE INTERNE |
| AUBARD Yves | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| AUBRY Karine | O.R.L. |
| BEDANE Christophe | DERMATO-VERNEREOLOGIE |
| BERTIN Philippe | THERAPEUTIQUE |
| BESSEDE Jean-Pierre | O.R.L. |
| BORDESSOULE Dominique | HEMATOLOGIE |
| CAIRE François | NEUROCHIRURGIE |
| CHARISSOUX Jean-Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre | RADIOTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre | PSYCHIATRIE ADULTES |
| COGNE Michel | IMMUNOLOGIE |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| COURATIER Philippe | NEUROLOGIE |
| DANTOINE Thierry | GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT |
| DARDE Marie-Laure | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| DAVIET Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| DESCAZEAUD Aurélien | UROLOGIE |
| DES GUETZ Gaëtan | CANCEROLOGIE |
| DESSPORT Jean-Claude | NUTRITION |
| DRUET-CABANAC Michel | MEDECINE et SANTE au TRAVAIL |



| | |
|------------------------------------|---|
| DUMAS Jean-Philippe | UROLOGIE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE) |
| ESSIG Marie | NEPHROLOGIE |
| FAUCHAIS Anne-Laure | MEDECINE INTERNE |
| FAUCHER Jean-François | MALADIES INFECTIEUSES |
| FEUILLARD Jean | HEMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent | CHIRURGIE INFANTILE |
| GAINANT Alain | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| GUIGONIS Vincent | PEDIATRIE |
| JACCARD Arnaud | HEMATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| LABROUSSE François | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LACROIX Philippe | MEDECINE VASCULAIRE |
| LAROCHE Marie-Laure | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LIENHARDT-ROUSSIE Anne | PEDIATRIE |
| LOUSTAUD-RATTI Véronique | HEPATOLOGIE |
| MABIT Christian | ANATOMIE |
| MAGY Laurent | NEUROLOGIE |
| MARIN Benoît | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| MARQUET Pierre | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| MATHONNET Muriel | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MELLONI Boris | PNEUMOLOGIE |
| MOHTY Dania | CARDIOLOGIE |
| MONTEIL Jacques | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| MOREAU Jean-Jacques | NEUROCHIRURGIE |

| | |
|--------------------------------------|---|
| MOUNAYER Charbel | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| NUBUKPO Philippe | ADDICTOLOGIE |
| PARAF François | MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE |
| PLOY Marie-Cécile | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PREUX Pierre-Marie | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| ROBERT Pierre-Yves | OPHTALMOLOGIE |
| SALLE Jean-Yves | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| SAUTEREAU Denis | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE |
| STURTZ Franck | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES |
| TREVES Richard | RHUMATOLOGIE |
| TUBIANA-MATHIEU Nicole | CANCEROLOGIE |
| VALLEIX Denis | ANATOMIE |
| VERGNENEGRE Alain | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| VERGNE-SALLE Pascale | THERAPEUTIQUE |
| VIGNON Philippe | REANIMATION |
| VINCENT François | PHYSIOLOGIE |
| WEINBRECK Pierre | MALADIES INFECTIEUSES |
| YARDIN Catherine | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

| | |
|------------------|---|
| BRIE Joël | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
|------------------|---|

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|--------------------------------|---|
| AJZENBERG Daniel | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| BARRAUD Olivier | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| BOURTHOUMIEU Sylvie | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |
| BOUTEILLE Bernard | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| CHABLE Hélène | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| DURAND Karine | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| ESCLAIRE Françoise | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| HANTZ Sébastien | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| JESUS Pierre | NUTRITION |
| LE GUYADER Alexandre | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| LIA Anne-Sophie | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| MURAT Jean-Benjamin | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| QUELVEN-BERTIN Isabelle | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| RIZZO David | HEMATOLOGIE |
| TCHALLA Achille | GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT |
| TERRO Faraj | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| WOILLARD Jean-Baptiste | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |

P.R.A.G.

| | |
|-----------------------|---------|
| GAUTIER Sylvie | ANGLAIS |
|-----------------------|---------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| |
|---------------------------|
| BUCHON Daniel |
| DUMOITIER Nathalie |

PROFESSEURS ASSOSIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1er novembre 2016

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

| | |
|----------------------------|--|
| CHARISSOUX Aurélie | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| CHARPENTIER Mathieu | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| CHUFFART Etienne | ANATOMIE |
| COUDERC Sylvain | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| DUCHESNE Mathilde | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| FAYE Pierre-Antoine | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FREDON Fabien | ANATOMIE |
| GAUTHIER François | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| KASPAR Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| LARRADET Matthieu | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| LEGRAS Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| MARQUET Valentine | HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE |
| OLOMBEL Guillaume | IMMUNOLOGIE |

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

| | |
|---------------------------------|--|
| ARDOUIN Elodie | RHUMATOLOGIE |
| ASSIKAR Safaë | DERMATO-VENERELOGIE |
| BAUDONNET Romain | OPHTALMOLOGIE |
| BIANCHI Laurent | GASTROENTEROLOGIE |
| BIDAUT-GARNIER Mélanie | OPHTALMOLOGIE |
| BLOSSIER Jean-David | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| BOUSQUET Pauline | PEDIATRIE |
| CASSON-MASSELIN Mathilde | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |

| | |
|------------------------------------|---|
| CHAMPIGNY Marie-Alexandrine | PEDIATRIE |
| CHATAINIER Pauline | NEUROLOGIE |
| CHRISTOU Niki | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| COMPAGNAT Maxence | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| CROSSE Julien | PEDIATRIE |
| DANTHU Clément | MALADIES INFECTIEUSES |
| DARNIS Natacha | PEDOPSYCHIATRIE |
| DELUCHE Elise | CANCEROLOGIE |
| DIJOUX Pierrick | CHIRURGIE INFANTILE |
| EVENO Claire | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| GARDIC Solène | UROLOGIE |
| GONZALEZ Céline | REANIMATION |
| HOUMAÏDA Hassane | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| KENNEL Céline | HEMATOLOGIE |
| LACHATRE Denis | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| LAFON Thomas | MEDECINE d'URGENCE |
| LATHIERE Thomas | OPHTALMOLOGIE |
| LAVIGNE Benjamin | PSYCHIATRIE d'ADULTES |
| LE BIVIC Louis | CARDIOLOGIE |
| LE COUSTUMIER Eve | MALADIES INFECTIEUSES |
| LEGROS Emilie | PSYCHIATRIE d'ADULTES |
| LEPETIT Hugo | GASTROENTEROLOGIE |
| MARGUERITE François | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| MARTINS Elie | CARDIOLOGIE |
| MESNARD Chrystelle | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |



| | |
|------------------------------|--|
| PAPON Arnaud | GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT |
| PETITALOT Vincent | CARDIOLOGIE |
| RAMIN Lionel | O.R.L. |
| ROUSSELET Olivier | NEUROLOGIE |
| SAINT PAUL Aude | PNEUMOLOGIE |
| SALLE Henri | NEUROCHIRURGIE |
| SCOMPARIN Aurélie | O.R.L. |
| TAÏBI Abdelkader | CANCEROLOGIE |
| USSEGLIO-GROSSO Julie | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE |
| VAYSSE-VIC Mathieu | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| VITAL Pauline | MEDECINE INTERNE B |

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

| | |
|-----------------------------|--|
| BALLOUHEY Quentin | CHIRURGIE INFANTILE (du 1er mai 2015 au 30 avril 2019) |
| CROS Jérôme | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (du 1er mai 2014 au 31 octobre 2018) |
| LERAT Justine | O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020) |
| MATHIEU Pierre-Alain | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020) |

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Remerciements

A notre Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Professeur des Universités

Psychiatre des Hôpitaux

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Âgée

Merci pour les connaissances transmises durant ces quatre années d'internat, et pour votre détermination dans la volonté de former de jeunes recrues, année après année, en les nourrissant de votre savoir.



A notre Juge,

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT

Professeur des Universités

Praticien hospitalier du Pôle de Médecine Interne, Endocrinologie, Diabète, et Maladies Métaboliques

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, ainsi que pour votre bienveillance envers la psychiatrie. Nos disciplines ont plus d'un point commun, et notre collaboration s'avère souvent aussi bien nécessaire que fructueuse.



A notre Juge,

Monsieur le Professeur Philippe NUBUPKO

Professeur des Universités

Psychiatre des Hôpitaux

Chef du Pôle d'Addictologie

Vos cours et votre bonne humeur font partie du charme de l'internat en psychiatrie en la belle ville de Limoges. Merci pour la transmission d'une vision humaniste et détendue de l'addictologie, ainsi que pour votre présence.



A notre Juge,

Madame le Docteur Isabelle ALAMOME

Praticien Hospitalier

Psychiatre des Hôpitaux

Isabelle, merci de m'avoir aussi bien accompagné durant mon séjour à Avicenne. On sait tous que six mois d'hospitalisation sans consentement, c'est long... Merci de m'avoir cru quand je t'ai expliqué que « c'est pas moi chef, j'ai rien fait ! », et d'avoir enfin accédé à ma requête de « est-ce-qu'il-serait-il possible de sortir ? ».

Plus sérieusement, tu m'as aidé à devenir un meilleur médecin en me faisant confiance et en restant toujours disponible. Travailler et apprendre avec toi a été un réel plaisir, tant sur le plan professionnel qu'humain. Merci encore pour tous ces bons moments.



A notre membre invité,

Madame le Docteur Irina BOGHINA

Praticien Hospitalier

Psychiatre des Hôpitaux

Irina, tu m'as accueillie alors que j'étais encore jeune interne, partie à la découverte de la psychiatrie fermée. Que rêver de mieux ? Tu as confirmé mon intuition que la psychiatrie pouvait s'appliquer avec une bonne dose d'humanité et de bienveillance, même lorsque les conditions ne s'y prêtent pas. Ton approche du patient et de la personne humaine m'ont beaucoup touché, et les discussions cliniques aussi bien que culturelles avec toi m'ont enrichie. Merci pour ta générosité, ta gentillesse et ton soutien.



A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Matthieu PARNEIX

Praticien Hospitalier

Psychiatre des Hôpitaux

Un grand merci à toi Matthieu, pour ta présence depuis que nous nous sommes croisés dans les couloirs de Delay. La transmission de tes connaissances a été et reste très précieuse, tant en psychiatrie et en médecine qu'en culture générale, c'est toujours un régal et une source de motivation de discuter avec toi. Ce travail de thèse à tes côtés a été sinon une partie de plaisir, tout du moins un effort agréablement fourni, et ponctué de bons moments. Pour moi qui détestait les statistiques, les séances autour d'un bon repas et d'un verre de vin ont grandement amélioré ma vision de la discipline !

Merci également d'avoir accepté le défi de diriger deux thèses la même année, permettant encore une fois d'allier travail et convivialité avec notre ami le presque-Docteur Edou.

J'espère que tu garderas un aussi bon souvenir que moi de ces mois de travail, et que de nombreux autres psychiatres en herbe auront la chance de devenir de vrais Docteurs à tes côtés.



Dédicace famille et amis

À *mes parents*, pour m'avoir donné la meilleure éducation possible, en faisant toujours le maximum pour m'accompagner et me permettre de me réaliser. Merci, c'est grâce à vous que j'en suis là. À *mon père*, pour m'avoir aidé, soutenu et rassuré durant toutes ces années. À *ma mère*, pour m'avoir transmis ton sens de la détermination, et l'idée que « quand on veut, on peut ».

À *ma grand-mère Claudine*, dont j'ai hérité beaucoup de choses : le caractère (avec ses bons côtés, mais aussi ses moins bons!), l'amour de la musique, la curiosité intellectuelle, l'ouverture d'esprit. Tu m'a apporté tout l'amour qu'une mamie peut donner, j'espère qu'on partagera encore beaucoup d'aventures ensemble !

À *mes grands-parents André et Nicole*, j'ai grandi avec vous au grand air, entourée de bonnes choses. Merci de m'avoir transmis des valeurs sûres, et tout votre amour.

À *mon frère Nico*, le meilleur des grands frères. J'ai la chance d'avoir grandi dans ton amour et dans ta bienveillance. Je tâche de prendre exemple sur toi dans l'ouverture et la compréhension de l'autre.

À *mon petit frère Marcus*, dans l'attente d'apprendre à te connaître, pour te faire découvrir plein de choses.

À *mes sœurs de cœur Iseut et Brunhild*, pour toute notre enfance partagée. À la vie, à la mort ! Même si parfois nos chemins s'éloignent, je vous aime fort.

À *ma Yasmine*, à mes côtés depuis le début de cette grande aventure qu'est médecine. On en a partagé des choses, et c'est loin d'être fini. Je m'éloigne géographiquement, mais pas dans mon cœur. Tu es une sœur pour moi, et j'espère que nos chemins se rejoindront à nouveau après l'internat.

À *mon très cher Antoine Edou*, le seul, l'unique ! Merci pour ta bonne humeur à toute épreuve, ta joie de vivre et ton éternelle vision positive de toute chose. Les gens comme toi ne courent pas les rues. Je suis tellement fière de partager avec toi une amitié aussi belle, rare et précieuse.

À *Laure, Agathe, Yasmine et Antoine, mes colocataires d'amour*. À *Julien et Bébé, mes colocataires d'amour-par-extension*. Tellement de love et de bons moments dans cette maison ! Merci pour cette ambiance de vie remplie de plaisir et de partage, et merci de m'avoir soutenu tout au long de ce travail de thèse. À *Laure*, pour m'avoir fait découvrir le véganisme, et tellement d'autres choses. À *Agathe*, pour être le rayon de soleil de cette maison.



À « *ma chienne* » *Charlotte*, un exemple d'inspiration. Tu vas toujours au bout de ce que tu entreprends, et tu n'as pas peur de rêver. Merci d'être là depuis maintenant...eh oui, 13 ans !

À *mon Solinou*, en plus d'être une si précieuse amie, nos joutes enflammées entre psychologue et psychiatre m'apportent toujours beaucoup. Au moment où ces lignes seront lues, tu auras donné naissance au premier bébé de notre joyeuse bande : merci de nous apporter autant de joie.

À *Diane*, ma belle. Tu fais partie des gens qu'on rencontre et qu'on ne peut pas oublier. Merci d'être comme tu es, une rebelle au grand cœur ! Tu comptes beaucoup pour moi, merci d'être là.

À *mes amis d'enfance*, toujours présents : Arthur (my best!), Amine, Amaury, Micha, F-X, Éléonore ; *et à ceux que j'ai rencontré après* : Pacôme, Guigui, Simon. Merci d'être là !

À *tous mes co-internes* : Antoine, Bertrand, Fabien, Tristan, Aurélie, Marie, Henri, Caro, Josefa, Guillaume, Marion, Charles, Julie, Anne-Laure, Victor, Tiphaine, Simon, Laure, Agathe, Aurélie, Dorine, Arnaud, Karine, Caroline, Étienne.

À *tous les services* dans lesquels je suis passée, qui m'ont permis d'apprendre dans une ambiance souvent privilégiée : *aux services de psychiatries de Tulle, aux Docteurs Baleste, Ghéziel, Belhoul et Chastanet*, pour avoir été les premiers à m'accueillir et pour m'avoir offert une vision d'ensemble humaniste et chaleureuse de la psychiatrie. À *l'EMESPA, à Elizabeth Tallon et à Hervé Merveille* pour m'avoir fait découvrir la psychiatrie de la personne âgée sur fond de campagne limousine. À *Laborit, Marie-Pierre Duqueroix et Guillaume Chandon*, pour leur bonne humeur constante, un service dans lequel il fait bon vivre ! À *Delay 1, Irina Boghina et Matthieu Parneix*, ce fut un stage décisif pour moi. À *l'équipe de l'HME : Sandrine Mazard, Aline Meynard, Géraldine Buisson, Céline Dumont, Bertrand Olliac*, pour m'avoir initié à la pédopsychiatrie. À *l'équipe d'Avicenne et Isabelle Alamome*, pour m'avoir fait grandir et bien rire aussi. À *l'Unité Mère-Bébé et au Dr Rainelli*, pour m'avoir ouvert les portes de la périnatalité, pour finir cet internat en beauté.

Enfin, à *Alan*, pour tout ce que tu m'apportes et tout ce qu'on partage. Merci d'exister et d'être aussi magique. Je t'aime, t'es un vrai pote !

**« Après tout, le rôle d'un psychiatre,
c'est clair, c'est de psychiatrer ».**

Boris Vian, *L'Arrache-coeur* (1953).

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 25 |
| I. Données théoriques autour de la dangerosité en psychiatrie et de son évaluation..... | 26 |
| I.1. Présentation des concepts..... | 26 |
| I.1.1. La violence..... | 26 |
| I.1.2. La dangerosité..... | 27 |
| I.1.2.1. La dangerosité psychiatrique..... | 28 |
| I.1.2.2. La dangerosité criminologique..... | 28 |
| I.1.2.3. Le point de vue positiviste..... | 29 |
| I.1.2.4. Le point de vue psychosocial..... | 29 |
| I.1.2.5. La situation dangereuse..... | 30 |
| I.1.2.6. L'état dangereux..... | 30 |
| I.1.3. L'évaluation du risque..... | 31 |
| I.1.4. La gestion du risque..... | 32 |
| I.1.4.1. La prévention primaire..... | 32 |
| I.1.4.2. La prévention secondaire..... | 33 |
| I.2. L'évolution du cadre légal et du lien santé-justice..... | 33 |
| I.2.1. L'évolution du cadre légal..... | 33 |
| I.2.1.1. De l'Antiquité aux années 1990..... | 33 |
| I.2.1.1.1. L'Antiquité et le Moyen Age..... | 33 |
| I.2.1.1.2. Les XVIème et XVIIème siècles..... | 34 |
| I.2.1.1.3. Le XVIIIème siècle..... | 35 |
| I.2.1.1.4. Le XIXème siècle..... | 36 |
| I.2.1.1.5. Le début du 20ème siècle..... | 37 |
| I.2.1.1.6. La fin du XIXème siècle..... | 38 |
| I.2.1.2. Des années 1990 à nos jours..... | 38 |
| I.2.1.2.1. La rédaction du nouveau Code Pénal..... | 38 |
| I.2.1.2.2. La création du Suivi Socio-Judiciaire..... | 39 |
| I.2.1.2.3. Le tournant sécuritaire..... | 40 |
| I.2.1.3. Focus sur la Loi du 25 Février 2008..... | 42 |
| I.2.1.3.1. La création de la mesure de rétention de sûreté..... | 42 |
| I.2.1.3.2. La création de la mesure de surveillance de sûreté..... | 43 |
| I.2.1.3.3. La modification de la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale..... | 44 |
| I.2.1.4. Les évolutions récentes..... | 45 |
| I.2.2. L'évolution du lien santé-justice..... | 45 |
| I.2.2.1. Avant les Lumières..... | 45 |
| I.2.2.2. L'apport des recherches en criminologie..... | 46 |
| I.2.2.3. Les évolutions récentes..... | 47 |
| I.2.2.4. Autour de la Loi du 25 Février 2008..... | 48 |
| I.3. Présentation du dispositif actuel de prise en charge de la dangerosité..... | 49 |
| I.3.1. Les articulations du système judiciaires..... | 50 |
| I.3.1.1. En présentenciel..... | 50 |
| I.3.1.1.1. Durant la phase d'enquête : les Officiers de Police Judiciaire et le Procureur de la République..... | 50 |
| I.3.1.1.2. Durant la phase d'instruction : le Juge d'Instruction..... | 51 |
| I.3.1.1.3. Durant la phase de jugement : le Président de la Cour d'Assises..... | 52 |
| I.3.1.2. En postsentenciel : le Juge d'Application des Peines..... | 53 |
| I.3.2. Les articulations du système pénitentiaire..... | 53 |
| I.3.2.1. Le rôle des surveillants pénitentiaires..... | 54 |
| I.3.2.2. Le rôle des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation..... | 54 |
| I.3.2.3. Le rôle du Centre National d'Observation..... | 55 |
| I.3.3. Les articulations du système sanitaire..... | 57 |
| I.3.3.1. Le rôle des experts psychiatres..... | 57 |



| | |
|---|----|
| 1.3.3.2. Le rôle des Services Médico-Psychologiques Régionaux..... | 59 |
| 1.3.3.3. Le rôle des Unités pour Malades Difficiles..... | 60 |
| 1.3.3.4. Le rôle des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées..... | 61 |
| 1.3.3.5. Le rôle des services de psychiatrie de secteur..... | 62 |
| 1.4. Présentation des outils actuels à disposition pour l'évaluation de la dangerosité..... | 63 |
| 1.4.1. Au sein de populations carcérales..... | 63 |
| 1.4.1.1. Les données de la littérature..... | 63 |
| 1.4.1.2. Les expertises psychiatriques pénales..... | 64 |
| 1.4.1.2.1. Présentencielles..... | 64 |
| 1.4.1.2.2. Postsentencielles..... | 65 |
| 1.4.1.2.3. Les différents niveaux d'expertise : | 66 |
| 1.4.2. Au sein de populations non carcérales..... | 67 |
| 1.4.2.1. Les facteurs de risque identifiés dans la littérature..... | 68 |
| 1.4.2.1.1. Les antécédents de violence..... | 68 |
| 1.4.2.1.2. Les comorbidités psychiatriques et addictologiques..... | 68 |
| 1.4.2.1.3. Les facteurs liés aux soins..... | 69 |
| 1.4.2.1.4. Les facteurs cliniques sémiologiques..... | 70 |
| 1.4.2.2. La méthode actuellement la plus utilisée..... | 71 |
| 1.5. Le développement des outils d'évaluation de la dangerosité..... | 72 |
| 1.5.1. Rappels historiques..... | 72 |
| 1.5.1.1. Avant 1990..... | 72 |
| 1.5.1.2. Depuis 1990..... | 73 |
| 1.5.2. L'évaluation de la dangerosité basée sur le jugement clinique non structuré..... | 73 |
| 1.5.2.1. Les avantages..... | 74 |
| 1.5.2.2. Les inconvénients..... | 74 |
| 1.5.2.3. Une proposition de méthodologie..... | 75 |
| 1.5.2.4. Les facteurs de risque statiques et dynamiques..... | 75 |
| 1.5.3. L'évaluation de la dangerosité fondée sur les outils actuariels..... | 76 |
| 1.5.3.1. Les avantages..... | 76 |
| 1.5.3.2. Les inconvénients..... | 76 |
| 1.5.3.3. Exemples d'outils actuariels..... | 77 |
| 1.5.4. L'évaluation de la dangerosité basée sur le jugement clinique structuré..... | 77 |
| 1.5.4.1. Les avantages..... | 78 |
| 1.5.4.2. Les inconvénients..... | 79 |
| 1.5.4.3. Exemples d'outils semi-actuariels..... | 79 |
| II. Étude d'un outil semi actuariel d'évaluation de la dangerosité, la Historical Clinical Risk Management 20, sur une population française non carcérale de patients hospitalisés sans consentement..... | 81 |
| II.1. Introduction..... | 81 |
| II.2. Matériels et méthodes..... | 82 |
| II.2.1. Population étudiée..... | 82 |
| II.2.2. Outils d'évaluation utilisés..... | 84 |
| II.2.2.1. La Historical Clinical Risk Management 20..... | 84 |
| II.2.2.1.1. Description générale de l'outil..... | 84 |
| II.2.2.1.2. Différentes versions de l'outil..... | 85 |
| II.2.2.1.3. Description des différents facteurs de risque évalués..... | 86 |
| II.2.2.1.4. Description de la procédure d'administration..... | 91 |
| II.2.2.1.5. Données de la littérature..... | 93 |
| II.2.2.2. La Psychopathy CheckList – Revisited..... | 94 |
| II.2.3. Méthode mise en œuvre..... | 94 |
| II.2.4. Tests et outils statistiques appliqués..... | 96 |
| II.2.4.1. Concernant l'objectif principal..... | 96 |
| II.2.4.2. Concernant les objectifs secondaires..... | 96 |
| II.3. Résultats..... | 97 |



| | |
|---|-----|
| II.3.1. Objectif principal..... | 97 |
| II.3.1.1. Consistances internes de la HCR-20 et de la PCL-R..... | 97 |
| II.3.1.2. Corrélations entre la HCR-20 et la PCL-R..... | 97 |
| II.3.2. Objectifs secondaires..... | 98 |
| II.3.2.1. Relations entre les scores à la HCR-20 et PCL-R, et les modes d'hospitalisation..... | 98 |
| II.3.2.2. Relations entre les scores à la HCR-20 et PCL-R, et les diagnostics psychiatriques..... | 99 |
| II.3.2.3. Relations entre les scores à la HCR-20 et la PCL-R, et la morbidité addictologique..... | 100 |
| II.3.2.4. Relations entre les scores à la HCR-20 et la PCL-R, et la mise en place d'un programme de soins..... | 101 |
| II.3.2.5. Relations entre les scores à la HCR-20 et les différentes variables socio démographiques..... | 102 |
| II.3.2.6. Relations globales entre les scores à la HCR-20 et les différentes variables étudiées..... | 105 |
| II.4. Discussion..... | 106 |
| II.4.1. Forces et limites de l'étude..... | 106 |
| II.4.1.1. Forces de l'étude..... | 106 |
| II.4.1.2. Limites de l'étude..... | 107 |
| II.4.2. Discussion des résultats..... | 108 |
| II.4.2.1. Concernant l'objectif principal..... | 108 |
| II.4.2.2. Concernant les objectifs secondaires..... | 109 |
| Conclusion et perspectives..... | 118 |
| Références bibliographiques..... | 120 |
| Annexes..... | 127 |
| Fiche d'évaluation de la HCR-20..... | 127 |
| Items de la PCL-R..... | 129 |
| Recueil de données cliniques..... | 130 |
| Recueil de données socio-démographiques..... | 131 |
| Tableau des figures..... | 132 |
| Table des tableaux..... | 133 |
| Serment d'Hippocrate..... | 137 |



Introduction

Depuis quelques décennies, nos sociétés occidentales accordent une place de plus en plus importante à l'évaluation du risque de passage à l'acte violent chez les individus présumés dangereux. Au fil des dernières réformes judiciaires successives, la responsabilité de cette évaluation semble glisser toujours un peu plus de la justice vers la psychiatrie.

En effet, le contexte politique sécuritaire actuel encourage la recherche du risque zéro, symbole d'un idéal de société exempte de toute violence.

Ce changement sociétal s'accompagne d'un étayage des moyens à disposition du système judiciaire, notamment dans le champ de l'expertise psychiatrique. En effet, la surmédiation de certains faits divers violents perpétrés par des patients atteints de troubles psychiatriques, ainsi que les tendances générales à la médicalisation et à la psychiatrisation de la société amènent à une plus grande part de responsabilité de la psychiatrie dans la gestion de la violence.

Alors que dans beaucoup d'autres pays, les outils d'évaluation se multiplient, avec de bons résultats concernant la fiabilité et la validité prédictive, on observe en France une réticence toute particulière à l'emploi de ces méthodes dites actuarielles, ou semi-actuarielles.

On se trouve donc devant un constat d'inadéquation entre les exigences dictées par l'évolution sociétale actuelle envers le milieu psychiatrique ; et les moyens à disposition pour y parvenir.

De plus, cette évolution questionne toujours plus sur les attentes de la société concernant le statut du psychiatre, entre rôle de soignant et rôle de censeur social.

Cette étude se propose d'évaluer un outil semi-actuariel d'évaluation et de gestion du risque de violence en psychiatrie, la Historical Clinical Risk Management-20, sur une population psychiatrique non carcérale française.



I. Données théoriques autour de la dangerosité en psychiatrie et de son évaluation.

I.1. Présentation des concepts.

I.1.1. La violence.

La culture populaire et le sens commun associent majoritairement le concept de violence à celui de l'acte violent. Ainsi, la violence est réduite à sa traduction comportementale sous forme de passage à l'acte, avec pour conséquence une lésion corporelle objectivable.

Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé définit en 2008 la violence comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » [1].

On remarque alors deux choses : premièrement le concept de violence est assez large, et comprend non seulement les actes mais aussi les menaces ; deuxièmement la lésion physique ne doit pas forcément être présente et constatée, il suffit qu'il existe un risque élevé de lésion, qui peut être corporelle tout aussi bien que psychique. De plus, le concept de violence regroupe tout aussi bien l'hétéro- que l'auto-agressivité. On notera en revanche que la seule forme de violence exclusivement psychique reconnue ici se traduit par l'utilisation de menaces pouvant entraîner un traumatisme ou un dommage psychologique. (comme par exemple les menaces de mort). Les autres formes d'atteintes morales (harcèlement, rejet, isolement, propos dégradants, provocation...) ne sont a priori pas incluses dans cette définition de la violence.

Elles sont en revanche incluses dans le Code Pénal dans la section des « atteintes volontaires à l'intégrité de la personne » depuis la mise en place de la loi du 9 Juillet 2010, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants [2]. Cette Loi insère en effet l'article 222-14-3 : « Les violences prévues par les dispositions de la présente section sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques ». Est également ajouté l'article 222-33-2-1 disposant que « le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni [...] ».

Les formes de violences exclusivement morales infligées à autrui en dehors des femmes, des enfants ou entre conjoints semblent par contre moins clairement définies et punissables.

Que l'on se positionne d'un point de vue sanitaire aussi bien que d'un point de vue légal, l'intentionnalité apparaît comme une notion centrale du concept de violence exercée contre autrui ou bien contre soi-même, ouvrant par là même tout un champ de subjectivité dans l'appréciation et la qualification de cette dernière. Ainsi, en droit pénal, la constitution de faits de violences suppose la réunion de conditions cumulatives, parmi lesquelles on trouve la

présence d'une victime, la réalisation d'un acte positif, l'existence d'un lien de causalité entre ce dernier et le préjudice de la victime, et enfin l'intention malveillante [3].

Dès lors, comment faire pour caractériser une menace ou un acte de violence ? Comment juger une intention ? Existe-t-il aujourd'hui des méthodes pour répondre à ces questions, ou bien restent-elles uniquement du domaine de l'interprétation ?

La définition actuelle de la violence dans le champ de la santé apparaît donc relativement large et peu précise, accordant une place non négligeable à la subjectivité. Celles proposées par la législation semblent complexes et applicables à une multitude de situations, toutes reliées par l'existence d'une intention de nuire. Cette notion d'intentionnalité apparaît donc centrale et intimement liée au concept de violence. Pourtant, aucune méthode n'est actuellement proposée dans le but de l'évaluer et de la caractériser de manière objective.

L'étude de la violence et la construction d'outils permettant d'en apprécier les caractéristiques apparaissent d'autant plus nécessaires au vu de ces éléments et de leur impact sur la santé.

I.1.2. La dangerosité.

La dangerosité est un concept plus moderne, faisant écho à la notion de danger. L'acception la plus commune du danger renvoie à la notion d'atteinte de l'intégrité physique ou psychique, toute cause et tout niveau de gravité confondus.

Un danger n'est pas toujours identifié avec précision, mais inspire régulièrement un sentiment de peur et fait appel à l'instinct d'auto-conservation. Certains dangers imminents et graves sont susceptibles d'être reconnus par l'ensemble de la population, car basés sur une appréciation instinctuelle et primitive ; mais la majorité des dangers sont soumis à une interprétation subjective.

Au cours du XIXème siècle, la notion de dangerosité se développe dans un climat politique international prônant la défense de la société contre les passages à l'acte violents et le crime de manière générale [4]. Elle apparaît donc d'emblée très liée au contexte de la société qui la définit, ainsi qu'aux valeurs et aux attentes de cette dernière.

Pour Michel Bénézech [5], il n'existe aucune définition médico-légale valable de la dangerosité, du fait entre autres de sa variabilité en fonction des normes sociétales en vigueur et de leur évolution. Cette absence de consensus rend d'autant plus difficile l'appréhension de sa caractérisation, de son évaluation et de sa gestion.

Cependant, et afin de poser quelques bases théoriques, on distinguera ici la dangerosité psychiatrique de la dangerosité criminologique. L'une devrait être l'apanage des psychiatres et l'autre des criminologues. Bien sûr la pratique s'avère beaucoup moins tranchée que cela, d'autant plus si l'on considère l'absence de cursus consensuel de formation en criminologie en France.

1.1.2.1. La dangerosité psychiatrique.

La dangerosité psychiatrique repose sur l'évaluation clinique de symptômes et de syndromes psychiatriquement définis à l'aide de critères diagnostiques, pouvant attester ou non d'un degré de dangerosité en lien avec une pathologie psychiatrique décompensée. Elle est donc une manifestation symptomatique directement liée à l'expression de la maladie mentale. L'apprentissage de son évaluation fait partie intégrante de la formation initiale en psychiatrie, et sa définition est globalement unanime.

Son évaluation est d'ailleurs recommandée, tout du moins aux États-Unis, dans la prise en charge de tout patient présentant un trouble mental majeur [6]. Elle l'est également en France depuis la publication des recommandations issues de l'Audition Publique de la Haute Autorité de Santé parue en 2011 concernant la dangerosité psychiatrique [7].

Pour cela, certains facteurs de risque généraux ainsi que propres aux pathologies mentales ont été mis en évidence. Ils doivent être recherchés et évalués avec soin par tout praticien prenant en charge un patient porteur d'une pathologie mentale. Ces facteurs de risque seront développés plus avant dans ce travail.

Il est également fondamental de relever, parallèlement à l'existence ou non de ces facteurs de risque, l'importance des comorbidités addictives dans le passage à l'acte violent. En effet, H.-J. Steadman démontre en 1998 [8] par une étude de prévalence, un taux non significativement différent de passages à l'acte violents entre une population de patients présentant des antécédents de schizophrénie et un échantillon de la population générale. L'abus de substances psychoactives apparaît par contre prépondérante dans la majoration de la prévalence de passages à l'acte violents. Ces résultats seront pondérés par d'autres études, en particulier celle de S. Fazel en 2009 [9], qui retrouve un risque multiplié par deux de commettre une infraction violente chez une population de schizophrènes en comparaison d'un échantillon de la population générale. Il apparaît que ce risque est encore majoré lorsqu'il existe une comorbidité addictive.

Le risque majoré de passage à l'acte chez les patients souffrant de schizophrénie pourrait donc s'expliquer davantage par la plus grande comorbidité addictive au sein de cette population, que par la seule symptomatologie liée à la pathologie.

1.1.2.2. La dangerosité criminologique.

La dangerosité criminologique représente quant à elle davantage un phénomène psychosocial complexe. Elle se définit en effet en dehors de toute pathologie mentale et fait donc appel à des notions plus vastes touchant aussi bien à la sociologie, l'anthropologie, la politique, l'éthique, la philosophie...

R. Coutanceau [10] la caractérise en tant que procédé d'évaluation du risque de récurrence d'un sujet ayant commis un premier passage à l'acte, et qui le plus souvent ne présente pas de trouble mental majeur, mais davantage un trouble de la personnalité, par exemple de type état limite et/ou psychopathique. Son évaluation se situe donc moins dans le champ de la psychiatrie que dans celui de la criminologie, et nécessite la prise en compte et l'étude d'un



certain nombre de facteurs de risque statiques et dynamiques, ainsi que de facteurs protecteurs.

1.1.2.3. Le point de vue positiviste.

Sur le plan historique, on retrouve deux écoles de pensée ayant marqué l'évolution de la criminologie en Europe, et dont l'influence aura également été prépondérante dans le développement de cette discipline outre Atlantique.

D'abord l'école positiviste du XIXème siècle, qui marque le début de la criminologie en tant qu'étude de « l'homme criminel », tel que décrit par C. Lombroso [11]. Cette école prône un déterminisme individuel du crime. En effet, selon l'auteur, la criminalité serait une forme d'atavisme, à savoir une régression évolutive caractérisant la réapparition d'un caractère ancestral chez un individu qui ne devrait pas le posséder. Le criminel apparaît donc comme une erreur de l'évolution humaine, possédant des caractères qui appartiennent à une version ancestrale et violente de l'être humain. La population de criminels répondant aux critères anthropométriques, essentiellement phrénologiques, relevés par C. Lombroso peut donc être considérée comme n'appartenant pas entièrement à l'espèce humaine actuelle. Dès lors qu'ils représentent un danger pour la société et ne sont accessibles à aucune mesure de réhabilitation, peu de solutions restent envisageables : les exclure à vie ou bien les éliminer.

On remarque ici la connexité théorique entre atavisme et eugénisme, avec comme but commun la préservation de la « meilleure » partie de l'espèce. Dans un cas comme dans l'autre, les criminels, aussi bien que les fous, doivent être écartés de la population. Dans le cas de l'atavisme, en raison de leur irrégularité génétique due à la réminiscence de facteurs censés avoir disparu du patrimoine génétique de l'espèce ; dans le cas de l'eugénisme, afin d'améliorer l'espèce future en n'autorisant la reproduction que d'une partie de la population jugée prometteuse pour l'avenir.

Le moyen de lutte contre la pérennité de la violence dans la société présenté par cette école de pensée passe donc par le contrôle de la reproduction humaine. Le but étant de faire disparaître définitivement le caractère dangereux de l'espèce humaine, en éliminant les individus qui en sont porteurs, afin de poursuivre une évolution saine et améliorée de la dite espèce. La dangerosité, autrefois nécessaire à la survie de l'espèce et faisant partie intégrante de sa nature, doit dès lors disparaître pour laisser place à une nouvelle version de l'être humain, exempte de dangerosité, et vivant dans une société idéalement harmonieuse.

Ces théories positivistes se concentrent sur l'étude de la personnalité criminelle et excluent l'influence du milieu et de l'environnement dans l'étude de la criminalité et du passage à l'acte violent.

1.1.2.4. Le point de vue psychosocial.

Par opposition, d'autres théoriciens comme T. Hobbes [12] ou C. Beccaria [13] défendent quant à eux une théorie plus sociale du crime et de la dangerosité. L'influence des facteurs sociaux est mise en lumière, le crime est vu comme une transgression du pacte social,

ouvrant la voie à une possibilité de réhabilitation des individus. En effet, l'accent est mis sur la rationalité de l'être humain et sa capacité de jugement, et donc d'adaptation aux normes sociétales. Ainsi le crime doit être puni par une peine d'exclusion de la société, permettant ensuite à l'individu de la réintégrer à condition d'en respecter les règles et les principes.

C. Beccaria va encore plus loin dans l'analyse du comportement criminogène et insiste sur l'importance du milieu social précoce, en faisant le lien entre la qualité de l'éducation et la prévention des comportements criminels.

Ces théories s'inscrivent dans le courant de pensée psychosocial de la criminologie, qui cherche les origines du crime dans les conditions de vie de l'individu, et non plus seulement dans ses caractéristiques physiques, génétiques, ou bien encore uniquement dans ses traits de personnalité. Cette vision des choses peut être retranscrite simplement par le célèbre aphorisme d'A. Lacassagne : « La justice flétrit, la prison corrompt et la société a les criminels qu'elle mérite » [14].

1.1.2.5. La situation dangereuse.

On passe ainsi de la stigmatisation de l'individu dangereux par nature, à la remise en question de la société dans laquelle cet individu s'est développé et construit. Cette perspective ouvre surtout la voie à un tout nouveau champ d'étude autour des concepts de « situation dangereuse » et « d'état dangereux ». Le but sera alors de comprendre les facteurs prédisposant au passage à l'acte, afin de pouvoir déterminer les actions de prévention à entreprendre.

La situation dangereuse doit être comprise comme une situation présentant un risque élevé d'aboutir à une mise en danger, avec mise en péril de l'intégrité physique ou psychique d'une personne. Elle survient ainsi 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, en reprenant la proposition de Simone Buffard [4]. Elle n'est pas forcément liée à un individu et peut exister en tant que telle, sans intentionnalité humaine la sous-tendant. Prenons l'exemple d'un enfant qui marche au bord d'un précipice : cela représente une situation dangereuse, n'étant pourtant le fait d'aucune volonté extérieure et donc d'aucune intention de violence.

1.1.2.6. L'état dangereux.

L'état dangereux par contre, s'associe forcément à la personne qui l'incarnera. C. Debuyst [15] en donne la définition suivante : « l'état dangereux est un phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la grande probabilité pour un individu de commettre une infraction contre les personnes et les biens ». Il caractérise donc l'individu soumis à la situation dangereuse et pouvant se rendre auteur d'un passage à l'acte violent. Ainsi, on pourrait le définir comme l'ensemble des conditions les plus probables de passage à l'acte violent, pour un individu donné. L'accent est ainsi mis sur l'importance de la compréhension contextuelle du passage à l'acte, pouvant mener éventuellement à la mise

en place de mesures préventives adaptées.

Le concept de dangerosité doit donc être manipulé avec prudence, car son acception peut parfois varier de manière significative, et sa caractérisation dépend en grande partie des normes de la société au sein de laquelle il est étudié. Le même terme de dangerosité peut d'autre part désigner tout aussi bien l'individu dangereux, que la situation dangereuse, ou bien encore l'état dangereux. Elle demande donc, en l'absence de définition unanime du concept, une manipulation délicate et toujours contextualisée.

I.1.3. L'évaluation du risque.

La notion de risque est constamment liée à celle d'incertitude, avec la perception subjective d'un certain degré de mise en danger. Il existe donc une incompatibilité manifeste entre la notion de risque et celle de certitude. Tout professionnel en charge d'une évaluation d'un risque de passage à l'acte violent doit donc observer la plus grande prudence, dès lors que cette évaluation, qu'elle soit faite dans le cadre d'une pratique courante de psychiatrie ou bien dans celui plus formel d'une expertise demandée par la justice, aura un certain nombre de conséquences possibles pour la personne évaluée.

Ainsi, P.-L. Bernstein [16] le définit comme « une menace ou un danger non entièrement compris et dont la survenue ne peut donc être prédite avec certitude ». Il parle ici du risque boursier, mais l'on comprend aisément les similitudes avec le risque concernant le passage à l'acte violent.

La notion de risque est donc dynamique et contextuelle, en fluctuation permanente selon les circonstances en place : le risque se caractérise, en terme de probabilité, de nature, de fréquence, de gravité des conséquences, d'imminence. L'évaluation la plus complète et la plus précise possible paraît donc nécessaire afin d'appréhender au mieux le risque, et dans le cas qui nous intéresse, le risque de passage à l'acte violent.

Le processus d'évaluation quant à lui consiste en la collecte la plus exhaustive possible des d'informations nécessaires à la caractérisation du risque encouru. Ainsi, concernant l'évaluation du risque de violence, la littérature a permis au cours du temps la mise en évidence d'un certain nombre de facteurs de risque ainsi que de facteurs protecteurs, sur lesquels reposent l'élaboration des outils d'évaluation, et sur lesquels l'évaluateur peut s'appuyer dans son jugement. Les compétences consistant à savoir quantifier et caractériser le risque ainsi que savoir comment le réduire appartiennent au psychiatre.

Le but de l'évaluation est avant tout d'aider à la prise de décision en situation d'incertitude, avec comme objectif une prise de décision optimale et éclairée aboutissant au risque moindre de violence. En revanche, savoir si ce risque résiduel est acceptable ou non par la société ne relève pas d'une compétence exclusivement médicale, mais d'un ensemble de compétences philosophiques, sociales, politiques et juridiques.



I.1.4. La gestion du risque.

L'évaluation du risque aboutit à un certain nombre de données, concernant des éventuels passages à l'acte, dont on s'efforcera tant que possible de préciser la nature et les circonstances favorisantes.

Ainsi, l'évaluation du risque ouvre la voie au champ de la gestion du risque, à savoir l'ensemble des actions à entreprendre, en fonction des données de l'évaluation, pour abaisser le niveau de risque de survenue du passage à l'acte violent.

Dès lors devient possible l'élaboration de programmes de prévention individualisés, car basés sur une évaluation personnelle des facteurs de risque liés à un individu précis dans des conditions précises. Ces données, connues de l'ensemble des acteurs du système médico-socio-judiciaire, permettent une action coordonnée et optimisée en vue de l'évitement du passage à l'acte ou de sa réitération.

Cela représente une avancée significative dans la prise en charge des auteurs d'infractions violentes souffrant d'une affection psychiatrique. Il ne s'agit plus uniquement de punir, mais bien d'évaluer, de prodiguer des soins adaptés à l'individu, puis de mettre en place un ensemble d'actions ciblées afin de maximiser les chances de réhabilitation sociale et de réinsertion, tout en préservant la paix sociale avec un risque amoindri de survenue d'un nouveau passage à l'acte violent.

Au sens sanitaire du terme, nous nous situons ici dans une démarche de prévention tertiaire telle que définie par le rapport Flajolet de 2001 [17] : « qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie ». En effet, les passages à l'acte violent parmi les personnes souffrant d'une affection psychiatrique ont lieu essentiellement lors de décompensations de ces dites affections. La prévention de la violence passe donc, tout du moins en partie, par un contrôle de la maladie et une prévention maximale des rechutes cliniques. De plus, les méthodes d'évaluation et de gestion de la dangerosité interviennent en pratique principalement dans le cas où au moins un premier passage à l'acte violent a eu lieu, et le plus souvent au sein de structures spécialisées. Dans une évolution future et en accord avec les recommandations en place [18], on pourrait envisager que cette évaluation entre dans la pratique quotidienne de prise en charge de toute personne admise dans un service de soins psychiatriques.

I.1.4.1. La prévention primaire.

La prévention primaire, définie comme « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas » [17], apparaît peu applicable au domaine de la prévention de la dangerosité, le crime ne pouvant être qualifié de maladie. Notons qu'il existe par contre des programmes de préventions sanitaires adaptés aux différentes pathologies potentiellement criminogènes, ainsi que de nombreux programmes d'information et de prévention concernant le risque addictologique, lié également au risque de passage à l'acte violent.



1.1.4.2. La prévention secondaire.

Enfin la prévention secondaire a pour but «de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque » [17]. Appliqué à la prévention de la dangerosité, cela pourrait signifier la mise en place d'un repérage précoce du risque de violence, avant la survenue du premier acte délictueux ou criminel. Faudrait-il alors, comme cela a pu être suggéré à une certaine époque par le pouvoir politique en place, soumettre les individus susceptibles de présenter des facteurs de risque de dangerosité à une évaluation ainsi qu'à des mesures de prévention à titre systématique, et ce dès leur plus jeune âge ?

On comprend donc que le concept de dangerosité ainsi que son évaluation et sa prévention, ne s'appliquent que partiellement au champ sanitaire, et nécessitent donc impérativement les apports des systèmes social et judiciaire, dans une prise en charge commune et coordonnée. En revanche, cette coordination semble n'en être qu'à ses balbutiements en France, alors qu'elle est déjà largement répandue par exemple au Canada, où le cloisonnement entre système sanitaire et système judiciaire est beaucoup moins présent. Nous allons tenter d'explorer les raisons pour lesquelles, en France, la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques et auteurs d'infractions violentes semble se faire de manière bien séparée entre l'aspect sanitaire (le soin) et l'aspect judiciaire (la punition).

1.2. L'évolution du cadre légal et du lien santé-justice.

1.2.1. L'évolution du cadre légal.

1.2.1.1. De l'Antiquité aux années 1990.

1.2.1.1.1. L'Antiquité et le Moyen Age.

Durant l'Antiquité et le Moyen Age, le système judiciaire et le système sanitaire demeurent très indépendants et se mêlent très peu.

La place du fou dans l'Antiquité reste relativement neutre. Il n'est pas soigné mais n'est pas non plus maltraité. Il est toléré dans la société, même si la citoyenneté lui est refusée, au même titre que les femmes, les enfants et les esclaves. Il est habituellement gardé au sein du giron familial, faute d'asiles ou d'hôpitaux, encore inexistants [19].

En ce qui concerne la relation à la justice, on observe une ébauche d'élaboration du concept d'irresponsabilité, énoncée par le Code de Justinien : "Le crime n'est engagé que si la volonté coupable survient : Crimen enim contrahitur, si et voluntas nocendi intercedat" [20] .

Au Moyen Age, on assiste à l'influence grandissante du christianisme. La folie est alors perçue comme une punition divine, ou bien encore comme un obstacle envoyé par Dieu pour éprouver la foi. Ainsi, des Hôtels Dieu accueillent les malades et les indigents, au nom de la charité chrétienne. Cependant, déjà à cette époque, l'hospitalisation des fous pose problème par le taux d'occupation prolongé des lits, de par l'incurabilité des maux présentés, et bien souvent l'incapacité à regagner la société. On retiendra que la prise en charge des insensés revient le plus souvent aux familles, ou bien au système religieux, avec l'accueil notamment de bon nombre de malades mentaux au sein des abbayes cisterciennes. Les médecins quant à eux se concentrent en ville, le plus souvent au service de quelques riches personnages souffrant d'affections physiques.

En 1231, une juridiction d'exception, l'Inquisition, est créée semble-t-il dans un climat sociétal troublé marquant un virage décisif vers la fin du Moyen Age [19]. Bon nombre de fous sont alors condamnés au bûcher car jugés comme hérétiques, leurs propos et/ou leurs comportements n'étant pas en accord avec la foi chrétienne.

La justice religieuse se charge donc de juger les insensés lorsqu'ils échappent à l'ébauche de soins, ou en tout cas d'hébergement mis en place par le système religieux. La justice civile se charge quant à elle de juger les criminels. Ces deux catégories de personnes ne se mélangent qu'exceptionnellement. Le droit romain reste toutefois en vigueur dans certains territoires français, selon le Code de Justinien mettant en place le principe d'irresponsabilité pour les fous, dépourvus de volonté de par leur pathologie. Dans d'autres pays dits de coutume, certaines dispositions similaires sont reprises. Citons par exemple la coutume du Beauvoisis datant de 1283 : « Les forsenés ne sont pas justiciés en la manière des autres par ce qu'ils ne savent qu'ils font » [21].

L'application de la justice est donc relativement simple, et le bien collectif passe avant le bien de l'individu. La priorité est donnée au maintien d'une société en bonne santé et évoluant en conformité avec la morale chrétienne.

1.2.1.1.2. Les XVIème et XVIIème siècles.

Les XVIème et XVIIème siècles marquent une évolution dans la prise en charge par la société des individus compromettant la sûreté et la tranquillité publiques. On assiste notamment à une confusion entre les fous, les pauvres et les criminels, dans une volonté d'assainissement de la société.

En 1656 se crée ainsi l'Hôpital Général de Paris. Les mendiants sont vivement encouragés à s'y rendre, permettant de soulager les rues parisiennes de leur présence. Puis en 1670 est prononcée l'ordonnance criminelle établissant un Code de Procédure Pénale [22]. Le roi Louis XIV y affirme le droit d'enfermer sans limite de temps les gêneurs et les opposants, sur simple lettre de cachet royal, synonyme d'arbitraire. En pratique, ces lettres étaient le plus souvent rédigées à la demande des familles qui souhaitaient faire enfermer un proche, soit pour raison disciplinaire, ou bien pour régler des différends familiaux, ou bien encore pour échapper à une procédure criminelle. Il faut préciser en effet que l'emprisonnement dans une prison royale sur lettre de cachet conférait systématiquement l'immunité quant au système judiciaire traditionnel.



La différenciation entre le statut de fou ou d'indigent, et celui de criminel, s'accroît donc, bien que conduisant tout deux à des sanctions et non à des soins, par des procédures qui se distinguent davantage. De plus, cette ordonnance royale semble incarner la première légitimation par le pouvoir en place, de l'amalgame entre l'homme fou et l'homme dangereux pour la société, non pas uniquement par les crimes qu'il aurait commis, mais aussi par son mode de vie qui pourrait représenter un danger pour la bienséance de la société telle qu'elle se construisait. Durant cette période, appelée le « Grand Renfermement », environ 1% de la population parisienne est enfermée afin de préserver l'ordre public, et ce quasiment sans aucun contrôle ni régulation [23]. Cette initiative se propagera ensuite rapidement sur l'ensemble du territoire français avec la création de plusieurs Hôpitaux Généraux, renfermant parfois des maisons de force, sans vocations sanitaires. On remarque d'ailleurs qu'il n'existe aucune loi ni directive spécifiant les modalités de prise en charge des malades atteints de pathologies psychiatriques dans ces établissements. Les mesures d'enfermement, de contention physique ainsi que les autres atteintes corporelles sont donc pratiquées sans restrictions ni justifications nécessaires.

I.2.1.1.3. Le XVIIIème siècle.

C'est au XVIIIème siècle que les choses évoluent, sous l'impulsion du courant humaniste et philanthrope des Lumières.

En Mars 1784, la circulaire Breteuil limite la durée de détention sur lettre de cachet [24] marquant un premier pas vers une volonté d'encadrement juridique du traitement réservé aux fous et aux criminels qui présentent des signes de maladie mentale. En 1785 est publiée et diffusée une autre circulaire [25] dénonçant les conditions de vie des malades mentaux dans les Hôpitaux Généraux. Il y est question de l'ambiguïté des sentiments inspirés par les Insensés aux yeux de la société. On retrouve en effet d'une part la volonté d'apporter les soins qui semblent nécessaires devant le constat d'une souffrance que chacun s'accorde à reconnaître, et qui appelle à l'obtention d'un certain soulagement ; et d'autre part la crainte et le dégoût inspirés par cette même population. Ainsi, la dangerosité est déjà associée à la folie dans les représentations populaires, et le sentiment de rejet de ce groupe d'individus par la société est déjà clairement exprimé : « s'ils excitent une pitié plus profonde par l'image de la misère affreuse dont ils sont accablés, et par l'idée du sort qui leur est préparé, on est, pour ainsi dire, porté à les fuir pour éviter le spectacle déchirant des marques hideuses qu'ils portent sur leur figure et sur leur corps, de l'oubli de leur raison ; et d'ailleurs, la crainte de leurs violences éloigne d'eux tous ceux qui ne sont pas obligés de les contenir » [25].

Le constat concernant les dispositions mises en place pour la prise en charge des Insensés est sévère : « Des milliers d'Insensés sont renfermés dans des Maisons de force, sans qu'on songe seulement à leur administrer le moindre remède » [25]. La maladie ne fait donc que s'aggraver, aucune différence de traitement ou de prise en charge n'étant faite entre les différentes pathologies présentées. Le guérison ne pouvait être espérée que sous la forme d'une délivrance définitive par le décès, sans espoir de pouvoir entretemps regagner la société.

Cette circulaire conclut sur la nécessité de créer de nouveaux lieux de prise en charge spécialisée, pouvant prodiguer les soins nécessaires aux personnes souffrant de troubles

psychiques. Elle réserve l'internement à vie dans les Maisons de force aux cas ayant résisté à ce mode de traitement bien conduit. Les auteurs proposent également la mise en œuvre de certains principes thérapeutiques appliqués à chaque type de pathologie présentée : la frénésie, la manie, la mélancolie, et l'imbécillité.

I.2.1.1.4. Le XIX^{ème} siècle.

En 1810, un nouveau Code Pénal entre en vigueur, marquant un changement profond concernant le traitement judiciaire réservé aux malades mentaux. L'article 64 de ce code pose les fondements de l'irresponsabilité pénale pour motif psychiatrique en déclarant: «il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister». Dès lors, la dichotomie entre santé et justice devient plus marquée, et le schéma de prise en charge est clarifié : les malades doivent être dirigés vers l'asile, et les criminels vers la prison. L'irresponsabilité pénale devient donc une conséquence liée à la maladie, et sa déclaration nécessite un avis diagnostic de la part des aliénistes, qui sont ainsi appelés à assumer un rôle d'auxiliaire de justice pour la première fois au cours de l'histoire de la psychiatrie.

En 1838, sous l'égide de J.-E. Esquirol, est promulguée la dite « Loi sur les Aliénés » [26], affirmant et légitimant l'ébauche de pouvoir octroyée aux aliénistes par le code pénal de 1810, et mettant en application certaines des recommandations de la circulaire de 1785. Cette loi établit en effet l'obligation pour chaque département de disposer d'un établissement psychiatrique, destiné exclusivement aux soins des malades. Elle promet de meilleures conditions de vie au sein de ces hôpitaux, qui sont désormais placés sous le contrôle de l'autorité publique. On assiste en somme à la création de la psychiatrie de secteur, permettant l'accès à un lieu de soin proche du domicile et potentiellement de la famille de chaque malade. D'autre part, la loi de 1838 crée la distinction entre le placement volontaire, à la demande d'un tiers avec rédaction d'un certificat médical, et le « placement d'office », ordonné par l'autorité publique, représenté par le Préfet. Les hospitalisations sous contrainte sont donc désormais soumises à l'obligation d'un examen médical, auquel s'ajoute l'avis du préfet. Ce procédé met fin au régime d'hospitalisations arbitraires ayant eu lieu aux siècles précédents. Les malades mentaux ont acquis un statut juridique, qui doit être respecté et impose de suivre une procédure désormais légiférée.

La psychiatrie s'organise donc à cette époque en tant que discipline médicale à part entière, et trouve en partie sa légitimité dans la prise en charge spécifique des malades ayant commis des infractions, mais dont la responsabilité aux yeux de la société ne peut être engagée du fait des manifestations de trouble mental ayant engendré l'infraction. Ainsi, la responsabilité, toujours aux yeux de la société, est transférée du malade vers la justice, qui elle-même en délègue une partie à la psychiatrie nouvellement créée. On voit ici mise en évidence la particulière proximité du champ judiciaire et du champ psychiatrique dans la prise en charge des individus compromettant la sûreté publique, et ce dès les origines de la psychiatrie. Cette Loi des Aliénés, qui représente une avancée sanitaire majeure, reste cependant critiquable. En effet, elle ne remet pas en question la volonté sociale de mise à l'écart des malades mentaux, et offre la création de l'Hôpital Psychiatrique en tant qu'institution asilaire d'exclusion, dans un but de préservation de la paix sociale et de la bienséance de la société. Mr A. Londres, journaliste défendant le droit des internés, écrira :

« La loi de 38 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société. C'est une loi de débarras » [27]

1.2.1.1.5. Le début du 20ème siècle.

Le 20 décembre 1905, le garde des Sceaux J. Chaumié adresse aux parquets généraux une circulaire, dite « circulaire Chaumié » [28] qui pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leurs actes et qui par ailleurs présentent un trouble mental : « à côté des aliénés proprement dits, on rencontre des dégénérés, des individus sujets à des impulsions morbides momentanées ou atteints d'anomalies mentales assez marquées pour justifier, à leur égard, une certaine modération dans l'application des peines édictées par la loi. Il importe que l'expert soit mis en demeure d'indiquer avec la plus grande netteté possible, dans quelles mesures l'inculpé était, au moment de l'infraction, responsable de l'acte qui lui est imputé ». A cette fin, il est attendu du juge d'instruction qu'il demande systématiquement à l'expert, non seulement de se prononcer sur l'état de démence de l'inculpé au moment de l'acte (au sens de l'article 64 du code pénal de 1810), mais également de lui faire préciser « si l'examen psychiatrique et biologique ne révèle pas chez lui des anomalies mentales ou psychiques de nature à atténuer, dans une certaine mesure, sa responsabilité ». Il faudra cependant attendre la mise en place du nouveau code pénal en 1994 pour voir reconnaître juridiquement la possibilité de prise en compte d'une altération du discernement, et non plus seulement de l'abolition de ce dernier, dans la durée et les modalités d'application des peines prononcées.

Le 15 Avril 1954 est promulguée une nouvelle loi [29] s'intégrant dans le mouvement de Défense Sociale, concernant la prise en charge des « alcooliques dangereux pour autrui ». Cette loi, qui sera finalement non mise en application et abrogée en 1985, prévoyait la possibilité d'internement à durée illimitée, car renouvelable tous les six mois, pour les personnes présentant un éthylisme chronique ne s'amendant pas et représentant un danger pour l'ordre public. Des centres spécialisés de rééducation devaient être construits dans chaque département, mais cette disposition ne fut pas mise à exécution, et seul un centre fut construit. A la sortie de l'établissement, la loi prévoyait également un suivi obligatoire durant un an, avec possibilité de réintégration en cas de non respect du dit suivi. Il s'agit de la première loi autorisant la mise en place de mesures de sûreté et de rétention durant une durée illimitée. Cette loi de 1954, bien que jamais mise en application, reste symboliquement fondamentale car porte la traduction d'une volonté naissante de durcissement des mesures prises par la société à l'encontre des malades dont la pathologie peut mettre en péril la sécurité publique. Pour la première fois la loi autorise à ne plus prendre seulement en compte l'acte dangereux et à le juger en fonction de sa gravité, mais oblige également à évaluer l'état de dangerosité actuelle et future liée à un individu, du fait de la pathologie présentée, ici ciblée sur l'éthylisme chronique.



I.2.1.1.6. La fin du XIXème siècle.

Le 27 Juin 1990 paraît la loi dite « Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » [30], reprenant les mesures dictées par la loi de 1838, avec une mise à jour conséquente et un changement significatif dans la prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte. En effet, l'hospitalisation libre devient la règle, faisant primer le droit des patients, et soumettant la privation de liberté à un certain nombre de contrôles stricts. La loi dispose de plus que « la personne consentante dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ».

Les mesures d'hospitalisation sous contrainte deviennent des mesures d'exception, et les droits des malades hospitalisés contre leur gré sont précisés : « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toute circonstance, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée ». Ainsi, le placement volontaire à la demande d'un tiers devient « Hospitalisation à la demande d'un tiers », et doit répondre impérativement à plusieurs critères, sous peine d'invalidation de la mesure : les troubles présentés doivent rendre impossible le consentement du patient ; et doivent nécessiter des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Le placement d'office devient « Hospitalisation d'Office », et concerne exclusivement des personnes dont « les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes ».

On retiendra essentiellement de cette loi l'introduction de l'incapacité à consentir comme critère majeure d'hospitalisation sous contrainte, et l'importance accordée au respect des droits des patients. A la même époque sont d'ailleurs créées les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques, chargées de vérifier la bonne mise en application de la loi. La privation de liberté est donc de mieux en mieux réglementée pour les personnes présentant des troubles mentaux qui, n'ayant pas commis d'infraction, relèvent exclusivement de l'hospitalisation, sans mesures judiciaires associées.

I.2.1.2. Des années 1990 à nos jours.

I.2.1.2.1. La rédaction du nouveau Code Pénal.

En 1994 est rédigé un nouveau code pénal, encore en vigueur à ce jour. On y voit introduit en particulier la reconnaissance officielle de la possibilité de prise en compte de l'altération du discernement dans les sanctions prononcées contre l'accusé.

L'alinéa 1 de l'article 122-1 [31] reprend le principe d'irresponsabilité pénale énoncé dans l'ancien code pénal de 1810: « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

L'alinéa 2 du même article [31] précise en outre que « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement

ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. »

Le 1er Octobre 2014, cet alinéa est complété de la manière suivante : « Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».

Ainsi les modalités de réduction de peine en cas d'altération du discernement sont ici assez spécifiquement énoncées, afin d'éviter toute interprétation hasardeuse de la loi. En effet, depuis l'introduction de la notion d'altération du discernement dans la circulaire Chaumié de 1905, laquelle conseillait la prise en compte de l'état mental dans la fixation de la durée et du régime de la peine ; une tendance avait été constatée, pour le moins surprenante. Les peines prononcées à l'encontre des auteurs « partiellement » responsables étaient en réalité plus dures que celles prononcées à l'encontre des personnes pleinement responsables, traduisant ainsi une volonté à peine dissimulée de maintenir le plus longtemps possible enfermé les malades mentaux ayant commis des actes médico légaux. L'esprit de la circulaire était donc quelque peu détourné de son intention première, vraisemblablement dans un but de protection de la société. La présence d'un trouble mental associé au passage à l'acte semble donc synonyme aux yeux de la justice de facteur de gravité et d'incurabilité. Elle préfère donc maintenir le sujet à l'écart de la société le plus longtemps possible en utilisant l'arsenal pénal disponible. Cette constatation vient questionner l'articulation santé-justice, avec la mise en évidence d'un manque de coordination dans la prise en charge de cette population spécifique.

La loi du 1er février 1994 [32] marque la création de la peine de perpétuité incompressible, prévoyant la possibilité de réclusion criminelle à perpétuité assortie d'une période de sûreté illimitée empêchant tout aménagement de peine. Toutefois, au bout de trente ans de détention, la mesure de sûreté peut être levée par le tribunal d'application des peines, avec possibilité à ce moment-là de mise en place de certaines mesures d'aménagement. Cette peine particulièrement stricte est réservée aux crimes suivant : meurtre avec viol, tortures ou actes de barbarie d'un mineur de moins de quinze ans ; meurtre en bande organisée d'une personne dépositaire de l'autorité publique et ce, à l'occasion ou en raison de ses fonctions ; assassinat avec viol, tortures ou actes de barbarie d'un mineur de moins de quinze ans ; assassinat d'une personne dépositaire de l'autorité publique et ce, à l'occasion ou en raison de ses fonctions. Pour les autres crimes, la période de sûreté maximale est fixée à vingt deux ans de réclusion criminelle.

1.2.1.2.2. La création du Suivi Socio-Judiciaire.

Le 17 Juin 1998 est créé le Suivi Socio-Judiciaire [33], dans un premier temps uniquement applicable aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il s'agit d'une des premières mesures de soins pénalement ordonnés, qui se présente essentiellement sous la forme d'une injonction de soins, à laquelle peut s'ajouter une mesure de placement sous surveillance

électronique mobile. D'autres mesures de surveillance et de contrôle peuvent également s'y ajouter, comme par exemple l'obligation de déclarer tout changement de domicile. Le suivi socio-judiciaire peut constituer soit la peine principale du sujet, soit être associé à un autre type de peine. Jusqu'en 2008, l'injonction de soins était facultative et laissée à l'appréciation du juge, souvent après réalisation d'une expertise psychiatrique. Désormais, la tendance est inversée et l'injonction de soin est systématiquement intégrée dans la mesure de suivi socio-judiciaire, sauf décision explicitement contraire du juge, et après réalisation d'une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale [34].

Les liens entre justice et santé se resserrent encore avec la création du « médecin coordinateur », chargé de la mise en application de l'injonction de soins. Il doit en effet s'assurer que le condamné a effectué les démarches nécessaires pour sa prise en soin, auprès d'un professionnel de santé dont il confirmera au juge la compétence appropriée. La bonne réalisation des soins ordonnés lui sera également rapportée par le biais de certificats de soins délivrés par le professionnel de santé. En cas de non respect de la mesure, il est de la responsabilité du médecin coordinateur de saisir le juge, qui pourra alors appliquer les mesures prévues à cet effet. On note ici la modification de statut du médecin, se rapprochant davantage de celui d'auxiliaire de justice, à la différence du statut de médecin ou psychiatre traitant. Le but ici n'est pas de privilégier les bons soins apportés au patient, mais bien de vérifier la bonne exécution de la peine prononcée par la justice.

On remarque également que la notion d'« état de dangerosité », autrefois absente des textes, est aujourd'hui de plus en plus présente [35]. Ainsi, l'accent n'est désormais plus uniquement mis sur la caractérisation dangereuse de l'acte passé ayant amené à la condamnation, mais davantage sur l'appréciation de la dangerosité future, à travers l'évaluation du risque de récurrence. Il ne s'agit donc plus de punir un acte passé et authentifié, mais également de prévenir la survenue de futurs passages à l'acte répréhensibles, transfigurant ainsi profondément la mission et le sens du système judiciaire, et par extension, du système psychiatrique, dont on attend un niveau d'expertise et de prédiction du risque jusque là inégalé. Le rôle de protection de la société par la justice se transforme donc en obligation de résultats vis-à-vis d'un risque de violence devant tendre vers le zéro, et pour lequel la justice demande et requiert de la part des psychiatres la mise à disposition de leurs compétences diagnostiques et pronostiques.

1.2.1.2.3. Le tournant sécuritaire.

Parallèlement à cette évolution sécuritaire, la loi du 4 Mars 2002, « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » [36], vient faire progresser le statut du malade en règle général, et non pas spécifiquement au système de soins psychiatriques. Elle fait du patient un citoyen sanitaire, en établissant la notion juridique de droit des malades: « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Cette loi, aussi



appelée « Loi Kouchner », achève la transition entre l'ancien statut de « fou » exclu de la société mais duquel on attend rien, et l'actuel statut de citoyen sanitaire du patient psychiatrique, dont il est attendu la volonté de se faire soigner. Dans le cas contraire, le législateur se réserve le droit d'amputer le malade de sa citoyenneté nouvellement acquise, afin d'imposer des soins qu'il juge nécessaires, et auxquels le malade devrait selon toute vraisemblance consentir si son état pathologique le lui permettait.

On voit bien ici l'éventail juridique existant entre le statut de citoyen du patient présentant un trouble psychiatrique sans commission d'infraction ; le statut de malade privé de liberté mais jouissant de droits fondamentaux, soit sans commission d'infraction ou bien avec commission d'infraction mais reconnaissance de l'irresponsabilité pénale pour motif psychiatrique ; et enfin le statut de détenu, ou tout du moins de condamné, accordé à l'individu reconnu partiellement ou totalement responsable de ses actes, mais nécessitant toutefois la mise en place de soins pénalement ordonnés.

L'année 2004 voit apparaître la création du fichier judiciaire national automatisé pour les auteurs d'infractions sexuelles [37], dans un but de prévention de la récidive et de facilitation de l'identification des auteurs. Il s'agit de la première mesure de contrôle s'étendant au-delà de la peine prononcée. En effet, l'inscription au fichier est prévue pour une durée de 30 ans si l'infraction commise était punie de 10 ans d'emprisonnement, et de 20 ans dans les autres cas. Cette mesure s'applique aussi bien aux personnes reconnues responsables pénalement qu'à celles reconnues irresponsables pour cause de trouble psychique ou neurologique, et peut s'accompagner de mesures restrictives de liberté telles que l'obligation de déclarer un changement d'adresse dans les 15 jours ou celle de justifier de son adresse à un rythme déterminé par le juge en fonction de la dangerosité présumée de l'intéressé. Les personnes reconnues irresponsables pénalement pour motif psychiatrique sont donc certes exemptées de mesures de privation de liberté, mais peuvent maintenant être soumises à des mesures de contrôle et de surveillance, pour une durée parfois significativement élevée.

La tendance au durcissement des peines et à l'élargissement de l'éventail pénal se poursuit et se confirme avec la loi du 12 Décembre 2005 [38], qui se place dans la lignée des lois luttant contre la récidive pénale. Désormais le suivi socio-judiciaire est encouru non seulement pour les infractions à caractère sexuel, mais également pour les crimes d'atteinte volontaire à la vie, d'enlèvement et de séquestration, de torture et d'actes de barbarie, et de destruction, détérioration ou dégradation dangereuse (par exemple par le feu). Plus important, cette loi marque également la création d'une mesure de sûreté, appelée Surveillance Judiciaire [39] : « Lorsqu'une personne a été condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à dix ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, le juge de l'application des peines peut, sur réquisitions du procureur de la République, ordonner à titre de mesure de sûreté et aux seules fins de prévenir une récidive dont le risque paraît avéré, qu'elle sera placée sous surveillance judiciaire dès sa libération et pendant une durée qui ne peut excéder celle correspondant au crédit de réduction de peine ou aux réductions de peines supplémentaires dont elle a bénéficié et qui n'ont pas fait l'objet d'une décision de retrait ». Par mesure de sûreté, le législateur entend ici la possibilité d'appliquer des mesures de contrôle et de surveillance s'ajoutant à la peine de détention, et dont l'exercice débute donc dès la fin de cette dernière, alors que le sujet devrait, selon toute vraisemblance, avoir purgé sa peine et donc recouvrer le statut de citoyen libre.

La surveillance judiciaire s'applique sur décision du juge à compter de la libération anticipée



du condamné et pour la durée correspondant aux réductions acquises ayant permis la libération anticipée. Elle comprend les mêmes obligations que le régime de mise à l'épreuve, à savoir : répondre aux convocations du juge de l'application des peines ou du travailleur social désigné; recevoir les visites du travailleur social et lui communiquer les renseignements ou documents de nature à permettre le contrôle de ses moyens d'existence et de l'exécution de ses obligations; prévenir le travailleur social de ses changements d'emploi; prévenir le travailleur social de ses changements de résidence ou de tout déplacement dont la durée excéderait quinze jours et rendre compte de son retour; obtenir l'autorisation préalable du juge de l'application des peines pour tout changement d'emploi ou de résidence, lorsque ce changement est de nature à mettre obstacle à l'exécution de ses obligations; informer préalablement le juge de l'application des peines de tout déplacement à l'étranger. Y sont également associées systématiquement une injonction de soins, sauf en cas de décision contraire du juge, ainsi que la possibilité de placement sous surveillance électronique mobile ou bien encore d'assignation à résidence si la peine prononcée dépasse 15 ans de réclusion criminelle et que le crime perpétré d'une exceptionnelle gravité [40]. Notons que cette mesure de sûreté ne peut s'appliquer aux personnes reconnues irresponsables pénalement, car son application nécessite l'exécution préalable d'une peine de détention.

Les années 2006 et 2007 apportent elles aussi de nouveaux élargissements des mesures en place, à savoir l'inscription au fichier judiciaire national automatisé pour les auteurs d'infractions sexuelles en cas de proxénétisme sur mineur [41], et l'élargissement de la possibilité de suivi socio-judiciaire pour les actes de violence aggravée [42].

1.2.1.3. Focus sur la Loi du 25 Février 2008.

La loi du 25 Février 2008 [43], s'articule autour de deux axes : la création de la mesure de rétention de sûreté, et la refonte de la procédure d'irresponsabilité pénale pour motif psychiatrique. On remarque d'emblée que sont traitées dans un même texte de loi la question des criminels les plus dangereux, et celle des malades mentaux irresponsabilisés, favorisant encore l'amalgame auprès du grand public entre malade mental et criminel dangereux [44].

1.2.1.3.1. La création de la mesure de rétention de sûreté.

Tout d'abord, concernant la mesure de rétention de sûreté, l'article 706-53-13 du code de procédure pénale prévoit : « A titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté selon les modalités prévues par le présent chapitre, à la condition qu'elles aient été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour les crimes, commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement



ou de séquestration. Il en est de même pour les crimes, commis sur une victime majeure, d'assassinat ou de meurtre aggravé, de torture ou actes de barbarie aggravés, de viol aggravé, d'enlèvement ou de séquestration aggravé ou, lorsqu'ils sont commis en récidive, de meurtre, de torture ou d'actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration. La rétention de sûreté ne peut toutefois être prononcée que si la cour d'assises a expressément prévu dans sa décision de condamnation que la personne pourra faire l'objet à la fin de sa peine d'un réexamen de sa situation en vue d'une éventuelle rétention de sûreté. La rétention de sûreté consiste dans le placement de la personne intéressée en centre socio-médico-judiciaire de sûreté dans lequel lui est proposée, de façon permanente, une prise en charge médicale, sociale et psychologique destinée à permettre la fin de cette mesure » [40].

On remarquera les termes employés pour qualifier les cas où cette mesure devra être mise en place, à savoir lorsqu'il existe « une particulière dangerosité ». Or, la définition d'un tel état ne figure dans aucun texte de loi, et ne fait l'objet par ailleurs d'aucune définition consensuelle au sein de la communauté scientifique et médicale. Concernant la « probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité », on remarquera d'une part l'absence de protocole validé d'évaluation de la dangerosité en France, point qui sera développé plus avant dans cet exposé ; et d'autre part la caractérisation du public concerné, à savoir les personnes souffrant d'un trouble grave de la personnalité. Notons que cette problématique, ô combien complexe, se trouve aux confins de la psychiatrie, de la sociologie et de la criminologie. L'indication de mise en place de cette mesure de sûreté nouvellement créée paraît donc reposer sur des critères flous, sans description précise et en inadéquation avec les moyens disponibles.

Concernant les modalités de mise en application, on retiendra que cette peine est proposée après passage devant la Commission Pluridisciplinaire des Peines de Sûreté, composée entre autres de deux experts psychiatres. Elle est ensuite prononcée par la juridiction de jugement régionale compétente, créée pour l'occasion et composée de trois magistrats. Elle fait suite à un débat contradictoire en présence obligatoirement des deux partis, l'inculpé étant représenté par un avocat. La rétention de sûreté est prononcée pour une durée de un an, renouvelable indéfiniment tant que le risque de dangerosité persiste. Elle ne peut s'appliquer qu'à des personnes dont l'infraction a été jugée après la mise en vigueur de la loi. Cette non rétroactivité fait suite à la décision du Conseil Constitutionnel du 21 Février 2008, « eu égard à sa nature privative de liberté, à la durée de cette privation, à son caractère renouvelable sans limite et au fait qu'elle est prononcée après une condamnation » [44].

1.2.1.3.2. La création de la mesure de surveillance de sûreté.

L'article 706-53-19 du code de procédure pénale, de la même loi, précise les modalités de mise en place d'une seconde mesure de sûreté, appelée Surveillance de Sûreté : « Si la rétention de sûreté n'est pas prolongée ou s'il y est mis fin et si la personne présente des risques de commettre les infractions mentionnées à l'article 706-53-13 (ouvrant droit à la rétention de sûreté), la juridiction régionale de la rétention de sûreté peut, par la même décision et après débat contradictoire au cours duquel la personne est assistée par un avocat choisi ou commis d'office, placer celle-ci sous surveillance de sûreté pendant une durée de deux ans. La surveillance de sûreté comprend des obligations identiques à celles prévues dans le cadre de la surveillance judiciaire, en particulier une injonction de soins et,



après vérification de la faisabilité technique de la mesure, le placement sous surveillance électronique mobile » [45]. De plus, à l'issue de la période de deux ans prévue par la loi, la surveillance de sûreté peut être renouvelée dans les mêmes conditions et pour la même durée, et ce sans limite dans le nombre de renouvellements possibles. Le non respect des obligations engendrées par la surveillance de sûreté entraîne le placement en urgence en centre socio-médico-judiciaire, avec régularisation dans les trois mois après passage devant la Commission Pluridisciplinaire des Mesures de Sûreté. Elle peut être poursuivie pendant un an, et reste réévaluable et renouvelable indéfiniment au même titre qu'une mesure de rétention de sûreté classique. Le texte de loi précise également que « constitue une méconnaissance par la personne sous surveillance de sûreté des obligations qui lui sont imposées susceptible de justifier son placement en rétention de sûreté, le fait pour celle-ci de refuser de commencer ou de poursuivre le traitement prescrit par le médecin traitant et qui lui a été proposé dans le cadre d'une injonction de soins ».

De plus, la mesure de surveillance de sûreté peut donc être prononcée à la suite d'une levée d'une mesure de rétention de sûreté, mais également à la suite d'un suivi socio-judiciaire [46] ou d'une surveillance judiciaire [47]. On remarque donc que la non rétroactivité de la mesure de rétention de sûreté peut être contournée par l'emploi de la surveillance de sûreté décrite ci-dessus. En effet, le texte prévoit un placement en centre socio-médico-judiciaire pour toute personne ne respectant pas les obligations de la surveillance de sûreté, à savoir l'injonction de soins quasi systématique (sauf décision contraire du juge), et potentiellement la mesure de placement sous surveillance électronique mobile.

1.2.1.3.3. La modification de la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale.

Concernant la modification de la procédure d'irresponsabilité pénale, on note plusieurs points conséquents. En effet, le prévenu dont le discernement était aboli au moment des faits doit maintenant impérativement comparaître devant une chambre d'instruction, en présence des deux partis, et subir un débat contradictoire au terme duquel le juge pourra prononcer trois types de mesures. Soit un non lieu si les charges à l'encontre du prévenu sont insuffisantes, soit le renvoi devant la juridiction de jugement compétente en cas de charges suffisantes et de non reconnaissance de l'irresponsabilité, soit enfin un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, dans le cas où les charges sont suffisantes, mais le prévenu est reconnu irresponsable au titre de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal.

Autre nouveauté de la loi de 2008, le juge peut désormais prononcer à l'encontre de l'irresponsabilisé un certain nombre de mesures de sûreté dont l'article 706-136 du code de procédure pénale précise la nature : interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction ou certaines personnes; interdiction de paraître dans tout lieu spécialement désigné; interdiction de détenir ou de porter une arme; interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole spécialement désignée, sans faire préalablement l'objet d'un examen psychiatrique déclarant la personne apte à exercer cette activité; suspension du permis de conduire; annulation du permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis [48].

La juridiction de jugement peut également prononcer, au titre de mesure de sûreté, une



hospitalisation sur décision du représentant de l'état après réalisation d'une expertise psychiatrique mentionnant la nécessité de soin et la possible compromission de la sûreté des personnes et/ou un trouble grave à l'ordre public. Il s'agit donc d'une judiciarisation partielle de la mesure d'hospitalisation sur décision du représentant de l'état, qui jusqu'à présent ne pouvait relever que des autorités administratives, à savoir le préfet. Enfin, la loi prévoit en cas de non respect de ces mesures de sûreté, qui s'apparentent fortement aux mesures de suivi socio-judiciaire, la possibilité de mise en place d'une mesure de surveillance de sûreté, qui pourrait elle-même conduire au placement en centre socio-médico-judiciaire de rétention en cas de nouveaux manquements aux obligations dictées par la loi.

Le système judiciaire permet donc aujourd'hui, de manière indirecte, l'application de mesures de privation de liberté judiciaires aux personnes pourtant reconnues irresponsables pénalement. En effet, le placement en centre de rétention n'étant pas une peine à proprement parler, mais une mesure de sûreté, son application devient possible y compris en cas d'inaccessibilité à une sanction pénale pour motif psychiatrique, ce qui modifie profondément l'attitude de la société, représentée par la justice, à l'encontre des malades mentaux auteurs d'actes médico-légaux et donc considérés comme dangereux.

1.2.1.4. Les évolutions récentes.

Notons également quelques mesures de renforcement des mesures de lutte contre la récidive et de défense sociale apparues ces dernières années. Ainsi, la loi du 10 mars 2010 prévoit la disparition de la nécessité du caractère aggravé sur personne majeure pour encourir les peines de rétention de sûreté, dès lors que l'accusé est en situation de récidive pénale [49]. Elle prévoit de plus la création d'un répertoire de données à caractère personnel comprenant l'ensemble des expertises précédentes d'un auteur d'infractions. La loi du 9 Juillet 2010 élargit quant à elle les possibilités de suivi socio-judiciaire pour les menaces commises sur conjoint, concubin ou partenaire pacsé [2].

Enfin, la loi du 27 mars 2012 [50] indique que le refus de traitement ou de soins pendant le temps d'exécution de la peine interdit l'accès à la libération conditionnelle [51] et expose à une limitation, voire une suppression de l'octroi des réductions de peine supplémentaires [52]. On voit ici clairement mis en place un processus utilisant la menace représentée par l'application de certaines mesures judiciaires comme conditionnement à l'adhésion à une nécessité de soins pourtant bien présente, rendant la confusion toujours plus grande.

1.2.2. L' évolution du lien santé-justice.

1.2.2.1. Avant les Lumières.

Avant le siècle des Lumières, l'évaluation de la dangerosité est très peu prise en compte aux yeux de la justice, et très peu mise en rapport avec les caractéristiques de l'individu. Seul est

pris en compte le nombre de délits ou crimes commis : plus le nombre est élevé, et plus la sanction est lourde. Seul l'acte criminel est jugé et pris en compte, et non l'individu l'ayant commis. L'irresponsabilité pénale est laissée à l'appréciation seule du juge, dictée par le bon sens commun, avec la possibilité d'envoyer les individus dans des maisons de force le cas échéant.

Les apports théoriques du XVIIIème siècle élargissent les perspectives et permettent la naissance de la criminologie, en tant qu'étude du phénomène criminel. Dès lors la justice et la toute nouvelle discipline qu'est la psychiatrie, se rapprochent. On passe de la seule caractérisation du crime, à la recherche de caractérisation de l'individu à l'origine du passage à l'acte. La justice ne s'intéresse plus alors uniquement aux crimes commis, mais également aux auteurs, avec l'idée naissante que des actions pourraient être envisagées afin de prévenir la survenue de nouveaux crimes chez un individu donné. L'un des facteurs de dangerosité retenus étant l'existence d'une pathologie mentale, la justice se tourne de plus en plus vers la médecine, afin de diagnostiquer les malades mentaux parmi les criminels.

Le rôle de l'expert psychiatre se résume donc pendant une longue période à déterminer la présence ou non de troubles psychiatriques majeurs ayant pu abolir le discernement de la personne lors de son passage à l'acte répréhensible par la loi. Aucune demande n'est formulée de la part de la justice concernant le risque de récurrence de passage à l'acte violent ou le degré de dangerosité d'un individu, et l'enfermement de longue durée apparaît comme la seule mesure préventive mise en place pour lutter contre le crime et protéger la société.

1.2.2.2. L'apport des recherches en criminologie.

Dans les années 1970, certaines recherches criminologiques méthodologiquement recevables tendent à mettre en évidence différents profils de détenus, avec un non recouvrement entre la population responsable du plus grand nombre de délits ou crimes, et celle responsable des crimes les plus graves, comme par exemple les atteintes graves à la personne. Cette observation sera confirmée par la réalisation d'autres études plus récentes [53]. L'orientation des réformes judiciaires se modifie alors, et l'attention est davantage portée sur le potentiel dangereux de l'individu. On attend alors la contribution, de plus en plus importante, du corps psychiatrique, pour informer la justice sur le degré de dangerosité d'un individu et le risque potentiel de passage à l'acte. La caractérisation la plus précise possible concernant le type de passage à l'acte potentiel, sa gravité et ses circonstances probables de survenue sont alors recherchées.

Durant le XIXème et XXème siècles, les recherches en criminologie tendant à élargir le panel des facteurs de risque de dangerosité mis en évidence, avec la mise en lumière de plus en plus nette du rôle joué par les facteurs environnementaux. On passe ainsi de l'étude de l'individu criminel avec ses caractéristiques personnelles, à celle de l'individu dans un milieu donné et encore plus précisément dans une situation donnée, propice au passage à l'acte violent. On attend alors des experts psychiatres beaucoup plus qu'auparavant. Il s'agit non seulement de déterminer si l'individu présentait ou non une pathologie mentale ayant pu abolir son discernement au moment des faits, mais aussi de le prendre en charge durant sa détention et au décours, afin de prévenir au mieux le risque de récurrence, pouvant être prédit par l'étude d'un certain nombre de facteurs appliqués à l'individu donné.

On assiste finalement à un basculement progressif de la responsabilité du criminel vis-à-vis de la société, de la justice vers la psychiatrie, dans un contexte de remise en question de l'effet salubre de l'emprisonnement pourtant prôné par le courant philanthropique des siècles passés. Le constat d'échec du système pénitentiaire est en effet bien amer: taux de récidive élevé, peu de réinsertions réussies, maintien dans la misère sociale propice au renouvellement du crime. La nécessité de mener des actions complémentaires au simple emprisonnement devient une évidence, renforcée par les recherches criminologiques insistant toujours plus sur l'importance et l'identification des facteurs de risques de dangerosité et travaillant sur les moyens d'action possibles. La prise en charge du criminel se diversifie et s'élargit, en même temps que la criminologie et la psychiatrie se fondent et se confondent, aucune distinction officielle n'existant d'ailleurs en France. La responsabilité sociale du criminel impute donc à la psychiatrie, et ce parfois même en l'absence de trouble mental majeur, dès lors qu'il existe un trouble de la personnalité pouvant intervenir dans la genèse du passage à l'acte.

Ces tendances sont également favorisées par le développement de l'arsenal thérapeutique psychiatrique, avec d'une part les apports majeurs de la psychanalyse dans la compréhension des conflits internes sous-tendant le crime ; et d'autre part le développement des neuroleptiques à partir des années 1952 avec la commercialisation de la chlorpromazine, révolutionnant la prise en charge et le pronostic des troubles délirants et des troubles du comportement.

1.2.2.3. Les évolutions récentes.

Au cours des dernières décennies, la politique d'individuation des peines s'étend, dans un exercice de jonglage parfois périlleux entre deux finalités souvent difficilement conciliables des sanctions judiciaires, à savoir la volonté punitive et celle visant à la resocialisation, au « redressement » de l'individu pour lui permettre de regagner la société sans danger. La ligne de conduite politique et judiciaire actuelle semble tendre à faire rimer meilleure réinsertion avec tolérance zéro concernant le risque de récidive. On prône en effet une vision idéologique du système judiciaire selon laquelle l'individu responsable d'une infraction serait condamné à une peine correspondant à cette infraction, tout en étant individualisée en fonction d'un certain nombre de caractéristiques du détenu, parmi lesquels on compte l'évaluation du niveau de dangerosité ; tout cela en vue de maximiser les chances de réinsertion, et donc de non-récidive dans le futur.

Dès lors plusieurs questions se posent : une réinsertion réussie se traduit-elle uniquement par l'absence de récidive ? Comment trouver le juste équilibre entre mesures de surveillance, dont le but est de prévenir le risque de récidive par la répression, et mesures de réinsertion sociale, dont le but est également de prévenir la récidive mais en passant par l'amélioration des conditions et de l'environnement de vie ?

Le questionnement devient encore plus épineux lorsque l'on s'interroge sur l'application de mesures de sûreté aux personnes déclarées irresponsables pénalement pour cause de trouble psychique, permise par la loi de 2008. Comment alors réussir à faire la part des choses entre volonté d'enfermement - pour des personnes considérées comme « non réinsérables » de par leur pathologie et leur dangerosité - dictée par la volonté judiciaire de

protection de la société ; et la nécessité de soins de la personne malade dictée et voulue par le système psychiatrique ? On touche ici à un point difficilement conciliable concernant la conduite à tenir, entre protection du plus grand nombre et prise en soins de la personne individuelle.

1.2.2.4. Autour de la Loi du 25 Février 2008.

Rappelons en effet que la loi de 2008, officialisant la création des mesures de rétention, y compris accessibles aux personnes déclarées irresponsables pénalement, intervient dans un climat politique et sociétal particulier de surmédiatisation de quelques dramatiques passages à l'acte mortels de patients suivis en psychiatrie. Citons par exemple le non-lieu pour irresponsabilité pénale en raison de troubles mentaux ordonné dans l'affaire Romain Dupuy en 2007, ou bien la récidive de François Evrard en 2007, individu pourtant déjà condamné à plusieurs reprises pour des infractions à caractère sexuel [44]. Ces affaires semblent avoir attisé la paranoïa ambiante concernant la prise en charge des « fous dangereux », et appellent une réponse politique sous la forme d'une réforme sécuritaire. La volonté prioritaire ici exprimée est celle de la tolérance zéro à l'encontre des récidivistes aussi bien finalement que des individus atteints de troubles psychiques et représentant une potentielle menace pour la société.

Plusieurs rapports préalables au texte de loi ont en effet été rédigés dans ce sens : le rapport de J.-F. Burgelin [54] intitulé « Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive » en juillet 2005 ; le rapport de Gougeon et Gautier [55] intitulé « Mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses » en juin 2006 ; et le rapport de Garraud [56] intitulé « Réponses à la dangerosité, rapport sur la mission parlementaire sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux » en novembre 2006. Ces trois rapports aboutissent à la rédaction de la loi de février 2008. Suite à la décision de non rétroactivité des mesures de rétention prononcée par le Conseil Constitutionnel, le rapport de Lamanda [57] « Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux » est rédigé en mai 2008, afin d'envisager d'autres moyens de réduire le risque de récidive chez les individus qui pourraient prétendre aux mesures de rétention mais ne peuvent en bénéficier du fait de la date de leur jugement antérieure à l'entérinement de la loi.

La mise en application de cette loi est actuellement limitée, avec la création d'un seul centre de rétention, appelé centre socio-médico-judiciaire, situé à Fresnes. Entre 2011 et 2013, quatre personnes ont d'ores et déjà bénéficié de la mesure de surveillance de sûreté, puis ont été placées en centre de rétention à Fresnes suite au non respect des obligations dictées par la loi.

Le 6 Février 2014 est publié un avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, concernant la mise en œuvre de cette mesure [58]. Cet avis interroge quant à la mise en pratique de la procédure, soulignant le non respect de cette dernière pour l'une des quatre personnes (placée en rétention bien que n'en remplissant pas les critères). Le rapport questionne également le niveau d'évaluation de la dangerosité associée à ce régime, les durées de rétention s'étendant entre 41 et 88 jours pour les cas présentés, temps paraissant relativement court pour pouvoir observer une quelconque évolution du niveau de dangerosité de l'individu. D'autre part, le manque de clarté du régime auquel doivent être soumis ces

personnes est également soulevé, ne pouvant être ni un régime pénitentiaire, ni plus qu'un régime d'hospitalisation. Enfin, il est mis en évidence un manque de moyens techniques de prise en charge des personnes ainsi retenues, là où devrait s'effectuer un travail intensif de soins et de réinsertion en vue de diminuer, ou au mieux de faire disparaître le caractère dangereux de la personne.

La distinction entre justice et criminologie est d'autant plus difficile à faire : il ne suffit plus de condamner un individu pour les faits qui lui sont reprochés, tout en déterminant s'il est porteur ou non d'une pathologie mentale ayant aboli ou altéré son discernement ; encore faut-il comprendre qui est cet individu et les raisons ayant amené au passage à l'acte, sans quoi aucune rédemption se semble possible, comme le souligne avec pertinence le philosophe M. Foucault [59]. Cet aspect des choses, qui devrait être uniquement l'apanage du soin, sur une période de temps probablement longue, et dans le cadre d'un engagement de la personne dans le processus de soins proposé, est traité aujourd'hui durant le procès, et apparaît comme un élément décisif dans la prise de décision quant à la sanction qu'il convient d'appliquer. Cette dernière n'est donc plus décidée sur le fait reproché, mais sur la personnalité de l'auteur ainsi que sur ses capacités de mobilisation psychologique, qui doivent de plus être jugées et évaluées dans un contexte peu favorable au prévenu, à savoir dans la plupart des cas pendant le temps de l'instruction ou bien de l'enquête, souvent associés à une période de vulnérabilité et de mise à mal de l'individu.

Le lien entre santé et justice semble donc de plus en plus étroit, allant parfois jusqu'à interroger sur le champ de compétence de chaque discipline. Ainsi, depuis ses origines, la psychiatrie est confrontée à deux objectifs qui semblent de plus en plus incompatibles étant donné l'évolution actuelle de la société : celui de protéger et d'œuvrer pour le bien des patients atteints de troubles mentaux, et celui de protéger la société des individus dangereux, en amenant ces derniers aux soins, l'un des moyens pouvant être la contrainte de soins en tant que mesure judiciaire.

Ainsi, l'évolution du lien santé-justice trouve sa concrétisation dans le développement de la criminologie et de la psychiatrie légale, encore timide en France. Cependant, l'organisation du système sanitaire s'est également trouvée largement modifiée suite aux réformes judiciaires successives, tant sur le plan sécuritaire que sur le plan de la prise en charge purement sanitaire des personnes placées sous main de justice. Cette réorganisation passe aussi bien par la création de structures sanitaires dédiées à la prise en charge de cette population spécifique, que sur le développement et l'implantation sur le territoire de méthodes d'évaluation et de prises en soins également spécifiques, en vue de pouvoir répondre aux attentes de la justice, et plus largement de la société.

I.3. Présentation du dispositif actuel de prise en charge de la dangerosité.

Comme tendent à le montrer plusieurs rapports gouvernementaux [54] [57] [60], la France accuse un retard considérable au niveau international concernant l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité en psychiatrie. En effet, comme l'explique très bien M. Bénézec : « Contrairement à des systèmes judiciaires étrangers, la France ne dispose pas de protocoles standards concernant l'évaluation et la gestion du risque criminel dans ses



diverses composantes» [61].

L'évaluation et la gestion de la dangerosité en France représentent un questionnement sociétal de plus en plus important, impliquant à la fois des acteurs du champ judiciaire, pénitentiaire et sanitaire. En effet, devant l'intrication de facteurs sociaux, psychiatriques et psycho-criminologiques associés à la dangerosité et à ses manifestations, la coopération et la coordination de ces différents systèmes dans la prise en charge des populations dangereuses semblent indispensables. Nous relaterons ici les moyens matériels et humains mis en place en France afin de repérer, évaluer et gérer la dangerosité là où elle se trouve le plus souvent, à savoir parmi les populations carcérales et/ou de malades psychiatriques.

I.3.1. Les articulations du système judiciaires.

Nous nous intéresserons ici à l'évaluation de la dangerosité au sein de la population carcérale, durant deux temps forts du parcours judiciaire : avant l'exécution de la peine, à savoir durant la phase de mise en examen, d'instruction et de procès ; puis au moment où se profile la fin de la peine et le retour dans la société.

I.3.1.1. En présentiel.

I.3.1.1.1. Durant la phase d'enquête : les Officiers de Police Judiciaire et le Procureur de la République.

La prise en compte de l'évaluation de la dangerosité commence très tôt dans le processus d'enquête, à savoir dès l'étude d'une scène de crime. En effet, depuis les années 2000 est pratiquée à titre systématique par des Officiers de Police Judiciaire spécialement formés, une analyse criminelle et comportementale [62] à partir des données disponibles sur la scène de crime. Ce dispositif, inspiré des techniques américaines développées par le FBI initialement pour résoudre des affaires impliquant des tueurs en série, tend à se généraliser pour d'autres crimes, tels que les viols, enlèvements ou séquestrations.

Il permet d'une part par l'analyse criminelle de relever et de croiser l'ensemble des données disponibles sur le site avec l'ensemble des données criminologiques disponibles, afin de guider et de structurer le raisonnement des enquêteurs, sous forme de statistiques, diagrammes et autres supports de réflexion. D'autre part, il permet par l'analyse comportementale de dresser un profil psychologique probable du coupable en fonction des indices laissés sur la scène de crime ; il s'agit en fait de techniques de profiling, utilisées aux États Unis depuis les années 1950.

On remarque ici que l'évaluation de la dangerosité liée à l'acte qui vient d'être commis est laissée exclusivement aux soins des Officiers de Police Judiciaires, sans intervention du champ sanitaire. Cette décision fut prise afin d'éviter certains litiges liés à la légitimité de statut des personnes procédant à cette analyse comportementale, comme cela a pu être le cas aux prémises de la mise en place de ce système [62].

Notons également, toujours lors de la phase précoce d'enquête, la possibilité pour les Officiers de Police Judiciaire, sur autorisation du Procureur de la République, de requérir la réalisation d'un examen psychiatrique lors de la phase de garde à vue. Cette disposition est prévue par l'article 60 du Code de Procédure Pénale : « S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées » [63]. Cet examen peut également être demandé par le gardé à vue lui-même, comme le précise l'article 63-3 du même code : « Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire » [64]. Le dit examen répond à des critères qui doivent être précis, et ne saurait revêtir l'habit d'une expertise présentencielle complète. En pratique, l'examen psychiatrique dans le cadre d'une réquisition lors d'une garde à vue, met à contribution beaucoup plus souvent les praticiens hospitaliers exerçant dans les services d'urgences psychiatriques que les experts psychiatres. Son objectif est avant tout de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé psychique du sujet avec la garde à vue, ou bien d'organiser le cas échéant la mise en place d'une procédure d'hospitalisation.

Notons également le rôle prépondérant à ce stade du Procureur de la République, qui dispose de la possibilité, au terme de son enquête préliminaire (qui commence pendant le temps de garde à vue), et après réalisation d'un examen psychiatrique, de décider d'un « classement sans suites ». Cette procédure met fin immédiatement aux poursuites, sans nécessité de présentation d'un réquisitoire introductif auprès du Juge d'Instruction. Il est à noter que le plaignant peut passer outre ce classement sans suite et se constituer partie civile avec dépôt de plainte à titre personnel, engageant ainsi la responsabilité civile du suspect, qui sera alors tout de même jugé au civil.

Cette possibilité de classement sans suite était déjà très peu employée avant la loi de 2008, le Procureur disposant en effet de peu de temps et d'éléments concernant la possible abolition du discernement du sujet à ce stade de l'enquête. Dans la majorité des cas, un réquisitoire est tout de même déposé auprès du Juge d'Instruction, qui se chargera alors de mener les actions nécessaires à la manifestation de la vérité concernant l'état mental de la personne mise en examen.

1.3.1.1.2. Durant la phase d'instruction : le Juge d'Instruction.

Durant la phase d'instruction, le Juge d'Instruction peut donc demander à tout moment la réalisation d'une expertise psychiatrique, en désignant un expert inscrit sur la liste prévue à cet effet. Ainsi, l'article 81 du Code de Procédure Pénale affirme : « Le juge d'instruction procède, conformément à la loi, à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité. Il instruit à charge et à décharge » [65]. Cet article précise également la possibilité pour les deux parties de demander au juge la réalisation d'examens médicaux, parmi lesquels peut figurer un examen psychiatrique, sous la forme d'une expertise. Le juge doit alors accéder à ces demandes, ou bien dans le cas contraire doit motiver son refus dans les délais impartis, sans quoi la chambre d'instruction peut être saisie par la partie demandeuse.

L'expertise est alors nommée « présentencielle », car demandée durant la phase

d'instruction, avant le prononcé de la sentence. Elle peut être schématiquement de deux natures différentes : l'expertise présentencielle dite « précoce », demandée dans les premiers mois de l'instruction, aura pour but de déterminer si le prévenu peut être placé en détention provisoire durant le temps de l'instruction. L'expertise présentencielle en tant que telle, demandée plus tardivement dans le processus d'instruction, vise à préparer la phase de jugement. Son objectif principal est d'éclairer la Justice sur la présence ou l'absence d'une abolition ou bien encore d'une altération du discernement au moment des faits, telles que décrites dans l'article 122-1 du Code Pénal [31].

Au terme de la phase d'instruction, le juge décide de la suite à donner à l'affaire et pourra, si besoin, saisir la chambre de l'instruction, selon la procédure concernant la déclaration d'irresponsabilité pénale pour motif psychiatrique telle que définie par la loi de 2008 décrite plus haut dans cet exposé [43].

La chambre de l'instruction pourra alors, si les charges sont jugées suffisantes à l'encontre du prévenu, soit prononcer la peine adéquate si le sujet ne répond pas aux critères d'irresponsabilité pénale selon l'article 122-1, soit prononcer un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale si le sujet répond aux critères sus-cités. Dans ce dernier cas et selon l'évaluation du niveau de dangerosité présenté, la chambre de l'instruction devra également statuer sur la nécessité ou non de mise en place de mesures de sûreté. Rappelons ici qu'il peut s'agir d'une hospitalisation sur demande de la chambre d'instruction, motivée par l'expertise portée au dossier ; ou bien encore d'un ensemble de mesures semblables à celles prévues dans le cadre d'une peine de sursis avec mise à l'épreuve, ou bien d'un suivi socio-judiciaire. En cas de non respect de ces obligations, nous rappelons que la loi permet le placement en centre socio-médico-judiciaire en application de la mesure de rétention de sûreté, par le truchement de la mesure de surveillance de sûreté.

1.3.1.1.3. Durant la phase de jugement : le Président de la Cour d'Assises.

Durant la phase de jugement, le Président de la Cour d'Assises peut demander, dans le cadre de l'article 283 du Code de Procédure Pénale, la réalisation d'une expertise psychiatrique : « Le président, si l'instruction lui semble incomplète ou si des éléments nouveaux ont été révélés depuis sa clôture, peut ordonner tous actes d'information qu'il estime utiles » [66]. Il s'agit là d'un ultime « garde fou » prévu par la procédure pénale, permettant de rechercher les critères d'irresponsabilité pénale, si pour une raison ou pour une autre cela n'a pas été fait, ou bien si l'irresponsabilité n'avait pas été retenue par le juge d'instruction, mais que de nouveaux éléments ont été portés au dossier devant la juridiction de jugement, c'est-à-dire au moment du procès.

Dans ce cadre, le Président de la Cour d'Assises pourra, si les critères sont réunis, rendre une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. La juridiction de jugement dispose alors, tout comme la chambre de l'instruction précédemment, de la possibilité de prononcer la mise en place des mesures de sûreté décrites au paragraphe précédent.

Ainsi, on remarque que l'évaluation de la dangerosité du sujet suspecté d'infraction violente représente un véritable fil blanc, présent durant l'ensemble de la procédure, de la scène de crime jusqu'à la comparution en audience, en passant par la phase de garde à vue puis

d'instruction. Elle fait intervenir différents acteurs judiciaires, à savoir principalement les officiers de police judiciaire, les procureurs de la République, les juges d'instruction, les chambres de l'instruction, les présidents de Cour d'Assise et l'ensemble des juridictions de jugement.

L'objectif principal en présentenciel reste bien sûr la détermination du degré de discernement présenté par le sujet au moment des faits, car la justice cherche avant tout à savoir si elle doit ou non condamner le sujet pénalement. Cependant, on remarque que la prise en compte du potentiel dangereux du sujet est également présente dans le processus, y compris pour les sujets déclarés irresponsables sur le plan pénal, via l'application des mesures de sûreté, dont le prononcé est fortement guidé par les conclusions des expertises psychiatriques pénales portées au dossier.

1.3.1.2. En postsentenciel : le Juge d'Application des Peines.

Le second volet de la prise en charge de la dangerosité par le système judiciaire intervient en postsentenciel, et plus particulièrement à l'approche de la date à partir de laquelle le détenu sera potentiellement libérable. Les décisions concernant le détenu durant sa détention sont prises par le Juge d'Application des Peines, qui sera sollicité à plusieurs occasions : demande de libération conditionnelle, libération anticipée, ou tout autre décision pouvant modifier la durée de la peine restant à effectuer. Lors de ces différentes occasions et pour l'aider dans ses choix, le juge a la possibilité de demander la réalisation d'expertises dites « postsentencielles », dont l'un des buts principaux sera de déterminer le niveau de dangerosité présenté par le sujet, ainsi que sa capacité à réintégrer la société sans compromettre sa sécurité.

Rappelons toutefois que le rôle du Juge d'Application des Peines sera ici avant tout de protéger la société contre un individu potentiellement dangereux. Pour cela, il dispose de plusieurs possibilités : refuser les demandes de libération conditionnelle ou anticipée, les accepter tout en prononçant des mesures de surveillance et de contrôle plus ou moins strictes selon les cas, ou bien prononcer à l'issue de la peine des mesures de sûreté motivées par l'existence d'un degré de dangerosité élevé.

1.3.2. Les articulations du système pénitentiaire.

Le système pénitentiaire s'est lui aussi doté au cours du temps d'outils et de moyens d'évaluation de la dangerosité, et ce dans un but double. Il s'agit en effet d'une part de déterminer la dangerosité pénitentiaire du sujet, à savoir le risque de passage à l'acte durant la période de détention, afin de favoriser la sécurité des autres détenus et du personnel pénitentiaire. D'autre part il s'agit d'évaluer la dangerosité future, à savoir le risque de récidive, afin d'assurer au mieux la protection de la population générale une fois le détenu rendu à la liberté. Dans le cas échéant, devra être prévue la mise en place des mesures nécessaires en terme de surveillance et/ou de prolongation de la privation de liberté au-delà de la peine initialement prononcée.

1.3.2.1. Le rôle des surveillants pénitentiaires.

La dangerosité potentielle des détenus représente une problématique prédominante dans le quotidien des surveillants pénitentiaires, qui se trouvent souvent en première ligne en cas de passage à l'acte violent. Malheureusement, leur formation, d'une durée de huit mois, au sein de l'École Nationale de l'Administration Pénitentiaire, ne contient que très peu d'éléments relatifs à l'évaluation et à la prise en charge de la dangerosité en milieu carcéral. En attestent les objectifs de formation tels que définis par la loi [67] : la connaissance des publics et de l'environnement professionnel; l'acquisition des connaissances juridiques et réglementaires; l'apprentissage des techniques et des gestes professionnels nécessaires à l'accomplissement du service ainsi qu'au maintien de l'ordre et de la sécurité dans les établissements pénitentiaires; les règles déontologiques liées à l'éthique professionnelle et le développement des capacités relationnelles; l'apprentissage du fonctionnement d'une chaîne de commandement et de l'autorité hiérarchique ainsi que le respect et le comportement qu'ils impliquent.

Le mot d'ordre est donc le maintien de la sécurité, par des moyens d'action principalement répressifs, conduisant à des sanctions disciplinaires. Alors que les surveillants pénitentiaires se trouvent au plus près de la population carcérale, et donc dans une position privilégiée d'observation et potentiellement d'échanges humains, rien n'est prévu aussi bien dans leur formation que dans leur pratique professionnelle concernant la prise en charge de la dangerosité. Ainsi, la violence est gérée uniquement lorsqu'elle se manifeste, sous forme de transgression souvent violente du règlement pénitentiaire, avec mise en danger d'autrui ou bien dégradation de matériel. Les détenus s'exposent alors à des sanctions répressives, le plus souvent à type d'isolement dans le quartier disciplinaire pour une durée déterminée, plus ou moins associé après passage devant la commission de discipline, à un ensemble d'autres sanctions, allant du simple avertissement à l'interdiction de parler [68].

Les seuls moyens de lutte contre la dangerosité pénitentiaire à la disposition des surveillants pénitentiaires sont donc l'action répressive de maintien de l'ordre et de la sécurité, et les sanctions disciplinaires.

1.3.2.2. Le rôle des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation.

Les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation, créés en 1999 par l'Administration Pénitentiaire pour remplacer les Comités de Probation et d'Assistance aux Libérés et les Services Sociaux-Éducatifs, représentent un acteur primordial pour l'évaluation et la gestion de la dangerosité au sein des populations carcérales.

Ses missions sont en effet bien différentes de celles des surveillants pénitentiaires, et définies comme suit par la loi [69]: « Dans une perspective de prévention de la récidive, le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation participe à la préparation des décisions à caractère pénal et à l'exécution des mesures restrictives et privatives de liberté et aide les personnes placées sous main de justice qui lui sont confiées à réintégrer le corps social. Sa formation initiale doit ainsi lui permettre le développement des compétences sociales, humaines et juridiques mais aussi, au regard des récentes évolutions législatives et

réglementaires, l'acquisition de compétences dans les domaines de la criminologie, du droit de l'exécution des peines, du droit des victimes, des écrits professionnels et de conduite d'entretien ».

Ces missions sont assurées tant en milieu fermé, où l'accent est mis sur le maintien des liens familiaux et la préparation à la sortie ; qu'en milieu ouvert, où la priorité est alors le contrôle du respect des obligations, le maintien de la stabilité socio-professionnelle, et la lutte contre la récidive.

L'évaluation de la dangerosité se situe donc essentiellement dans le travail effectué lors de la préparation à la sortie, puis lors de la surveillance en milieu ouvert concernant le risque de récidive. Une étude de 2012 [70] s'est penchée sur la perception des agents de probation concernant cette mission d'évaluation de la dangerosité et les moyens mis à disposition. Il apparaît, comme pour les autres professions concernées par cette nécessité d'évaluation, un manque de moyens techniques et humains permettant une prise en charge optimale, ainsi qu'une certaine réticence à l'utilisation des outils standardisés, en particulier sous forme d'outils actuariels ou semi actuariels.

Notons que la profession de conseiller de probation a évolué de manière significative, dans la mouvance des différentes réformes sécuritaires modernes. Elle doit désormais assurer un rôle de prévention de la récidive qui est devenu primordial aux yeux du législateur, sans pour autant bénéficier des formations de mise à niveau pour les professionnels diplômés, ni des modifications qui pourtant s'avéreraient indispensables au sein de la formation initiale dispensée. Des compétences en matière de criminologie sont par exemple attendues et citées dans les textes définissant la profession, alors même que ce domaine reste très peu développé et reconnu sur le territoire français. Enfin, le travail de coordination qui devrait pourtant logiquement exister entre les services de probation et les services médicaux concernant l'évaluation du risque de récidive, reste encore plus que parcellaire dans la pratique quotidienne.

1.3.2.3. Le rôle du Centre National d'Observation.

Le Centre National d'Observation de Fresnes joue également un rôle primordial dans l'évaluation de la dangerosité durant la période de détention. Créé en 1950 [71], ce centre à vocation pluridisciplinaire dépend en effet de l'Administration Pénitentiaire. Historiquement, son but premier était d'évaluer de manière pluridisciplinaire l'ensemble des détenus dont le reliquat de peine était supérieur à dix ans, ainsi que tout autre détenu dont les caractéristiques en détention rendraient nécessaire cette évaluation.

Le détenu, appelé « stagiaire », est accueilli dans ce centre pour une durée d'environ six semaines, temps nécessaire à la réalisation d'une évaluation médico-socio-judiciaire, par une équipe composée de psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, et de surveillants pénitentiaires. Il s'agit donc du seul endroit au sein du système carcéral qui semble proposer une prise en charge conjointe et organisée de l'individu dangereux. L'ensemble du dossier pénitentiaire, judiciaire et médical accompagne en effet le détenu et est porté à la connaissance de l'ensemble de l'équipe, qui au terme de l'évaluation, rendra un rapport le plus complet possible au juge d'application des peines. Les objectifs en termes pratiques étant d'une part de déterminer

dans quel centre de détention le détenu exécutera sa peine, en fonction par exemple du niveau de sécurité requis pour son accueil, et d'autre part selon quelles modalités spécifiques le détenu effectuera sa peine, en fonction essentiellement de son profil de dangerosité pénitentiaire.

La procédure d'orientation, selon l'article D74 du Code de Procédure Pénale, consiste à réunir tous les éléments relatifs « à la personnalité du condamné, ses antécédents, sa catégorie pénale, son état de santé physique et mentale, ses aptitudes, ses possibilités de réinsertion sociale, et d'une manière générale tous les renseignements susceptibles d'éclairer l'autorité compétente pour décider de son affectation » [72]. A noter que cette procédure d'orientation est obligatoire pour les détenus majeurs dont le reliquat de peine est supérieur à deux ans, mais peut également se faire sous la forme d'une Commission Pluridisciplinaire Unique au sein des Maisons d'Arrêt. Elle ne comprend donc pas obligatoirement de passage par un Centre National d'Orientation, qui est réservé comme décrit plus haut aux longues peines. Il est également intéressant de noter que l'évaluation de la dangerosité fait partie des quatre critères principaux déterminants dans le choix de l'affectation du détenu, avec le maintien des liens familiaux, la prise en charge psychologique et psychiatrique, et l'accès au travail ou à la formation professionnelle [73].

Depuis la loi de 2008 créant les mesures de rétention de sûreté, puis la loi de 2010 de lutte contre la récidive pénale, le Centre National d'Observation de Fresnes se transforme en Centre National d'Évaluation, et sera rejoint dans sa mission en 2011 par le Centre Pénitentiaire Sud Francilien de Réau, puis en 2012 par la Maison d'Arrêt de Sequedin, près de Lille. Selon l'article 717-1A du Code de Procédure Pénale [74], le passage d'une durée de six semaines en Centre National d'Évaluation est obligatoire pour tous les condamnés à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans, pour des crimes faisant encourir un suivi socio-judiciaire, dans le cadre de la procédure d'orientation.

Les indications de passage au sein du Centre National d'Évaluation sont également significativement élargies. En effet, selon les articles 706-53-13 [40] et 706-53-14 [75] du Code de Procédure Pénale, les personnes pour lesquelles la Cour d'Assises a prévu la possibilité d'un placement en rétention de sûreté à la sortie de prison doivent obligatoirement faire l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité, et ce au moins un an avant la date de libération prévue. De plus, selon l'article 723-31-1 du même code [76], les condamnés susceptibles de faire l'objet d'une surveillance judiciaire peuvent faire l'objet d'une évaluation similaire, d'une durée comprise entre deux et six semaines, sur demande du juge d'application des peines ou du procureur de la République. Enfin, selon les articles 729 [51], 730-2 [77] et D527-1 [78] du Code de Procédure Pénale, le passage au Centre National d'Évaluation aux fins d'évaluation de la dangerosité est également obligatoire avant tout octroi d'une libération conditionnelle pour les personnes condamnées à perpétuité, ou bien à une peine d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour des crimes faisant encourir le suivi socio-judiciaire, ou encore à une peine d'une durée égale ou supérieure à dix années pour une infraction faisant encourir la rétention de sûreté.

On demande alors aux équipes pluridisciplinaires non seulement de statuer sur la dangerosité pénitentiaire, mais également sur le risque de récidive à la sortie, nécessitant alors une évaluation poussée de la dangerosité dans son ensemble, aussi bien criminologique que psychiatrique. Les conséquences pour l'individu des conclusions d'une telle évaluation font reposer sur les épaules de ces équipes une responsabilité toute nouvelle.



Au vu de cette responsabilité toujours croissante qui, de par ces multiples réformes, incombe aux équipes de ces centres spécialisés, plusieurs interrogations peuvent se poser concernant la qualité des formations dispensées aux équipes, ainsi que la qualité des moyens techniques et humains mis à disposition. En effet, les délais d'admission en Centre National d'Évaluation sont aujourd'hui très longs du fait de l'insuffisance en nombre des structures et du personnel en place. La question de la qualité et de la spécificité du niveau de formation reste la même que partout ailleurs en France, à savoir très probablement insuffisante en ce qui concerne l'évaluation de la dangerosité.

1.3.3. Les articulations du système sanitaire.

La prise en charge de la dangerosité en France par le système sanitaire pose d'emblée question sur la manière de circonscrire le champ d'action de la santé dans l'étude du phénomène dangereux et sa prise en charge. Concernant la dangerosité dans son ensemble, comment déterminer ce qui relève ou ne relève pas de la santé ? Il s'agit en effet de distinguer la dangerosité en lien direct avec l'expression de la maladie mentale, des autres formes de dangerosités. Pour cela, la justice fait essentiellement appel aux experts psychiatres, ainsi qu'aux différentes structures de soins associées à la prise en charge des détenus, et enfin aux secteurs de psychiatrie « classiques », eux aussi amenés à prendre en charge et à évaluer la dangerosité d'une population non carcérale, mais potentiellement porteuse d'une dangerosité psychiatrique.

L'implication du système de soins dans l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité devient par ailleurs beaucoup plus complexe dès lors que l'on prend en compte l'acception criminologique du terme. Ce champ est en effet aujourd'hui peu développé et peu défini sur notre territoire. La formation française en criminologie se constitue en effet essentiellement de Diplômes Universitaires ou encore d'options spécifiques au sein de différentes branches d'études, comme par exemple la psychologie. Il n'existe donc pas de formation propre au domaine de la criminologie et qui pourrait regrouper l'ensemble des connaissances à acquérir dans le domaine. La criminologie sera peut-être appelée dans le futur à suivre un chemin semblable au développement de la psychiatrie au cours du XVIIIème siècle en tant que spécialité, en réponse aux évolutions sociétales de l'époque. Quoi qu'il en soit, nous nous concentrerons donc dans cette partie essentiellement sur les moyens humains et structurels mis en place par le système sanitaire dans la prise en charge de la dangerosité, d'un point de vue avant tout médical.

1.3.3.1. Le rôle des experts psychiatres.

Les experts psychiatres sont des psychiatres diplômés, inscrits sur des listes spécifiques, tenues par différents tribunaux. Dans le cas des expertises pénales, les psychiatres sont inscrits sur des listes d'experts près la Cour d'Appel de la juridiction à laquelle ils appartiennent. Actuellement, l'inscription à ces listes est peu protocolisée, et peut varier géographiquement en fonction des besoins de la justice, de la disponibilité ainsi que de l'intérêt porté par les praticiens à la question de l'expertise. Aucune formation n'est



spécifiquement requise pour pratiquer des expertises pénales, même si en pratique la plupart des experts ont suivi une ou plusieurs formations, par exemple sous forme de Diplômes Universitaires, afin de se familiariser aux spécificités de l'exercice. Une telle organisation de la formation sous-entend obligatoirement une certaine disparité de cette dernière, aucun programme de formation officielle uniformisé n'étant actuellement disponible. Ainsi, selon la formation effectuée, le contenu et la mise en application des connaissances peuvent être variables. En témoignent les cas non isolés où plusieurs expertises psychiatriques pénales sont réalisées concernant un même individu, aboutissant à des conclusions différentes. Ces situations sont souvent préjudiciables aussi bien pour la personne concernée par les expertises et dont le devenir est en suspens, que pour les experts et la discipline entière de la psychiatrie légale, avec un risque non négligeable de décrédibilisation des expertises psychiatriques aux yeux de la justice et de la société.

De plus, d'autres obstacles d'ordre plus pratique viennent s'ajouter aux difficultés liées à la formation spécifique des experts. En effet, ces derniers n'ont pas de statut propre à cet exercice, et ne disposent d'aucun temps de travail dédié à la réalisation des expertises. Ils doivent habituellement prendre sur le temps de travail prévu pour le service public, ou bien plus rarement pour la pratique libérale. La compensation financière peut également apparaître bien maigre au regard du travail demandé, tant en termes de temps, que de disponibilité, que de responsabilité engagée, cette dernière ne cessant de croître au fur et à mesure que les exigences du système judiciaire grandissent dans le contexte actuel de réformes sécuritaires prônant une forme de traitement du crime par la psychiatrie.

Ces difficultés, entraînant la détérioration de l'exercice expertal au cours du temps, ont pourtant été mises en évidence par l'Audition Publique de la Haute Autorité de Santé en 2007, dédiée à l'expertise psychiatrique pénale [79]. Malgré les recommandations associées à ce rapport et préconisant d'« éviter de prévoir de nouveaux cas réglementaires ou législatifs de recours à l'expertise psychiatrique pénale », ainsi que « de privilégier les missions d'expertise à visée diagnostique et thérapeutique sur l'expertise de dangerosité, de façon à répondre à la mission première du psychiatre, c'est-à-dire donner des soins au malade mental » ; les dits nouveaux cas n'ont cessé de fleurir depuis la parution du document, sans clarifier pour autant le statut et la formation des experts, et en accordant une place de plus en plus importante aux expertises de pré-libération visant à l'évaluation de la dangerosité. Ainsi, la pratique des expertises psychiatriques pénales peut actuellement être qualifiée d'« exercice ingrat, aujourd'hui à la limite de l'impossible » [80].

Un mot sur les experts psychologues, dont la formation et l'exercice ne sont pas mieux organisés que pour les psychiatres. Ils souffrent de plus d'une prise en compte souvent moins importante de leur travail, alors même que certains processus psychopathologiques du passage à l'acte violent sont souvent mieux connus des psychologues que des psychiatres. Nos collègues psychologues bénéficient en effet durant leur formation d'un meilleur entraînement à la passation de tests et d'évaluations psychométriques, dont la maîtrise peut être précieuse lorsqu'il s'agit d'évaluer la dangerosité d'un sujet.

Notons que dans les textes de loi figure à plusieurs reprises la possibilité d'effectuer un examen médico-psychologique, souvent réalisé par les médecins psychiatres, mais qui ne saurait s'apparenter et ne doit pas être confondue avec la réalisation d'une expertise complète. Cette dernière, selon les textes, peut être demandée indifféremment à un psychiatre ou à un psychologue, à la discrétion du juge et selon les disponibilités de la zone géographique en question. Cette absence de distinction entre expertise psychiatrique et



expertise psychologique apparaît préjudiciable à plusieurs endroits. En effet les compétences, bien qu'hétérogènes au sein de chaque profession, restent pour une part spécifiques à chaque corps de métier, et l'approche du sujet ainsi que du passage à l'acte est souvent bien différente selon que l'on demande son avis à un psychiatre ou à un psychologue. Idéalement, l'expertise devrait être demandée au professionnel dont les compétences sont les plus à même de répondre aux questions posées.

1.3.3.2. Le rôle des Services Médico-Psychologiques Régionaux.

Concernant la mise en place d'un dispositif de soins psychiatriques intra-carcéral, on notera la volonté des pouvoirs publics d'améliorer les conditions de vie et de soins aux prisonniers à partir des années 1940. Ce courant se poursuivra à la fin de la deuxième guerre mondiale, dans un climat international prônant le respect des droits et de la dignité humaine. C'est ainsi qu'en Mai 1945 intervient une réforme pénitentiaire majeure [81], formulée par P. Amor, premier directeur de l'administration pénitentiaire. L'objectif de cette réforme est de placer l'amendement et le reclassement social du condamné au centre de la peine de privation de liberté, qui ne doit plus être présentée uniquement en tant que sanction répressive d'exclusion de la société. Parmi les quatorze points de cette réforme, on retrouve la disposition suivante : « Dans tout établissement pénitentiaire fonctionne un service social et médico-psychologique ».

En 1958, l'article D397 du Code de Procédure Pénale établit que « des services psychiatriques sont organisés dans certains établissements pénitentiaires sous l'autorité médicale d'un psychiatre désigné par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur régional et après l'avis du préfet. Les détenus écroués dans les dits établissements sont soumis à un examen mental systématique de dépistage et, s'il y a lieu, placés en observation au service psychiatrique » [82].

La circulaire AP 67-16 du 30 septembre 1967 [83] crée les Centres Médico-Psychologiques Régionaux, dont chaque région pénitentiaire, soit neuf en France, doit disposer. Le texte ne précise cependant pas l'organisation du dispositif, et le personnel soignant, bien que rémunéré par une structure sanitaire, est placé sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire. La limite entre prise en charge pénitentiaire et sanitaire est alors très floue, et le projet n'est finalement mis en œuvre qu'avec l'aide d'une nouvelle circulaire interministérielle Santé-Justice, en 1977, qui propose la mise en place de services psychiatriques au sein des maisons d'arrêt, dont le fonctionnement sera calqué sur le modèle du secteur psychiatrique. La prise en charge budgétaire est assurée par le ministère de la santé, et les rôles de chaque ministère sont précisés dans les textes, ébauchant une véritable collaboration dans le traitement psychiatrique des personnes incarcérées et souffrant de troubles mentaux, tout en préservant l'indépendance des équipes soignantes par rapport au système pénitentiaire.

Par le décret 86-802 du 14 mars 1986, en application de la loi 85-1461 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, est créé à côté du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, un troisième type de secteur qui n'existait pas auparavant, le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, celui-ci étant chargé de répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les

établissements relevant d'une région pénitentiaire [83]. Chacune d'entre elles compte désormais un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), rattaché à l'établissement hospitalier le plus proche. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires, comprenant des psychiatres, des psychologues, des infirmiers, des travailleurs sociaux et des secrétaires médicales. Leurs missions, définies par arrêté [84] sont les suivantes : le dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques et la mise en œuvre des traitements psychiatriques, par la réalisation systématique d'un entretien d'accueil pour tout nouveau détenu et la mise à disposition d'un suivi assorti au traitement nécessaire, avec le consentement du détenu ; le suivi psychiatrique et psychologique de la population postpénale, afin d'assurer la continuité des soins dispensés en intra-carcéral et d'organiser le relais sur le secteur psychiatrique adapté ; la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, par la dispensation d'informations et de soins spécifiques aux problématiques addictologiques, fortement criminogènes.

En 2012, une nouvelle circulaire interministérielle publie un guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice [85]. Elle redéfinit les soins dispensés aux détenus selon trois niveaux : les SMPR se situent alors soit au niveau 1 lorsqu'ils proposent des soins ambulatoires tels que des consultations individuelles ou des prises en charge de groupe ; ou bien au niveau 2 lorsqu'ils proposent une activité d'hospitalisation de jour au sein de l'unité. Le niveau 3 représente l'hospitalisation complète, et ne peut être assurée par les SMPR du fait de l'absence de personnel sanitaire sur place la nuit. Rappelons que les soins dispensés par les SMPR ne peuvent se mettre en place qu'avec le consentement du patient, et l'autorisation du directeur de l'établissement pénitentiaire. En cas de nécessité de soins psychiatriques chez un détenu non consentant, une hospitalisation complète sera organisée selon le niveau 3 du dispositif. Ce dernier fait alors appel aux autres structures disponibles dans le système de soins psychiatriques dispensés aux détenus: hospitalisation dans des secteurs psychiatriques conventionnels dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale, hospitalisation dans les Unités pour Malades Difficiles (UMD), ou bien plus récemment dans les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA).

1.3.3.3. Le rôle des Unités pour Malades Difficiles.

Les UMD sont des unités spécialisées, à vocation interrégionale. Il en existe aujourd'hui dix, réparties sur le territoire français. Ces structures, dont la plus ancienne fut fondée en 1910 au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, « accueillent des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières » [86]. Elles accueillent donc des patients provenant des établissements pénitentiaires, nécessitant des soins psychiatriques sous contrainte et dont la dangerosité nécessite la mise en place de mesures particulières ; mais aussi des patients placés en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État (SPDRE), soit dans le cadre d'une procédure d'irresponsabilité pénale, ou bien transférés d'établissements psychiatriques classiques ne pouvant plus assurer leur prise en charge.

Des moyens spécifiques sont mis à disposition, tels qu'un personnel plus important en

nombre, et mieux formé à la prise en charge des personnes dangereuses. L'architecture des structures est également pensée dans un but à la fois sécuritaire et contenant pour les patients, le but étant de limiter au mieux la nécessité de mise en place de mesures de contention ou d'isolement, afin de réadapter le sujet à une vie en collectivité. Au terme de cette prise en charge, le patient devra obligatoirement réintégrer la structure de soins classique ou bien l'établissement pénitentiaire d'où il provient.

1.3.3.4. Le rôle des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées.

Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) ont été créées en 2002 [87] dans le but de pallier certaines carences dans la prise en charge actuelle de la santé mentale des détenus. En effet, jusqu'alors, les personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux imposant des soins constants en milieu hospitalier étaient orientées soit vers les UMD s'il existait une particulière dangerosité, soit vers les services de psychiatrie de secteur le cas échéant. Ces hospitalisations complètes ne pouvaient se faire que sur le mode de la contrainte, du fait du cadre administratif existant. Les détenus dont l'hospitalisation complète se justifiait et qui adhéraient à la prise en charge proposée se voyaient donc systématiquement hospitalisés selon une procédure de soins sans consentement, ce qui posait problème à plus d'un titre, tant au niveau du respect du droit des patients que d'un point de vue purement déontologique et même éthique.

Du fait de l'importance des travaux de construction à réaliser, la première UHSA n'a été inaugurée qu'en 2010, au sein du Centre Hospitalier du Vinatier près de Lyon. La circulaire interministérielle de 2011 [88] apporte des précisions sur les modalités d'accès et sur le fonctionnement des UHSA, au moment de leur création effective. Il existe désormais un lieu unique de prise en charge hospitalière complète, dédié aux détenus, aussi bien sous la forme de soins consentis que de soins sans consentement. Ce projet devrait à terme permettre également de désengorger les services de psychiatrie classiques, qui sont déjà soumis à une forte nécessité de soins émanant de la population générale ; ainsi que les UMD, où les places sont également peu nombreuses, et majoritairement réservées aux patients n'ayant pas le statut de détenu.

D'un point de vue purement pratique et organisationnel, la création des UHSA simplifie et clarifie significativement la prise en charge sanitaire des personnes sous main de justice devant bénéficier d'une hospitalisation complète pour motif psychiatrique. Rappelons en effet qu'antérieurement, la prise en charge sur le même site (unités classiques ou UMD) de personnes soumises au régime de la détention et de personnes n'y étant pas soumises posait régulièrement de nombreux problèmes : respect des mesures de contrôle et de surveillance des détenus au sein de l'hôpital, organisation de la continuité des parloirs, contrôle des moyens de communication avec l'extérieur, ou bien encore risque d'évasion majoré. Ces difficultés conduisaient fréquemment à la mise en place de mesures d'isolement et/ou de contention à titre systématique pour les détenus, sans raison médicale, bafouant ainsi purement et simplement les principes les plus primordiaux des droits du patient.

Comme le précise la circulaire interministérielle de 2011 [88], « les UHSA sont des unités hospitalières régies par le code de la santé publique. Les soins aux personnes détenues sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation de

l'établissement de santé ». L'objectif principal reste « la primauté du soin, même si la personne détenue demeure sous écrou pendant son hospitalisation et, se trouve, de ce fait, soumise à des règles particulières restreignant sa liberté d'aller et de venir et de communiquer ». Une enceinte sécurisée entourant l'unité est donc systématiquement prévue dans les plans architecturaux des unités, l'ensemble des UHSA étant construites sur le même modèle. Cette enceinte est sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire, dont le personnel assure également l'escorte et le transport des détenus hospitalisés dans l'unité. Le personnel pénitentiaire est également autorisé, en cas de nécessité et sur demande du personnel hospitalier, à intervenir à l'intérieur des unités afin de préserver la sécurité des personnes. Enfin, « le SAS d'entrée est sécurisé par le personnel pénitentiaire qui doit vérifier que toute personne accédant à l'UHSA bénéficie d'une autorisation d'accès et veiller au respect des mesures de sécurité précédant toute entrée à l'UHSA » [88]. Il en est de même pour les zones de parloir, gérées par l'administration pénitentiaire.

Précisons également l'intégration du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation dans le dispositif : « Au cours de son hospitalisation, le patient détenu bénéficie de l'appui du service social de l'établissement de santé sur le champ social. Le service social de l'établissement de santé intervient en lien avec le SPIP exerçant ses missions au sein du département où est implantée l'UHSA. Le SPIP prépare en lien avec le service médical de l'UHSA, le service social de l'établissement de santé et le responsable de l'UHSA, la sortie de la personne détenue dans le cadre d'aménagement de peines ou de mesures d'individualisation de la peine. Les personnels d'insertion et de probation procèdent aux entretiens avec les patients détenus dans un bureau situé dans la zone pénitentiaire ».

1.3.3.5. Le rôle des services de psychiatrie de secteur.

Créée après la seconde guerre mondiale, dans une volonté de mise à mort du système psychiatrique asilaire préexistant, la psychiatrie de secteur se veut un système d'organisation en réseau identifiant l'hôpital psychiatrique comme structure de soins, et non d'exclusion sociale. Elle a pour mission l'accueil et le soin des personnes nécessitant des soins psychiatriques, et ce au plus proche de leur lieu de vie, en proposant une prise en charge pouvant aller de l'hospitalisation complète, aux consultations ambulatoires, à la venue sur des hôpitaux de jour, ou bien encore l'organisation de visites à domicile, et plus récemment la mise en place d'hospitalisations à domicile en psychiatrie.

L'évaluation de la dangerosité fait bien sûr également partie des missions de la psychiatrie de secteur, qui est régulièrement amenée à prendre en charge des personnes potentiellement dangereuses, du fait de leur pathologie mentale ou bien d'autres caractéristiques criminologiques. La psychiatrie de secteur s'occupe essentiellement des personnes issues de la population non carcérale, mais peut aussi être amenée à prendre en charge les détenus devant bénéficier de soins, le dispositif d'accueil des UHSA n'étant pas encore pleinement opérationnel. De plus, l'intérêt d'une évaluation et d'une prise en charge de la dangerosité trouve tout son sens au sein de la population générale dans un double objectif : d'une part celui d'assurer la sécurité des autres patients ainsi que du personnel hospitalier, et d'autre part celui de déterminer avec le plus de précision possible les modalités de traitement puis de suivi à mettre en place chez un individu donné afin de diminuer au mieux le risque de passage à l'acte violent, aussi bien durant le temps



d'hospitalisation qu'une fois de retour dans la société.

Finalement, les mêmes problématiques se posent aux psychiatres des unités de secteur que celles rencontrées par les experts au service de la justice : l'étude de la dangerosité de la personne, l'évaluation de son potentiel dangereux et de son risque de récidive ; ainsi que la responsabilité vis-à-vis de la société lorsque le patient sort d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ou à la demande du représentant de l'État. Cette dernière possibilité engendre une responsabilité encore plus grande étant donné que la mise en place d'une telle mesure présuppose la survenue d'un acte ou d'un comportement ayant mis en péril la sûreté des personnes ou ayant engendré un trouble grave à l'ordre public. Rappelons que dans ce cas de figure, la levée de la mesure reste soumise à l'autorisation du Préfet en tant que représentant de l'État, et donc de la sécurité publique.

Ce tour d'horizon des acteurs du système sanitaire français montre bien l'omniprésence de la question sécuritaire, non seulement dans l'articulation avec les systèmes pénitentiaire et judiciaire, mais également au cœur même de la pratique psychiatrique classique, incarnée par la psychiatrie de secteur. La prépondérance de la nécessité de prise en compte de la dangerosité dans la prise en charge de nos populations psychiatriques répond à un impératif sociétal de plus en plus présent.

I.4. Présentation des outils actuels à disposition pour l'évaluation de la dangerosité.

I.4.1. Au sein de populations carcérales.

I.4.1.1. Les données de la littérature.

Depuis une vingtaine d'années, les études concernant la prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale se multiplient, cherchant à établir le lien entre la présence de troubles mentaux et le passage à l'acte délictueux ou criminogène.

Ainsi, selon S. Fazel [89], les individus présentant un trouble mental sévère seraient les auteurs de seulement 5 % des infractions criminelles avec violence. De plus, si la littérature met en évidence une association entre maladie mentale et violence, il semble que cette violence soit d'origine multifactorielle et qu'un trouble mental seul ne puisse tout expliquer. En effet, Wallace [90] retrouve un risque d'homicide multiplié par 7 chez les patients schizophrènes sans abus de substance associée, contre un risque multiplié par 28,8 en cas de comorbidité addictive. Parmi les études de prévalence des troubles mentaux au sein de la population carcérale, celle de Fazel et Danesh [91] retrouve 3,7% de pathologies psychotiques, 10% d'épisodes dépressifs majeurs, et 65% de troubles de la personnalité, dont 47% de type psychopathique. La désormais célèbre étude de Falissard [92] retrouve quant à elle 3,8% de pathologies schizophréniques, 17,9% d'épisodes dépressifs sévères, 12% d'anxiété généralisée, et 10,8% d'abus de substance.

On remarque une certaine corrélation entre les résultats de ces différentes études concernant la forte présence de la maladie mentale dans nos prisons. Ces chiffres peuvent en effet paraître élevés, car très supérieurs aux prévalences observées dans la population générale. Pourtant, la pathologie mentale ne semble pas jouer de rôle prépondérant dans la genèse du passage à l'acte violent, dont elle ne peut en tout cas constituer l'unique condition nécessaire. L'abus de substances semble par contre jouer un rôle important dans le passage à l'acte dangereux, probablement en lien avec les effets désinhibiteurs et psychodysléptiques de ces substances, qui altèrent la perception de la réalité.

Avec la mise en place du processus d'irresponsabilité pénale, on aurait pu s'attendre à une diminution, voir une disparition de la pathologie mentale au sein des prisons. En pratique, l'acte criminel, comme le montre les chiffres ci-dessus, ne s'inscrit pas si souvent dans un processus pathologique décompensé, donnant lieu à une irresponsabilisation pénale. Le plus souvent, soit la responsabilité est altérée, et la personne condamnée à une peine, dont la durée sera diminuée en conséquence ; ou bien l'individu est porteur d'une pathologie psychiatrique nécessitant des soins, mais ne pouvant être impliquée dans le passage à l'acte violent du fait de l'absence de relation causale, et donc de l'absence de prise en compte de la maladie dans la détermination de la responsabilité pénale. On peut en effet tout à fait imaginer un patient psychotique, bien équilibré, passant à l'acte en dehors de toute activité délirante, par exemple suite à une alcoolisation massive, qui ne saurait entrer dans les critères d'irresponsabilité tels que décrits par l'article 122-1 du Code Pénal.

Comment dès lors évaluer la dangerosité au sein de la population carcérale, dont l'hétérogénéité englobe aussi bien des personnes exemptes de pathologies mentales, que d'autres présentant des troubles mentaux dont les manifestations peuvent être plus ou moins liées au passage à l'acte violent ?

Les résultats belges d'une enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence [93], réalisée en 2015, montrent une utilisation des outils de jugement clinique structuré dans plus de la moitié des cas afin de déterminer le niveau de dangerosité d'un individu, essentiellement au sein de population appelées « forensiques », à savoir les patients hospitalisés dans des établissements spécialisés, dits de « défense sociale ». Ces derniers prennent en charge les auteurs d'infractions souffrant de troubles mentaux. En France, l'évaluation de la dangerosité au sein de la population carcérale est laissée essentiellement au soin des experts psychiatres près des tribunaux, qui le plus souvent fondent leur expertise sur un ensemble de données cliniques, sémiologiques et psychopathologiques, constituant un jugement clinique non structuré, comme nous l'expliquerons plus loin dans ce travail.

1.4.1.2. Les expertises psychiatriques pénales.

1.4.1.2.1. Présentencielles.

La prise en compte de la dangerosité dans les expertises psychiatriques pénales présentencielles peut intervenir précocement, à la demande du Juge d'Instruction ou bien même du Parquet. Ces expertises peuvent également être demandées par la juridiction de

jugement, au moment du procès, dans le but d'aider le juge à prendre la décision la plus adaptée concernant la peine à prononcer à l'encontre du sujet. Ainsi, l'expertise est obligatoire lors d'un jugement par une Cour d'Assises, dans deux cas prévus par la loi. Le premier, qui résulte de l'article 131-36-4 du Code Pénale [34], a essentiellement pour objet de déterminer si la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet d'un traitement, auquel cas une injonction de soins pourra être prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Dans ces conditions et « lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine ».

Le deuxième cas, prévu par la loi du 12 Décembre 2005 [38], rend obligatoire la réalisation d'une expertise lorsque la juridiction de jugement envisage d'ordonner, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, un placement sous surveillance électronique mobile à la suite de la peine de privation de liberté, dont l'utilité sera essentiellement guidée par le niveau de dangerosité présenté par l'individu. L'article 131-36-10 du Code Pénal précise en effet : « Le placement sous surveillance électronique mobile ne peut être ordonné qu'à l'encontre d'une personne majeure condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à sept ans ou, lorsque la personne a été condamnée pour un crime ou un délit commis une nouvelle fois en état de récidive légale, d'une durée égale ou supérieure à cinq ans, et dont une expertise médicale a constaté la dangerosité, lorsque cette mesure apparaît indispensable pour prévenir la récidive à compter du jour où la privation de liberté prend fin » [94].

Rappelons cependant que l'objectif premier des expertises psychiatriques pénales présentencielles reste la détermination de l'abolition ou de l'altération du discernement au moment des faits, en lien avec l'expression d'une pathologie psychiatrique. Elles sont communément appelées « expertises d'irresponsabilité pénale ».

1.4.1.2.2. Postsentencielles.

Les expertises psychiatriques pénales postsentencielles sont quant à elles davantage en lien avec l'évaluation de la dangerosité du sujet, et plus particulièrement en pré-libération, afin d'aider le juge d'application des peines à déterminer si le sujet peut regagner la société, et si oui dans quelles conditions.

Ses indications, comme nous l'avons vu, se sont sans cesse élargies ces dernières années, et sont aujourd'hui les suivantes : crimes d'atteinte volontaire à la vie (articles 221-1 à 221-5-1 du Code Pénal), crimes de torture ou actes de barbarie (articles 222-1 à 222-6 du même code), crimes de viols (articles 222-23 à 222-26 du même code), délits d'agressions sexuelles (articles 222-27 à 222-31 du même code), délits de corruption de mineurs et d'atteintes sexuelles sur mineur de moins de 15 ans (articles 227-22, 227-23, 227-25 et 227-26 du même code), crimes d'enlèvement et de séquestration (articles 224-1 à 224-5-2 du même code), destructions, dégradations ou détériorations dangereuses pour les personnes (articles 322-6 à 322-10 du même code).

L'expertise est obligatoire avant toute décision d'aménagement de peine pour l'ensemble des crimes et délits sus cités. Elle l'est également avant décision d'une peine de surveillance



judiciaire au décours de l'exécution d'une peine privative de liberté d'une durée au moins égale à 10 ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire était encouru mais non prononcé, ainsi que pour décider d'un arrêt de la mesure de sûreté si celle-ci a été prononcée. Elle est de même systématiquement ordonnée lorsqu'un condamné demande à être relevé de la mesure de suivi socio-judiciaire prononcée par la juridiction de jugement, ainsi qu'avant toute suspension de peine décidée pour motif médical grave et avant toute décision du tribunal de l'application des peines de mettre fin à la période de sûreté prononcée par une Cour d'Assises à l'encontre d'un condamné à la réclusion criminelle à perpétuité.

Les missions de l'expertises post-sentencielles sont toujours formulées de la même manière, regroupant six points [95]:

- décrire la personnalité de l'intéressé.
- décrire son évolution depuis l'ouverture du dossier pénal en tenant compte des expertises antérieures.
- décrire les éventuels troubles psychopathologiques qu'il présente.
- émettre un avis sur l'attitude du sujet par rapport aux faits pour lesquels il a été condamné.
- déterminer s'il présente une dangerosité en milieu libre, discuter les éléments favorables et défavorables du pronostic tant du point de vue de la réinsertion que du risque de récidive.
- préciser s'il relève d'un suivi médical ou d'un traitement.

On remarque que les questions posées semblent de nature davantage criminologiques que purement psychiatriques, imposant donc la nécessité d'une bonne maîtrise et d'une bonne manipulation de connaissances spécifiques afin de pouvoir y répondre avec précision.

1.4.1.2.3. Les différents niveaux d'expertise :

La tendance actuelle, de par l'évolution des attentes de la justice vis à vis de la psychiatrie, serait de distinguer trois niveaux d'analyse au sein d'un travail d'expertise [96]:

Le niveau 1, dit « d'analyse psychiatrique » lorsque l'expert répond simplement aux questions ordinairement posées dans les expertises de recherche d'irresponsabilité : recherche de troubles mentaux, diagnostic et discussion de ceux-ci, recherche d'un rapport entre les troubles et le passage à l'acte criminel, discussion d'une abolition ou d'une altération du discernement.

Le niveau 2, dit « d'analyse psychopathologique du passage à l'acte », fait appel à la lecture psychopathologique de l'histoire du sujet, de son aménagement défensif, de son mode de relation au monde et aux autres. Ce niveau d'analyse paraît davantage appartenir aux compétences de l'expert psychologue, mais reste toutefois fréquemment demandé à l'expert psychiatre, en vue de confronter son point de vue à celui d'un collègue psychologue et ainsi de multiplier les approches différentes pour donner un maximum d'informations aux membres du jury.



Le niveau 3, dit « d'analyse psychocriminologique », concerne plus précisément l'évaluation de la dangerosité du sujet, ainsi que le risque de récurrence de passage à l'acte violent. Ce niveau d'analyse nécessite de toute évidence la maîtrise de notions de criminologie, supposant une formation complémentaire en psychocriminologie, dont très peu d'experts psychiatres français ont pu bénéficier à ce jour.

Précisons également que l'évaluation de la dangerosité du sujet incarcéré participe également de la responsabilité des services de l'administration pénitentiaire, tels que les SPIP ou bien les Centres Nationaux d'Évaluation. Une meilleure coordination entre ces services et les services médicaux qui assureront le relais de suivi à la sortie de détention participerait certainement à une meilleure prise en charge.

1.4.2. Au sein de populations non carcérales.

L'évaluation de la dangerosité dans la population générale n'est encore que peu pratiquée en France, et soumise à de lourds enjeux socio-politiques. En revanche, la Haute Autorité de Santé recommande dernièrement une évaluation systématique de la dangerosité au sein de la population de patients pris en charge dans les services de psychiatrie [7]. En effet, les derniers chiffres disponibles fournis par l'Observatoire Nationale des Violences en milieu de Santé [97] concernant l'année 2014, retrouvent 14 502 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens, contre 12 432 en 2013. Les atteintes aux personnes représentent 72% des signalements, parmi lesquels la psychiatrie occupe la première place (21%), devant les urgences (15%), la médecine (9%) et la gériatrie (9%).

Un certain nombre de facteurs de risque de violence, issus des recherches statistiques internationales de corrélation, sont maintenant bien connus et devraient être recherchés systématiquement pour tout patient entrant dans un service de soins psychiatriques. Précisons toutefois que ces facteurs sont uniquement le reflet d'un lien statistique observé, qui ne dispense pas de la nécessité d'une évaluation clinique complète du patient dans sa globalité, dans le cadre de son parcours de soins. Ajoutons également que cette démarche ne doit en aucun cas s'inscrire dans une politique sécuritaire maximisée, mais au contraire dans une volonté d'optimisation de la prise en soin du patient concerné, en vue d'un retour le plus serein possible au sein de la société. En effet, un patient se rendant auteur d'un fait de violence, justiciable ou non, devra forcément s'attendre à des conséquences négatives, qui lui seront préjudiciables, tant en termes de maintien de sa santé psychique, que de sa qualité de vie, de son insertion dans la société, ou bien encore de son ancrage dans le processus de soins.

La survenue d'un passage à l'acte violent n'est jamais anodine dans le parcours d'un patient en psychiatrie. Le rôle du psychiatre et de l'équipe soignante, en tant que garants de la bonne prise en charge du patient, doit donc être de savoir reconnaître, évaluer et prévenir le risque de dangerosité psychiatrique. Pour cela, il semble primordial d'avoir en tête les principaux facteurs de risque devant être recherchés auprès de nos patients.

1.4.2.1. Les facteurs de risque identifiés dans la littérature.

1.4.2.1.1. Les antécédents de violence.

Tout d'abord on retrouve les antécédents de violence, agie ou subie, dont la valeur sera d'autant plus pertinente que le début sera de survenue précoce, durant l'enfance ou l'adolescence [98].

La violence agie peut par exemple s'illustrer par une condamnation pour coups et blessures ou tout autre acte de violence à l'encontre d'autrui, mais aussi par un ensemble de passages à l'acte non judiciairisés, dont l'existence est plus difficile à mettre en lumière lors de l'interrogatoire du patient. Ce dernier peut en effet très bien omettre de le préciser, soit intentionnellement, soit lorsque l'acte n'aura pas été considéré comme violent par son auteur, ou bien encore par simple oubli.

La violence subie regroupe toutes les formes de maltraitements, de négligences, ou autres formes de carences durant l'enfance et/ou l'adolescence, ainsi que toutes les formes d'agressions ayant pu survenir au cours de la vie, essentiellement de nature physique ou sexuelle.

1.4.2.1.2. Les comorbidités psychiatriques et addictologiques.

Les comorbidités psychiatriques représentent un autre facteur de risque de violence. Les données de la littérature confirment que plus le nombre de comorbidités est important plus le risque de violence est élevé chez les personnes [5]. Il convient donc de rechercher systématiquement les comorbidités dans une approche globale et dynamique du patient, en gardant à l'esprit que la co occurrence de plusieurs pathologies psychiatriques chez une même personne est loin d'être rare. En effet, selon une étude de Swanson, le risque de passage à l'acte violent serait de 21,1 % en cas de trouble de l'humeur associé à une schizophrénie, contre 8,4 % en cas de schizophrénie seule [99]. Attention donc à prendre soin d'éviter le piège consistant à se satisfaire d'avoir posé un diagnostic chez une personne et de la prendre en charge uniquement pour ce dernier. Afin de favoriser une approche du sujet la plus complète possible ainsi qu'une meilleure prise en charge comprenant la gestion du risque dangereux, il est recommandé de confier cette dernière à une même équipe, ou bien le cas échéant de s'assurer de la bonne transmission des informations d'une équipe à l'autre.

En effet, un patient qui par exemple serait hospitalisé dans une unité fermée en SPDRE suite à un passage à l'acte violent pourrait être diagnostiqué schizophrène, et présenter par ailleurs des conduites paraphiliques pouvant mettre en danger autrui. Il pourrait donc nécessiter une prise en charge spécialisée par une équipe du Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS), mais relèverait également d'un suivi concernant sa schizophrénie, avec mise en place de consultations régulières, de visites à domicile, ou bien encore d'une prise en charge en hôpitaux de jour. Le nombre des intervenants se multiplie alors, et en l'absence d'une coordination optimisée, si possible au sein d'une même équipe, le risque est grand de passer à côté des signes

d'alerte pouvant préjuger d'un passage à l'acte imminent ou d'une décompensation à venir de l'une ou l'autre des pathologies présentées.

Parmi les comorbidités les plus souvent retrouvées, on citera les abus de substances, concernant aussi bien l'alcool que les autres substances psychoactives, et dont la prévalence est très élevée dans la population de patients psychiatriques. Elles sont d'autant plus à prendre au sérieux que leur rôle a été mis clairement en évidence dans le passage à l'acte violent [100]. Présenter une pathologie psychiatrique donne une probabilité plus élevée de passage à l'acte violent (odds ratio moyen de 4 chez l'homme et de 8 chez la femme en ce qui concerne les pathologies schizophréniques), qui se trouve encore largement potentialisée en cas de comorbidité addictologique (odds ratio entre 3 et 25 en ce qui concerne la schizophrénie) [9].

L'existence d'un trouble de personnalité est également fréquemment retrouvé chez les personnes présentant un trouble mental majeur [101], [102]. Leur diagnostic n'est pas toujours évident, et repose sur une évaluation plus vaste du fonctionnement du sujet, ce qui demande souvent du temps. Un soin particulier devra être apporté aux personnalités dyssociales ou émotionnellement labiles, qui sont plus souvent porteuses de criminalité. En effet, une étude de Joyal portant sur l'analyse des passages à l'acte violent chez les patients schizophrènes, attribue 34% de ces derniers à la psychopathie associée et non à la symptomatologie délirante liée à la schizophrénie [103]. Ajoutons que ces passages à l'acte attribuables aux comportements antisociaux surviennent majoritairement sous l'emprise de toxiques, ce qui rejoint les données de littératures citées plus haut. La personnalité paranoïaque peut également être à l'origine de passages à l'acte violent, souvent explosifs et graves, sous tendus par des idées de jalousie, de préjudice ou de persécution, et ce indépendamment des évolutions délirantes parfois observées dans ce trouble de la personnalité. Ainsi, une étude de prévalence de 2008 retrouve parmi les personnes présentant une personnalité paranoïaque 7,64% (odds ratio 1,95) de comportements violents avant l'âge de 15 ans, et 23,26% (odds ratio 2,53) après l'âge de 15 ans, comparativement à la population générale [104].

1.4.2.1.3. Les facteurs liés aux soins.

On retrouve ensuite un ensemble de facteurs liés aux soins, qui devront être examinés dans l'appréciation du risque de passage à l'acte violent. Ainsi, le degré d'insight et de reconnaissance du trouble devront être évalués systématiquement. En effet, une bonne acceptation de la maladie et une bonne connaissance des états mentaux présentés sont souvent corrélées au degré d'acceptation des soins, garant d'une bonne stabilité psychiatrique, et évitant donc le risque de décompensation avec passage à l'acte violent. L'adhésion aux soins et la bonne observance représentent donc des facteurs protecteurs de passage à l'acte. Il apparaît en effet que la majorité des passages à l'acte violents chez les patients psychotiques surviennent lors de périodes de rupture de soins et de traitement [105]. Notons également qu'une alliance thérapeutique de bonne qualité, ainsi qu'une bonne capacité du patient à demander de l'aide, avec une bonne capacité des équipes de soins à y répondre, sont corrélés avec une diminution significative de la dangerosité présentée [98].

La qualité de l'ensemble de ces facteurs doit donc être évaluée avec soin, et ce

régulièrement, afin de pouvoir entreprendre des actions précoces en cas de décrochage. La qualité du suivi psychiatrique proposé est également importante, et notamment la possibilité de rapprocher les consultations lorsque l'état du patient le nécessite, ou bien celle de reconvoquer systématiquement les patients ne s'étant pas présentés aux consultations, dans le but d'éviter les ruptures de soins. L'étude de Steadman a en effet mis en évidence un risque accru de passage à l'acte dans les 20 semaines suivant la sortie d'hospitalisation, chez des patients psychotiques [8]. Ces considérations enjoignent donc fortement les praticiens à proposer un suivi rapproché, idéalement hebdomadaire, durant la période de fragilité succédant à une hospitalisation.

1.4.2.1.4. Les facteurs cliniques sémiologiques.

Sur le plan sémiologique pur, il convient d'être particulièrement attentif chez les patients psychotiques présentant des idées délirantes sur le thème de la persécution, a fortiori lorsqu'il existe un persécuteur désigné ainsi qu'un automatisme mental avec syndrome d'influence, pouvant aller jusqu'aux injonctions hallucinatoires commandant au sujet la réalisation d'un acte violent [106]. Un soin et une surveillance particulière devront également être apportés en présence d'un grand niveau de désorganisation psychique avec dissociation majeure, thème de grandeur avec sensation de toute puissance, plus ou moins associés à des délires de thème mystique. Enfin, le niveau élevé de participation affective associé aux idées délirantes doivent alerter le clinicien, ainsi que la présence conjointe de symptômes thymiques et plus particulièrement dépressifs [99].

Dans le cadre d'un trouble de l'humeur, on sera particulièrement vigilant lors d'un état maniaque avec forte composante d'impulsivité et d'irritabilité pouvant être associée à des symptômes psychotiques, telles que des idées de grandeur et / ou de persécution. Ces états donnent en effet lieu à des passages à l'acte violent fréquent, mais préférentiellement dirigés vers des biens, et non des personnes [107]. L'état mélancolique par contre doit attirer la vigilance accrue du clinicien. Il peut en effet être associé à des idées de ruine, de damnation, d'incurabilité, pouvant donner lieu aux fameux homicides suicides, touchant plus particulièrement les membres de la famille ou les proches du malade, dans une volonté dite « altruiste », de soustraire les être aimés aux malheurs de ce monde, qui sont vus comme pires que la mort elle-même [108]. Il est tout particulièrement recommandé dans les états dépressifs majeurs de la femme, d'interroger la patiente sur la présence ou non d'enfants au domicile, ainsi que sur le lien existant entre la mère et les enfants. Des idées d'incapacité, de ruine et de désespoir doivent alerter sur la possibilité de passage à l'acte infanticide.

L'évaluation de la dangerosité psychiatrique devrait donc, comme nous l'avons déjà mentionné, être réalisée pour tout patient entrant en service de soins psychiatriques. Cette évaluation devrait a fortiori être pratiquée lorsque le patient est porteur d'un trouble mental majeur, et devrait s'avérer indispensable lorsque ce dernier est hospitalisé sous la forme de Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État. En effet, cette disposition, réglementée par la Loi du 5 Juillet 2011 [109], est explicitée dans l'article L3213-1 du Code de la Santé Publique : « Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou

portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ». Ce mode d'hospitalisation nécessite donc la mise en évidence d'une notion de dangerosité en lien avec l'état pathologique présenté par le patient. L'évaluation de la dangerosité avec l'examen minutieux de l'ensemble des critères exposés plus haut trouve ici tout son sens et toute son utilité. En effet, pour permettre la levée de la mesure, le psychiatre en charge du patient devra pouvoir certifier de l'absence, ou tout du moins d'une faible probabilité de mise en danger de la sûreté des personnes ou de troubles graves à l'ordre public. Le praticien a d'ailleurs la possibilité de poursuivre la mesure de SPDRE sous la forme d'un programme de soins, mentionnant les obligations de suivi et de traitement auxquels le patient devra se soumettre en ambulatoire, sous peine d'une réintégration en hospitalisation complète. Cette possibilité peut en quelque sorte être comparée à un équivalent sanitaire de la mesure de suivi socio-judiciaire.

1.4.2.2. La méthode actuellement la plus utilisée.

Concernant les méthodes d'évaluation de la dangerosité à mettre en place pour la population de patients souffrant de troubles psychiatriques, la Haute Autorité de santé adopte un point de vue relativement critique à l'encontre des méthodes actuarielles et semi-actuarielles, dont la validité prédictive a pourtant été démontrée au niveau international depuis plusieurs années. Elle semble rejoindre le point de vue dominant des psychiatres du territoire, privilégiant l'évaluation clinique rigoureuse à l'aide des facteurs de risque identifiés plus haut.

Ainsi, les recommandations [7] précisent que « si le sens clinique, la rigueur sémiologique et la prise en compte de la complexité systémique peuvent être assistés par des outils d'évaluation, cette dernière ne doit pas se limiter à l'usage de ces outils. Le recours à des outils actuariels ou semistrukturés n'est envisageable que s'il est intégré à l'évaluation clinique pratiquée par l'équipe soignante, en complément d'un entretien clinique avec le patient. Quels que soient les outils d'évaluation utilisés, il importe de ne pas prendre en compte un seuil chiffré séparant les personnes à risque de violence des personnes sans risque de violence ». Concernant les échelles d'évaluation, elles adoptent une prise de position assez tranchée : « En pratique, les échelles actuarielles, parce qu'elles s'appuient essentiellement sur les facteurs statiques de risque de violence, ne sont pas adaptées à l'évaluation psychiatrique. Si l'on souhaite recourir à une échelle, les échelles semi-structurées sont préférables aux échelles actuarielles, car elles prennent en compte les facteurs dynamiques et leur évolution dans le temps ».

La méthode clinique reste donc à privilégier selon les recommandations françaises, devant donner lieu à une analyse précise, en intégrant les dernières données criminologiques disponibles dans la littérature. La Haute Autorité de Santé met également en garde contre les biais liés à l'évaluation clinique, notamment en lien avec la subjectivité et la gestion des réactions transférentielles et contre-transférentielles, ainsi que la gestion de la responsabilité aux yeux de la société allant de paire avec la caractérisation d'un risque dangereux pour un individu donné. Elle conseille également de procéder à l'évaluation si possible de manière pluridisciplinaire, par exemple en complétant les entretiens cliniques par d'autres sources d'informations disponibles, telles que les entretiens infirmiers, les rapports des services sociaux, ou tout autre document pouvant s'avérer utile.

I.5. Le développement des outils d'évaluation de la dangerosité.

I.5.1. Rappels historiques.

I.5.1.1. Avant 1990.

Dès 1928, le professeur Ernest W. Burgess [110], sociologue à Chicago, étudiait 3000 anciens détenus et déterminait 21 facteurs prédictifs dans le risque de survenue de récidives, dans un but de prévention et d'adaptation des mesures pénales et correctionnelles. Dès les années 1935, la « méthode Burgess » est appliquée, d'abord dans l'Illinois, puis se généralise à l'ensemble des États-Unis. Cette méthode consiste à recueillir les informations nécessaires sur chaque détenu, correspondant aux 21 items déterminés par Burgess, puis à les synthétiser sous la forme d'un rapport qui sera présenté à la commission des libertés conditionnelles. La décision de libération conditionnelle sera alors prise en tenant compte du risque de récidive mentionné dans le rapport, lui même calculé à partir des données compilées. On assiste ainsi à la naissance des méthodes actuarielles, basées uniquement sur des données statistiques, dans le but de déterminer le risque de récidive d'un individu ayant déjà commis une infraction. Ces méthodes se généralisent et s'étoffent ensuite durant les décennies suivantes. Elles inspirent une confiance presque aveugle, le fondement statistique solide de cette méthode étant gage d'objectivité, assurant une bonne prédiction du risque de passage à l'acte futur chez un individu donné.

Les années 1980 marquent un tournant significatif dans le développement des méthodes actuarielles de prédiction du risque. En effet, J. Monahan publie en 1981 une étude [111] qui deviendra célèbre dans le milieu de la santé mentale et celui de la justice. Il démontre en effet que la prédiction du risque fondée sur le seul jugement clinique non structuré s'avère correcte dans seulement un tiers des cas. L'auteur met également en avant le manque de recherches étayant l'efficacité de l'évaluation et de la gestion du risque de violence, devant le peu d'études publiées à l'époque, et le peu d'intérêt suscité, pour un domaine pourtant appelé à se développer. Les données disponibles avant les années 1990 sont qualifiées de faibles et souvent contradictoires.

Cette étude bouleverse le champ de la psychiatrie légale, dans un contexte internationale où la tendance est à la prédiction du risque, qui doit être la plus fiable possible. En effet, essentiellement aux États-Unis, la majeure partie du système pénal se structure autour de l'évaluation du risque de récidive. Il apparaît donc fondamental de pouvoir prédire avec le plus de certitude possible ce risque, aux lourdes conséquences au niveau sociétal. Comment justifier, en effet, que des décisions judiciaires puissent être prises en tenant compte d'analyses cliniques dont la fiabilité concernant le risque de récidive semble plus proche du hasard que du fruit d'une analyse pertinente ?

1.5.1.2. Depuis 1990.

Durant les années 1990, les recherches autour de l'évaluation du risque dangereux chez les patients atteints de pathologies psychiatriques se multiplient, fortement influencées par le développement des méthodes actuarielles.

Ainsi, en une vingtaine d'années, plus de 400 outils ont été développés, d'abord en Amérique du Nord, puis en Europe du Nord, et plus récemment dans nos contrées. Toutefois, à ce jour, peu d'échelles ou de guides d'évaluation ont été traduits et validés en langue française. Ces outils sont aujourd'hui utilisés dans une quarantaine de pays, aussi bien sous la forme d'outils actuariels que semi-actuariels se rapportant au modèle de jugement clinique structuré qui sera développé plus bas. Les études récentes [112] tendent à démontrer l'équivalence de l'ensemble des outils validés dans la prédiction du risque de passage à l'acte violent. Il semblerait en effet qu'aucun outil ne soit supérieur aux autres en terme de validité prédictive. La difficulté pour l'évaluateur serait donc davantage dans le choix de la bonne méthode, en adéquation par exemple avec le type de population évaluée ou bien encore le type de violence que l'on cherche à prévoir. En effet, la multitude d'outils disponibles s'explique également par le fait que des outils ont été développés pour des types de populations différentes (femmes, hommes, mineurs, population carcérale, population psychiatrique...), des types de passage à l'acte différents (violences sexuelles, violences contre personnes, dégradation de biens, tout type de violence confondu...), ou bien encore le type de risque pris en compte (risque de récurrence sexuelle, non sexuelle, dans les 6 mois, dans les 10 ans, ect...).

Il s'agit donc ne de pas se noyer dans la multitude d'outils disponibles, à savoir actuellement environ 120 outils validés. La difficulté se trouve donc dans le choix de l'outil le mieux adapté à la situation qui occupe l'évaluateur, lequel devra de plus être formé spécifiquement à la manipulation du dit outil afin d'assurer la meilleure évaluation possible. Nous allons maintenant passer en revue les différents types de méthodes d'évaluation du risque et de gestion de la violence, regroupés en trois pôles mis en évidence par Fazel et Singh [113] : le jugement clinique non structuré, les méthodes actuarielles, et le jugement professionnel structuré.

1.5.2. L'évaluation de la dangerosité basée sur le jugement clinique non structuré.

Comme l'expliquait J. Monahan [111], le jugement clinique non structuré représente un processus en grande partie subjectif, et l'évaluation du risque de passage à l'acte violent qui en résulte a montré une faible validité prédictive, ainsi qu'une surestimation du risque par effet « couverture ». Cet effet traduit le fait que les cliniciens ont tendance à surestimer le risque dans le but, intentionnel ou non, de se couvrir en cas de récurrence avérée. Devant la pression exercée par la justice et la société pour l'obtention d'une certitude proche du risque zéro de récurrence, et l'ampleur de la médiatisation lorsque cela n'est pas le cas, bon nombre de praticiens, en proie au doute, tendent à majorer le risque, dans l'illusion de se donner plus de chance d'éviter la récurrence, et ce malgré le risque d'engendrer des peines

d'emprisonnement plus longues ou des conditions de libération plus strictes.

Le jugement clinique non structuré consiste donc en une évaluation clinique « classique » du sujet présentant un risque de violence, en se basant essentiellement sur une analyse intuitive et issue de l'expérience personnelle de l'évaluateur. Il s'agit de la méthode d'évaluation la moins fiable, mais cependant la plus utilisée à ce jour en France.

1.5.2.1. Les avantages.

Le jugement clinique non structuré est doté d'une grande flexibilité, permettant une adaptation maximale au sujet donné, sans nécessité de faire correspondre une personne à une catégorie statistique établie. Il laisse toute la place à la singularité du sujet qui se trouve devant l'évaluateur, permettant à celui-ci de produire une évaluation unique, issue de l'application exhaustive des connaissances du clinicien à ce cas précis. Cette possibilité reste envisageable, et devrait même être encouragée, sous la condition d'être certain de rendre un travail le plus juste possible, ce qui reste extrêmement difficile lorsque les repères sont manquants dans l'évaluation.

Ajoutons également la gratuité de cette méthode dans les avantages, à une époque où l'hôpital public fait de plus en plus l'objet d'une politique gestionnaire d'efficacité à moindre coût. Le jugement clinique non structuré ne nécessite en effet l'achat d'aucune méthode, et n'impose la réalisation d'aucune formation spécifique. Cependant, il présuppose un sens clinique aiguisé et sûr, associé à de solides connaissances en psychiatrie médico-légale et en criminologie, que le praticien, par déontologie ou éthique personnelle, devra s'assurer de posséder.

1.5.2.2. Les inconvénients.

Du fait de la grande part accordée à la subjectivité dans ce processus d'évaluation, la fiabilité interjuges observée reste très faible [114]. En effet, ce moyen d'évaluation fait forcément intervenir des facteurs liés à la relation entretenue entre l'évaluateur et le sujet. Ainsi, les résultats peuvent significativement différer si l'évaluateur ne connaît pas le sujet ou bien s'il s'agit de son psychiatre traitant. Les résultats seront également influencés par les affects liés à la relation évaluateur-évalué, et les éléments du passé récent auront tendance à influencer l'analyse d'une manière plus importante que les faits anciens.

Prenons, pour illustrer ces propos, le cas d'un patient hospitalisé depuis quelques mois dans un service de psychiatrie fermée, sous contrainte sur demande du représentant de l'État, suite à un passage à l'acte violent. Imaginons que ce patient réitère son passage à l'acte violent au sein de l'unité, et qu'un membre de l'équipe soit blessé. L'évaluateur en charge de se prononcer sur la dangerosité du sujet sera certainement plus frileux s'il s'agit du psychiatre responsable de l'unité en question, avec toute la charge émotionnelle qui s'associe habituellement à un passage à l'acte violent au sein d'une équipe de soins. Son jugement sera-t-il objectif ? Comment faire la part des choses quand la neutralité est altérée par l'émotionnel et qu'aucune structure ne vient guider l'évaluation, dont les conséquences

peuvent être somme toute décisives pour la personne évaluée ?

1.5.2.3. Une proposition de méthodologie.

Bien que non structuré, certains auteurs ont défini quelques éléments devant être présents dans l'évaluation basée sur le jugement clinique non structuré, et ont proposé une méthodologie basique qui peut être suivie. Ainsi par exemple, selon Doyle et Dolan [115], l'évaluation du risque de violence doit s'effectuer selon cinq étapes :

- la première consiste à recueillir les informations concernant le sujet (antécédents de violence, état mental, abus de substances), à partir de sources différentes (le patient, la famille, des tiers intervenant dans la prise en charge).
- la deuxième étape consiste à identifier les facteurs de risque de violence identifiés dans la littérature (historiques, cliniques, environnementaux, contextuels).
- la troisième étape doit permettre de rechercher l'existence de facteurs protecteurs également tels que décrits dans la littérature.
- la quatrième étape consiste à évaluer le risque de violence à partir des informations obtenues en précisant sa nature, sa sévérité, l'imminence, l'évolution possible et les facteurs pouvant aggraver ou diminuer ce risque.
- la dernière étape doit permettre de proposer une prise en charge adaptée au type de risque de violence (traitement, gestion de la violence, surveillance...).

1.5.2.4. Les facteurs de risque statiques et dynamiques.

Les facteurs de risque statiques sont ceux ne pouvant se modifier avec le temps. Ils correspondent au genre, aux antécédents de violence, aux conditions de vie dans l'enfance, à l'âge de début des comportements violents et/ou des autres comportements antisociaux, celui du début des consommations éventuelles de toxiques, les antécédents de problèmes relationnels (famille, amis, relations intimes), les antécédents de problèmes d'emploi (instabilité, licenciements...), les antécédents psychiatriques et/ou de trouble de la personnalité, les expériences traumatiques, les antécédents de rupture de soins ou de ruptures de conditions de mise à l'épreuve judiciaire.

Les facteurs de risque dynamiques concernent les éléments pouvant se modifier au cours du temps, soit dans le sens de la diminution du risque, soit dans le sens de sa majoration. On retrouve ainsi parmi ces facteurs le niveau d'insight et d'introspection, la présence d'idéation et/ou de fantasmes autour de la violence, la symptomatologie psychiatrique présente, l'adaptation à l'environnement, l'observance du traitement et de la prise en soins, la qualité de l'alliance thérapeutique, les problèmes liés à l'emploi, ou bien ceux liés aux conditions de vie. Ces facteurs de risque peuvent être considérés comme les plus importants à évaluer, car sont susceptibles de se modifier en fonction de la prise en charge mise en place et des actions de prévention menées à la suite de l'évaluation du risque.



I.5.3. L'évaluation de la dangerosité fondée sur les outils actuariels.

L'évaluation actuarielle est une approche fondée principalement sur une pondération statistique des facteurs de risque listés et reconnus pertinents par la littérature internationale. Il s'agit donc de données uniquement quantitatives, à partir de relevés d'informations chez les patients concernés, lesquelles seront traitées selon des méthodes de calculs statistiques, pour arriver à un risque chiffré de risque de récurrence violente.

I.5.3.1. Les avantages.

Il s'agit donc d'un procédé doté d'une grande objectivité et d'une grande transparence, ayant également l'avantage d'être très rapide et standardisé. En effet, il s'agit pour l'évaluateur d'entrer un certain nombre de données dans des grilles de calculs préétablies, de compter les points, de reporter le chiffre obtenu à la catégorie de risque correspondant, le plus souvent classée en faible, modéré ou élevé, et l'évaluation est terminée. A chaque catégorie de risque peuvent correspondre un certain nombre de mesures, prévues à l'avance, et s'appliquant au sujet examiné.

Les facteurs de risque sont uniquement statiques, pour la plupart historiques, donc faciles à recueillir. Ces fameux « taux de récurrences » sont fortement plébiscités par les différents systèmes judiciaires dans le monde.

La fiabilité reconnue est bonne ainsi que la fidélité interjuges et donc la reproductibilité, ce qui en fait souvent l'outil préféré des systèmes judiciaires. Notons toutefois que la validité prédictive est d'autant meilleure que l'on cherche à qualifier un risque à moyen ou à long terme. En effet, le nombre faible de récurrences précoces rend les résultats des études ayant abouties à la construction des différents outils moins fiables concernant le risque à court terme, les échantillons étant plus faibles [116].

I.5.3.2. Les inconvénients.

Chaque test étant conçu à partir des données d'un type de population particulier, et se définissant par un certain nombre de critères, il est impossible de transposer les scores de récurrence obtenus à d'autres groupes d'individus. Le choix de l'outil le plus adapté à la population que l'on souhaite évaluer est donc primordial, sous peine de mauvaise validité prédictive des résultats ainsi obtenus. Cela implique donc la nécessité de se procurer les méthodes de passation adaptées à chaque test et de maîtriser la formation spécifique associée à chacun d'entre eux, afin de pouvoir les choisir avec le plus de précision possible, et les utiliser de manière adaptée.

De plus, il n'est pas possible d'incorporer des facteurs supplémentaires propres au cas individuel étudié et qui pourraient être jugés pertinents par l'évaluateur. En effet, la construction du test répond à des critères bien précis, ne pouvant être modifiés ; il n'existe aucune place pour la flexibilité aussi bien que pour l'adaptabilité dans le champ de

l'évaluation purement actuarielle.

Enfin, soulignons l'une des carences majeures de ces méthodes, à savoir la prise en compte uniquement des facteurs de risque statiques, donc non susceptibles de modification dans le temps. Cela revient d'une certaine manière à passer sous silence tout un pan de l'évaluation du risque de violence désormais bien connu et mis en évidence, par l'intermédiaire des facteurs dynamiques. En effet, l'évaluation basée sur les critères statiques aboutit à un score de récidive, qui sera désormais associé à l'individu en question, sans possibilité d'évolution, malgré les mesures de soins, de surveillance, de contrôle ou de prévention qui pourraient être entreprises.

1.5.3.3. Exemples d'outils actuariels.

Parmi les outils d'évaluation actuarielle du risque de violence, on retrouve par exemple la Psychopathy Checklist-Revisited (PCL-R), développée par Hare [117] sur la base des travaux réalisés par H. Cleckley en 1941. Cette échelle regroupe 20 items déterminant le score de psychopathie d'un individu, lequel apparaît corrélé au risque de violence. Elle sera développée plus avant dans la suite de ce travail.

On trouve également parmi ces instruments la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), développée en 1998 par Quinsey [118], qui concerne plus particulièrement l'évaluation du risque de récidive violente. Cette échelle comporte 12 items, évalués sur une population carcérale d'un hôpital de haute sécurité. Le calcul du score en fonction des réponses à ces différents items range l'individu parmi 9 catégories possibles, chacune étant associée à un taux de probabilité de récidive allant de 0 à 100%. Une traduction française est également disponible [119] permettant son utilisation dans nos populations de détenus par exemple pris en charge dans les SMPR ou bien dans les UHSA.

Retenons que l'absence d'évolutivité des méthodes actuarielles sousentend également l'absence de nécessité de réévaluations régulières, dans un domaine où ces dernières s'avèrent pourtant indispensables. Lorsque l'on considère le poids des mesures découlant parfois de l'évaluation du risque de récidive, à savoir des peines de privation de liberté ou bien encore des mesures de surveillance plus ou moins contraignantes, l'association définitive d'un score de récidive à un individu après une évaluation unique actuarielle revient en quelque sorte à une condamnation à perpétuité, une étiquette d'« individu dangereux à exclure de la société » que la personne serait condamnée à garder à vie.

1.5.4. L'évaluation de la dangerosité basée sur le jugement clinique structuré.

Les outils d'aide à la décision basés sur le Jugement Professionnel Structuré (JPS) ont vu le jour dans les années 1990 et ont été conçus dans l'optique d'évaluer, mais aussi de gérer le risque de récidive violente chez les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Ils ont été développés en réponse aux critiques adressées à la fois à l'encontre des méthodes de jugement clinique non structurées et celles adressées à l'encontre des outils actuariels [120].

En effet, le modèle JPS représente une approche innovante dans l'histoire de l'évaluation du risque de violence en psychiatrie ; elle reste actuellement en cours de développement et d'implantation un peu partout dans le monde, et se montre jusqu'à présent porteuse d'espoir.

1.5.4.1. Les avantages.

Ces outils peuvent être présentés avant tout comme des guides cliniques standardisés, offrant une structure aux entretiens cliniques afin d'optimiser ceux-ci. Il s'agit en fait d'intégrer au sein d'un même outil d'évaluation des données à la fois quantitatives et qualitatives, à savoir la recherche de certains facteurs de risque, à laquelle sera systématiquement associée une réflexion sur leur pertinence en regard des caractéristiques et de l'histoire clinique propre au patient évalué.

Ils comprennent également, toujours dans le même but d'exhaustivité et de personnalisation, la possibilité d'intégrer d'autres facteurs de risque à ceux présents dans l'outil de base, à la discrétion de l'évaluateur, s'il juge que d'autres paramètres pertinents ont leur place dans l'évaluation du risque de violence propre à chaque patient.

Ainsi, les outils du modèle JPS se veulent davantage centrés sur l'individu, et non plus uniquement sur le groupe d'individus représentatifs auquel il appartient. Ces modèles comprennent évidemment l'évaluation des facteurs statiques aussi bien que des facteurs dynamiques, et prennent en compte à la fois la dimension passée, présente et future du risque de passage à l'acte violent. La validité prédictive de ces méthodes semble équivalente à celle des outils actuariels concernant la prédiction du risque de récurrence.

Cependant, les outils JPS apportent plus que cela, puisqu'il ne s'agit plus uniquement de prévoir un risque de récurrence avec le plus de précision possible, mais également d'établir un plan de gestion du risque. Ce plan devra être adapté à chaque patient, et pourra comprendre un panel assez large de mesures de prévention, à adapter en fonction des résultats de l'évaluation individualisée du risque de passage à l'acte.

Ils ont donc, en accord avec l'idée de proposer non plus un taux de récurrence probable, mais plutôt un plan individualisé de gestion du risque de violence, la particularité de ne pas donner de résultats chiffrés. Il n'existe en effet pas dans l'approche JPS de cut-off permettant de distinguer les individus dangereux des individus non dangereux, ou encore d'appliquer une série de mesures prédéfinies correspondant à une certaine catégorie de risque. La personne humaine en tant qu'individu propre est remise au centre de l'évaluation.

Enfin, ces modèles d'évaluation se veulent d'une utilisation courante en pratique clinique, et peuvent être appliqués à une population assez large. Ils ne sont pas construits pour l'évaluation spécifique d'un type de population comme cela peut être le cas pour les outils actuariels.

Le but recherché est de pouvoir procéder à des réévaluations successives chaque fois que cela s'avère pertinent, comme par exemple avant une décision concernant la prise en charge du patient, ou bien lorsque ce dernier est en proie à des événements ou modifications de facteurs pouvant modifier son risque personnel de passage à l'acte, et nécessitant de réadapter la prise en charge et / ou la surveillance en place.

1.5.4.2. Les inconvénients.

Les critiques apportées à ce système sont principalement de deux natures [116] : certains auteurs reprochent en effet une nouvelle perte d'objectivité par rapport aux outils actuariels, puisque le jugement humain est réintroduit dans l'évaluation du risque de passage à l'acte violent. Le deuxième inconvénient concerne la longueur et les capacités requises pour effectuer une évaluation de bonne qualité. En effet, les guides de jugement cliniques structurés sont souvent d'une longueur conséquente, car se veulent le plus complets possible. Ils prennent donc en compte les différentes dimensions du risque, avec la nécessité d'en analyser toutes ses composantes, juger de leur présence ou de leur absence chez le patient, puis en évaluer la pertinence propre au cas du patient, puis formuler l'ensemble du risque et enfin proposer les moyens de gestion les plus adaptés. Il demande souvent la participation de l'ensemble de l'équipe, et il n'est pas rare notamment en Amérique du Nord de voir les travailleurs sociaux, les services de probation, et parfois même les forces de l'ordre participer à l'évaluation du risque de violence d'un individu. Cette dernière doit donc, pour être exhaustive et fiable, s'appuyer sur le maximum de moyens et de documents disponibles, qui viendront compléter les entretiens cliniques.

Le travail d'évaluation tel que décrit dans les méthodes JPS pourrait presque être davantage comparé à un véritable travail d'investigation transversale qu'à un exercice d'expertise psychiatrique habituel.

1.5.4.3. Exemples d'outils semi-actuariels.

Parmi les outils inspirés du modèle JPS, nous citerons en premier lieu la Historical Clinical Risk Management-20, développée pour sa première version [120] en 1995. Ce guide a fait l'objet de notre particulière attention, et sera développé un peu plus loin dans cet exposé.

Citons également la Spousal Assault Risk Assessment Guide, développée par plusieurs auteurs [121] en 1999, afin d'évaluer le risque de récidive violente entre époux. Ce guide a été un des premiers, avec la HCR-20, à développer et à mettre en application les lignes directrices du modèle JPS.

Plus récemment, le Short-Term Assessment of Risk and Treatability [122] permet quant à lui une évaluation du risque essentiellement à court terme, et peut donc être particulièrement utilisé pour apprécier le risque de passage à l'acte en institution. Il pourrait servir d'aide aux décisions de prise en charge durant les périodes d'hospitalisation, et pourrait éventuellement être pris en compte dans les protocoles d'isolement ou de mise en contention, en permettant d'adapter l'attitude des soignants au risque potentiel de violence intra-institutionnelle.

Toujours dans la lignée des outils permettant d'évaluer à la fois la dangerosité et l'évolution clinique, le plus souvent en institution, on peut relever chez nos confrères canadiens la construction de l'Instrument de Mesure des Progrès Cliniques [123]. On voit bien ici la volonté d'associer l'évaluation de la dangerosité à la prise en charge globale du patient, et non pas uniquement comme instrument du système judiciaire dans un but sécuritaire.

Onze variables sont ainsi retenues, et évaluées de manière mensuelle afin d'objectiver les

progrès ou éventuelles régressions du patient, afin d'adapter au mieux les soins dispensés. Le recours à ces critères « repères » n'empêchant en rien l'adaptation de la prise en charge au quotidien, mais servant simplement de moyen de synthèse clinique pour chaque patient. Parmi ces variables on trouve l'état mental et la manifestation de symptômes psychotiques, la gestion et le contrôle de la colère et de l'impulsivité, la considération de l'autre, la reconnaissance de la violence, la reconnaissance de la maladie mentale, la connaissance des symptômes de la maladie, l'observance pharmacologique, l'alliance thérapeutique et la capacité à demander de l'aide, l'adhésion aux codes de vie de l'unité de traitement, l'hygiène et les capacités de socialisation. Cette échelle n'a, pour le moment, été validée que pour une population de psychotiques violents, au sein de l'Institut Pinel à Montréal.

En conclusion, le tournant opéré par la recherche concernant le risque de violence durant les années 1990 ne représente donc rien de moins qu'une petite révolution, modifiant certains paradigmes jusque là bien ancrés. On passe d'un modèle prônant l'objectivité stricte, qui consiste à extraire d'un individu une série de chiffres représentant son niveau de danger et ouvrant droit à une série de mesure répressives ; à un modèle replaçant le sujet au centre de l'évaluation et cherchant davantage à se représenter la dangerosité propre à ce dernier, à en comprendre les origines, les rouages et les évolutions possibles. Le but reste identique, à savoir la recherche du risque minimal de récidives, avant tout pour protéger la société des individus potentiellement dangereux, mais la méthode change radicalement la nature de la démarche, en passant de la simple répression à un modèle intégratif de compréhension, dans le but également de protéger l'individu dangereux, retrouvant ainsi son statut de patient à soigner.

En France, malheureusement et bien que certains outils soient validés, le recours aux instruments actuariels ou de jugements structurés reste encore du domaine de l'exception. L'implantation de ces méthodes pourtant reconnues connaît un retard significatif, probablement attribuable d'une part à un manque de connaissances et de formation dans le domaine de l'évaluation du risque de violence, et d'autre part à des considérations théoriques et éthiques anciennes.



II. Étude d'un outil semi actuariel d'évaluation de la dangerosité, la Historical Clinical Risk Management 20, sur une population française non carcérale de patients hospitalisés sans consentement.

II.1. Introduction.

Au vu de l'évolution récente des liens entre le système sanitaire psychiatrique et le système judiciaire français, l'évaluation de la dangerosité chez nos patients apparaît de plus en plus comme un savoir faire devant être maîtrisé par chaque psychiatre dans sa pratique quotidienne, qu'elle soit expertale ou non.

Il est en effet de plus en plus souvent demandé au psychiatre de savoir évaluer le degré de dangerosité de son patient, engageant ainsi sa responsabilité, par exemple dans la rédaction de certificats de levée d'hospitalisation sous contrainte, a fortiori lorsque cette dernière est prononcée à la demande d'un représentant de l'État.

Auparavant, le rôle principal du psychiatre était d'évaluer l'état psychiatrique de son malade, afin de pouvoir décider des meilleurs moyens à mettre en place en vue d'une amélioration clinique. Désormais, les rôles de régulateur et de protecteur de la paix sociale semblent exacerbés, dans un contexte sociétal prônant des valeurs de sécurisation et de contrôle renforcé des risques.

Ainsi, la responsabilité liée à l'évaluation du degré de dangerosité d'un malade ne revient plus uniquement aux experts près des Tribunaux de Grande Instance, qui bien souvent ont bénéficié de formations spécifiques ; mais également à l'ensemble des psychiatres dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Or, il apparaît clairement un manque à la fois de formation des praticiens dans le domaine de la psychiatrie légale, mais également un manque d'outils mis à disposition dans ce champ encore peu développé sur le territoire français. De ce fait, l'évaluation de la dangerosité chez nos patients se fait aujourd'hui presque exclusivement à l'aide de jugements cliniques non structurés. Elle repose donc concrètement sur l'analyse d'un certain nombre de facteurs cliniques et environnementaux dont chaque psychiatre doit se faire une idée la plus précise possible, en s'appuyant sur ses connaissances personnelles et son expérience clinique passée.

La littérature sur ce sujet montre pourtant que les méthodes d'évaluations basées sur le seul jugement clinique non structuré apparaissent peu fiables et peu reproductibles [111], [114]. De nombreuses équipes à travers le monde ont donc développé depuis les années 70 de multiples outils actuariels et semi-actuariels afin de guider les praticiens dans l'évaluation de la dangerosité de leurs patients. Malheureusement, peu de ces outils sont aujourd'hui validés en France, et la plupart restent malgré tout non utilisés, exception faite de quelques équipes spécialisées dans la prise en charge des malades considérés comme particulièrement dangereux, par exemple au sein des Unités pour Malades Difficiles ou bien des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées.

En partant de ce constat, nous avons voulu nous intéresser plus particulièrement à un outil présenté comme un guide d'évaluation clinique semi-structurée, la Historical Clinical Risk

Management 20 (HCR 20). Cet outil est encore très peu connu et utilisé en France, où il a été validé uniquement sur une population carcérale de 60 sujets masculins, en 2005 [124].

L'objectif principal de notre étude a donc été d'évaluer la consistance interne de cet outil, ainsi que ses corrélations avec la Psychopathy Checklist - Revisited (PCL-R), outil plus largement étudié et désormais bien validé en France.

Nous avons également déterminé comme objectifs secondaires d'étudier les liens entre les scores obtenus à la HCR-20 ainsi qu'à la PCL-R, et les variables suivantes : modes d'hospitalisation sans consentement (Soins à la Demande du Directeur d'Établissement versus Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État), catégories diagnostiques (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles de la personnalité, troubles d'usage de substance), présence ou non d'antécédents judiciaires, et mise en place ou non d'un programme de soins à la sortie d'hospitalisation. Nous avons également mis en lien les scores obtenus avec différentes variables socio-démographiques qu'il nous a paru pertinent de relever et d'étudier.

Nos hypothèses de travail ont été l'existence d'une bonne consistance interne de la HCR-20 et d'une bonne corrélation de cette dernière avec la PCL-R, au vu des données de la littérature. Nous avons également présumé une corrélation entre un score élevé de dangerosité, traduction de l'évaluation par la HCR-20 et la PCL-R, et le mode d'hospitalisation sur décision du représentant de l'État (SPDRE) ainsi qu'avec la catégorie diagnostique regroupant les troubles psychotiques.

II.2. Matériels et méthodes.

II.2.1. Population étudiée.

L'étude présentée ici est descriptive, transversale, non interventionnelle et monocentrique. Elle a été réalisée sur les quatre unités fermées du Département Aigu du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges. Ces unités ont vocation à recevoir essentiellement des patients hospitalisés sans leur consentement, indépendamment de la pathologie présentée. Ils représentent la totalité de l'offre de soins psychiatriques pour ce type d'hospitalisations sur le département de la Haute Vienne. L'échantillon étudié peut donc raisonnablement être considéré comme représentatif de la population locale.

Cet échantillon est composé de 150 patients, admis sur l'un des quatre pavillons sus-cités entre Novembre 2016 et Mars 2017. Le nombre de patients inclus a été décidé de manière arbitraire, le calcul du nombre de sujets nécessaires n'étant pas pertinent dans le cadre de notre étude, dont le but était de mettre en évidence une consistance interne ainsi qu'un certain nombre de corrélations, et non pas une différence.

Cet ensemble compose donc une population non carcérale de patients admis en hospitalisation sans consentement, soit en Soins sur Décision du Directeur d'Établissement (SDDE), qui regroupe les procédures de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SPDT-U) et les

Soins Psychiatriques sur Péril Imminent (SPPI); soit en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État (SPDRE). Les patients en réintégration de Programmes de Soins ont également été inclus, leur mode d'hospitalisation pouvant certes ne pas être représentatif de leur degré de dangerosité actuel, mais étant assurément représentatif de leur degré de dangerosité passé et global, puisque ayant à un moment donné de leur prise en charge, nécessité la poursuite des soins sans consentement sur un mode ambulatoire.

Les patients présentant des troubles du comportement en lien avec des antécédents anciens de traumatismes crâniens graves ou de pathologies organiques chroniques de type comitial n'ont pas été exclus, car présentaient également un diagnostic psychiatrique et/ou addictologique ayant motivé leur admission en service de soins psychiatriques aigus, et non dans des services de soins somatiques ou de psychoréhabilitations.

Le consentement éclairé pour la participation à ce travail n'a pas été demandé, conformément à l'article L1121-6 du Code de Santé Publique [125], puisqu'il s'agissait d'une étude strictement observationnelle. Le principe de la non opposition a donc été appliqué, et les données personnelles ont été anonymisées dès la phase de recueil. De ce fait, les patients bénéficiant d'une mesure de curatelle ou de tutelle ont pu également être inclus, puisque le recueil de leur consentement éclairé n'était pas requis.

Ont été exclus les patients mineurs et ceux étant âgés de plus de 65 ans. Les patients admis sous le régime de la détention pris en charge dans l'une des unités fermées ont également été exclus, puisque l'étude ciblait une population non carcérale.

La minorité de patients accueillis volontairement dans l'une des unités fermées sous un régime de Soins Libres (SL) n'ont pas été retenus pour cette étude, qui se concentrait sur une population de patients présumés plus violents que la population habituellement accueillie dans les services de soins ouverts.

Les quelques patients présentant une pathologie neurodégénérative ont été exclus car pourraient faire, à notre sens, l'objet d'une étude spécifique de la dangerosité sur une population de type gérontopsychiatrique.

Enfin, les patients ayant précocement été transférés dans d'autres centres de soins en raison de leur appartenance à d'autres secteurs psychiatriques sur le plan géographique, ont également été exclus de ce travail, par manque des données concernant les modalités mises en place à leur sortie d'hospitalisation. D'autre part, le temps d'observation et d'évaluation de ces patients nous a paru trop court pour pouvoir recueillir les données avec le même soin et la même qualité que pour les autres patients.



II.2.2. Outils d'évaluation utilisés.

II.2.2.1. La Historical Clinical Risk Management 20.

II.2.2.1.1. Description générale de l'outil.

La présentation ici faite de la Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) a pour source principale le manuel officiel d'utilisation de la troisième version, publié en 2013 [120].

Le développement de la HCR-20 durant les années 1990 s'inscrit dans le courant de recherches concernant les outils de Jugement Clinique Structuré (JPS), dont les médecins et psychologues canadiens peuvent être considérés comme étant les pionniers. En effet, à cette époque, les recherches sont nombreuses autour des outils de mesure du risque de violence en psychiatrie, avec de bons résultats concernant notamment la validité prédictive des méthodes actuarielles. Cependant, apparaissent rapidement les premières critiques vis à vis de ces méthodes, accusées de fournir une évaluation fondée uniquement sur des données chiffrées et non modifiables, en excluant souvent le jugement clinique de l'examineur. La HCR-20 fut donc élaborée dans cet état d'esprit, le but étant de fournir un outil d'évaluation et de gestion du risque de violence, permettant à la fois de regrouper des données actuarielles et de redonner une place centrale au jugement clinique, cette fois-ci de manière structurée.

La première version de ce guide fut publiée en 1995, puis revisitée en 1997 avec la prise en compte d'un certain nombre de critiques émanant de la pratique de professionnels bien rodés à l'évaluation du risque de violence. Elle fut enfin rééditée sous une troisième version en 2013, avec un soin tout particulier apporté au développement de la partie « gestion du risque ». Des outils supplémentaires ont donc été créés à cette occasion, et certains facteurs de risque appartenant déjà à l'évaluation ont été clarifiés.

Ainsi, la première version de la HCR-20 énonce un ensemble de règles pouvant être qualifiées de lignes directrices du mouvent JPS :

- « 1. Ces outils conceptualisent l'évaluation et la gestion du risque de violence en termes de prévention plutôt que de prédiction et, comme tels, ont pour but de guider une gestion de cas individualisée plutôt qu'une simple catégorisation des cas en quelques groupes selon le degré de risque.
2. Ils sont conçus pour un usage courant en pratique et élaborés en consultation avec des praticiens de première ligne.
3. Ils doivent servir dans tout un éventail de cadres et pour diverses fins plutôt qu'être optimisés pour une utilisation avec des groupes spécifiques de personnes dans des cadres spécifiques à des fins spécifiques.
4. Ils sont fondés sur des données probantes dans le sens véritable ou premier du terme. Ils ont été élaborés à partir d'examen systématiques de la documentation scientifique, clinique et légale pertinente et non à partir d'une seule étude ou d'un seul ensemble d'études.
5. Ils indiquent des procédures d'administration sous forme de recommandations de

pratiques générales ou souhaitables plutôt que des exigences fixes ou rigides.

6. Ils incluent dans les procédures d'administration une liste de facteurs de risque définis sur le plan opérationnel et déterminés à partir d'une recension des écrits, lesquels devraient constituer la base d'une évaluation exhaustive. Ils reconnaissent que, si nécessaire, les évaluateurs, doivent aller au-delà de la liste de facteurs de risque de base dans un cas donné, mais sans omettre de prendre en compte les facteurs de risque de base.

7. Ils précisent que les jugements finaux touchant l'évaluation et la gestion du risque de violence requièrent de la discrétion et ne doivent pas être fait en combinant de façon numérique l'information concernant les facteurs de risque » [120]

II.2.2.1.2. Différentes versions de l'outil.

La première version de la HCR-20 définissait la violence comme tout préjudice physique causé, tenté ou menacé envers une autre personne, avec ou sans arrestation et/ou condamnation. Elle avait pour but d'évaluer le risque de violence uniquement dans les cadres institutionnels, que cela soit au sein d'un établissement de soins ou d'un établissement pénitentiaire. Cette évaluation visait à faciliter les prises de décisions concernant le mode d'exécution des peines, le placement en institution, l'éventuelle libération de la personne ainsi que ses conditions de surveillance. Elle pouvait également servir d'aide à la planification d'un traitement et/ou d'une prise en charge sanitaire adaptés.

Cette première version, comme les suivantes, s'adresse aussi bien à des populations civiles, que médico-légales ou correctionnelles, et comprenait déjà l'analyse de 20 facteurs de risque, couvrant le fonctionnement passé, présent et futur de l'individu.

Cependant, devant certaines critiques concernant essentiellement le manque de clarté des procédures d'administration et des définitions de certains facteurs de risque, cette première version est revisitée, avec remise à jour de la revue de littérature concernant chaque facteur de risque.

La version 2 de la HCR-20 vit donc le jour en 1997. Elle comprenait l'ensemble des facteurs de risque originaux, dont certains ont été renommés par souci de clarté, et dont l'ensemble des définitions ont été reformulées. Une description additionnelle de la procédure d'administration est également ajoutée. Aujourd'hui, il existe des traductions de cette version en une vingtaine de langues, ce qui témoigne de l'enthousiasme avec lequel elle fut accueillie.

Les évolutions scientifiques étant toujours en mouvement, la nécessité de formuler une nouvelle version s'est faite sentir dès 2008, dans une volonté d'intégrer les nouvelles données de la littérature et les apports récents du modèle JPS. La rédaction finale de cette dernière version ne s'est faite qu'en 2013, car la masse d'informations à traiter et à redéfinir en fonction des derniers apports scientifiques s'est révélée titanesque, mettant à contribution de nombreux chercheurs et utilisateurs de l'outil.

Cette troisième et dernière version de la HCR-20 a donc été construite en suivant quelques principes directeurs, parmi lesquels on trouve le soin apporté à la continuité conceptuelle de l'outil, afin de ne pas bouleverser les utilisateurs habituels de la HCR-20, par une adaptation douce et simple entre les deux versions. L'incorporation du modèle JPS dans la démarche

d'évaluation a également été fondamentale, ainsi que la recherche d'une unité clinique et pratique, conditions indispensables pour garantir le succès de l'échelle. Il s'agissait notamment de trouver le bon équilibre entre la nécessité de répondre aux obligations et devoirs relatifs à la gestion du risque émanant des différents systèmes judiciaires, et une nécessaire flexibilité et adaptabilité attendues des cliniciens pour une évaluation compatible avec une pratique clinique usuelle. Un soin particulier a enfin été apporté à l'obtention d'une clarté toujours plus grande dans la dénomination et la description des facteurs de risque évalués, ainsi qu'à l'acceptabilité juridique et éthique de cet outil afin d'en assurer la plus large diffusion.

Ainsi, au terme du processus de réévaluation de l'outil, les changements principaux entre la version 2 et la version 3 de la HR-C20 peuvent être résumés comme suit :

- Changement de nom pour certains facteurs de risque, avec ajout de la mention « Antécédents de problèmes de... » au nom de chaque facteur de risque historique.
- Changement de contenu pour certains facteurs de risque, afin de réduire la redondance et les chevauchements entre les différents items. Il n'a cependant été effectué aucun changement dans la nature globale de l'information devant être recueillie pour chaque facteur.
- Ajout de sous-items pour les facteurs de risque complexes, contenant plusieurs facettes ou domaines de contenu distincts. Pour ces items, la description comprend donc désormais une définition générale, suivie de la description de chacune des facettes la composant, considérées comme des sous-items. Le but de ce changement est double : s'assurer que les évaluateurs prennent en compte la totalité des domaines intervenant dans l'évaluation des facteurs de risque complexes, et permettre à ces derniers de pouvoir coter séparément ces domaines, dans des fins cliniques ou de recherche.
- Ajout d'indicateurs aux définitions des facteurs de risque, sous la forme d'une série d'exemples illustrant les différentes manières par lesquelles ce dernier peut se manifester.
- Étayage majeur de la procédure d'administration. En effet, l'exploration des différentes manières de structurer la totalité du processus d'évaluation et de gestion du risque de violence en utilisant le modèle JPS a abouti à la construction d'une procédure d'administration en sept étapes. Plusieurs feuilles de travail ont également été créées et mises à disposition afin de faciliter la structuration claire et exhaustive du jugement clinique. Cependant, les auteurs étant conscients du caractère chronophage et parfois fastidieux de telles évaluations se voulant exhaustives, des feuilles de notations plus courtes ont été ajoutées, permettant à chacun d'utiliser la HCR-20 selon ses besoins et ses possibilités.

II.2.2.1.3. Description des différents facteurs de risque évalués.

Les facteurs de risque Historiques regroupent 10 items ayant la particularité d'être peu modifiables dans le temps, exception faite de la possibilité d'apparition de nouveaux antécédents entre deux évaluations successives. Ils sont donc appelés facteurs de risque

statiques, et leur évaluation se fait sur le temps de vie entière. Ils comprennent :

- **Les antécédents de problèmes de violence** : la violence inclut tout préjudice physique réel, tenté ou menacé contre une personne. Il convient de distinguer l'âge de survenue des premiers gestes violents (avant 12 ans, entre 13 et 17 ans, après 18 ans), qui tend à conditionner la structuration d'un modèle de violence qu'il conviendra d'identifier. Les auteurs conseillent également de prendre en compte le contexte de survenue de l'acte violent, l'utilisation d'armes ou non, la gravité des blessures causées, les différents types de violences employés, et éventuellement les motifs invoqués pour le passage à l'acte (gain financier, motif sexuel, membres de la famille). On prendra enfin en compte la rythmicité des passages à l'acte : isolés, fréquents, majoration ou non de la fréquence de violence au cours du temps.

- **Les antécédents de problèmes touchant un autre comportement antisocial** : il s'agit ici de prendre en compte l'ensemble des comportements antisociaux autres que la violence physique. Ils comprennent toute violation réelle, tentée ou planifiée des droits, de la sécurité ou du bien-être d'autres personnes, constituant une violation explicite des normes sociales. Comme pour le facteur précédent, on notera l'âge d'apparition des premiers comportements antisociaux, ainsi que le contexte, la fréquence de survenue et l'éventuelle motivation de ces comportements. On apportera un soin particulier à rechercher l'existence de possession, fabrication, importation ou trafic illégal de substances psychoactives, ainsi que l'existence d'une activité en groupe ou en gang.

- **Les antécédents de problèmes avec les proches** : ce facteur reflète les difficultés sérieuses à établir et maintenir des relations personnelles stables, entraînant un manque de soutien social ou émotionnel structurant. Ces problèmes peuvent être dus à un manque de volonté, de capacité ou d'opportunité, comme par exemple un manque d'intérêt, des aptitudes sociales ou interpersonnelles déficientes, ou encore un style interpersonnel conflictuel. Il convient pour l'évaluation de ce facteur de distinguer les problèmes de relations intimes et non intimes. Les problèmes de relations intimes peuvent inclure par exemple un célibat prolongé, un choix de partenaire d'âge inapproprié, de multiples ruptures ou de sérieux conflits dans les relations (infidélités à répétition, violences conjugales). Les problèmes de relations non intimes peuvent inclure par exemple l'isolement social, les relations conflictuelles, l'aliénation des amis ou de la famille. La sexualisation inappropriée de relations non intimes devra également être prise en compte.

- **Les antécédents de problèmes d'emploi** : ils concernent aussi bien les problèmes en lien avec la recherche que le maintien d'un emploi, ou encore le respect des règles liées au milieu du travail (comprenant également les milieu éducatifs ou de formation). On y retrouve par exemple les longues ou fréquentes périodes de chômage, le refus de rechercher un emploi légal, de fréquents changements d'emploi, de nombreux licenciements ou abandons, un rendement médiocre au travail, ou encore un absentéisme marqué, des manques de ponctualité, des

désobéissances ou de sérieux conflits avec les supérieurs ou avec les collègues.

- **Les antécédents de problèmes de toxicomanie** : il s'agit ici de prendre en compte les consommations, abus ou dépendances aux substances psychotropes, incluant l'alcool, le cannabis, la cocaïne et ses dérivés, les opiacés, mais aussi les mésusages de médicaments licites, causant une dégradation du fonctionnement psychosocial. On recherchera également à identifier les impacts sur les différents aspects de la vie quotidienne (logement, emploi, relations interpersonnelles) qui peuvent représenter des facteurs protecteurs de passage à l'acte violent.

- **Les antécédents de problèmes de trouble mental majeur** : ce facteur de risque a vocation à reconstituer l'histoire des troubles mentaux majeurs, ainsi que leurs implications sur les différentes dimensions de la vie (professionnelle, sociale, éducative, financière, sanitaire). On distinguera pour cette catégorie les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les autres troubles mentaux majeurs.

- **Les antécédents de problèmes de trouble de la personnalité** : ils comprennent l'ensemble des troubles de la personnalité entraînant une perturbation des relations sociales ou une incapacité à s'acquitter de ses rôles et/ou obligations sociales. Ils doivent être chroniques et refléter le comportement habituel de la personne, et non une perturbation épisodique ou réactionnelle. Il conviendra de distinguer lors de l'évaluation les troubles de la personnalité de type antisocial et les autres troubles de la personnalité, étant donné la participation plus importante du trouble antisocial dans le passage à l'acte violent.

- **Les antécédents de problèmes d'expériences traumatiques** : cet item regroupe l'ensemble des phénomènes ayant pu perturber le développement normal de l'individu, son processus d'attachement, son apprentissage des attitudes prosociales ou encore des aptitudes de résolution de problèmes. On distinguera pour cette catégorie les événements en lien avec une victimisation ou un traumatisme, et les expériences nuisibles à l'enfance. Les événements de victimisation incluent la violence physique, psychologique ou sexuelle subie, le fait d'avoir été témoins de violences graves, ou encore victime d'intimidation, de harcèlement. Les expériences nuisibles à l'enfance concernent essentiellement les comportements liés au mode de vie des parents, ayant un lien avec la mise en place de difficultés d'attachement ou de comportement antisociaux. On y notera également les facteurs d'instabilité familiale, tels que les déménagements fréquents ou bien les logements inappropriés.

- **Les antécédents de problèmes d'attitudes violentes** : ils reflètent l'existence d'attitudes, croyances, valeurs ou pensées violentes enracinées, comme par exemple la croyance selon laquelle le recours à la violence se justifie pour atteindre des objectifs personnels ou matériels. On y retrouve aussi la minimisation ou le déni de la violence, l'implication dans des organisations ou gangs prônant la violence, ainsi que

les attitudes de dérision envers les forces de l'ordre et/ou le système judiciaire.

- **Les antécédents de problèmes de réponse au traitement ou à la surveillance :** ce facteur concerne les antécédents d'inobservance ou de non respect de mesures judiciaires. Ils peuvent inclure le manque de motivation dans la prise en charge, la réticence ou le refus de suivre un traitement, la non venue aux consultations, ou bien encore le rejet des mesures mises en place afin d'éviter le risque de récurrence violente.

Les facteurs de risque Cliniques regroupent 5 items dit facteurs de risque dynamiques, car facilement modifiables par les soins et/ou la prise en charge mise en place. Ils doivent être évalués à partir de l'état clinique récent du patient, sur une période englobant les trois ou quatre dernières semaines précédant l'évaluation. Ils comprennent :

- **Les problèmes récents d'introspection :** il s'agit ici de repérer le manque de conscience, de compréhension ou d'appréciation du fonctionnement lié à la violence. On distingue ainsi trois dimensions à l'introspection, concernant d'une part le trouble mental (conscience de la maladie et de ses conséquences), d'autre part l'agressivité (conscience du potentiel violent et des circonstances pouvant l'influencer) et enfin le besoin de traitement (conscience de la nécessité de soins et de prise en charge par des professionnels).
- **Les problèmes récents d'idéation ou d'intention violente :** ils peuvent prendre la forme de pensées, de plans, de désirs, de fantasmes ou d'envies de faire du mal à d'autres personnes. Il s'agit ici d'en évaluer la fréquence, l'intensité émotionnelle provoquée par la pensée, le niveau d'adéquation ou l'éventuelle résistance à de telles pensées. On prendra également en compte les attributions hostiles à autrui, en l'absence d'intention réelle de nuire.
- **Les problèmes récents de symptômes de trouble mental majeur :** ce facteur vise à déterminer si les symptômes du trouble mental majeur sont actuellement actifs. On distinguera comme pour le facteur Historique les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les autres troubles mentaux majeurs. Ainsi, on accordera une attention particulière aux hallucinations, délires et idéations à contenu de persécution ou de violence dans les pathologies psychotiques, surtout s'ils sont associés à une forte charge émotionnelle, pouvant induire des troubles du comportement. Pour les troubles de l'humeur, on se concentrera sur la dimension d'irritabilité, le niveau d'excitation idéomotrice, ainsi que sur la présence d'idées suicidaires. Pour les autres troubles mentaux majeurs, on retiendra les phénomènes obsessionnels, les problèmes d'empathie ou d'aptitudes sociales.
- **Les problèmes récents d'instabilité :** il s'agit ici d'évaluer les problèmes de maintien de l'adaptation. On distinguera pour ce facteur le manque d'adaptation sur le plan affectif, comportemental et cognitif. L'instabilité affective peut se traduire par des

perturbations émotionnelles marquées (détresse, anxiété, irritabilité, colère) ou une humeur instable. L'instabilité comportementale peut se manifester par une impulsivité avec peu de considérations pour les conséquences éventuelles (comportement téméraire, irresponsable, perturbateur, autodestructeur). L'instabilité cognitive concerne les altérations non psychotiques du contenu de la pensée ou des processus mentaux, comme par exemple les perceptions négatives de soi, les distorsions de pensées, la distractibilité.

- **Les problèmes récents de réponse au traitement ou à la surveillance** : on évaluera ici l'accès, l'assiduité, l'observance et les réponses en lien avec les interventions mises en place autour de la personne, aussi bien dans le champ sanitaire que judiciaire. On distinguera ici les problèmes en lien avec l'observance de ceux en lien avec la réponse aux traitements. Les problèmes d'observance regroupent le manque d'assiduité aux rendez vous, le non respect des tâches à accomplir dans le cadre de la prise en charge, le non respect des mesures de surveillances éventuelles, la non prise des traitements médicamenteux. Les problèmes en lien avec la réponse au traitement regroupent l'absence de réponse malgré une bonne observance, et l'absence de progrès dans les prises en charge non médicamenteuses.

Les facteurs de gestion du Risque futur de passage à l'acte violent regroupent 5 items, également dynamiques, car susceptibles d'être modifiés au cours du temps. Ils ont pour but d'évaluer différents paramètres de vie et d'environnement du patient à sa sortie d'institution, sur une période d'environ trois mois. Ils comprennent :

- **Les problèmes futurs relatifs aux services professionnels et plans** : l'évaluateur devra porter attention aux capacités de la personne concernant l'utilisation appropriée du système de soins et des professionnels. On évaluera ainsi la bonne adaptation des projets de la personne concernant la prise en charge du risque de récurrence violente, comme par exemple la communication des différents projets aux personnes concernées (recherche d'emploi, de formation, de logement...), le caractère détaillé du projet, l'intégration éventuelle de recommandations antérieures, ou encore l'attention particulière portée aux facteurs de risques prépondérants identifiés.
- **Les problèmes futurs de conditions de vie** : ils prennent en compte les différents aspects des conditions de vie de la personne, que cela soit en institution ou dans la communauté. On évaluera ainsi la qualité du logement, de l'emploi, des relations sociales, le voisinage, l'exposition ou non à des facteurs d'exacerbation du risque de violence, comme par exemple la présence d'armes ou de substances psychoactives. L'idée principale ici est de déterminer s'il existe des caractéristiques susceptibles de déstabiliser le fonctionnement de la personne, relativement à l'évaluation du risque de récurrence violente.
- **Les problèmes futurs de soutien personnel** : on entend par soutien personnel

l'existence d'un contact interpersonnel quotidien au sein d'un réseau social visant à gérer le risque de violence, en facilitant l'adaptation psychologique et sociale de la personne. Ainsi, on évaluera la qualité des relations entretenues, le niveau de détail des relations mises en œuvre afin de prévenir la violence, le caractère approprié de ces dernières, et l'identification des tiers concernés.

- **Les problèmes futurs de réponse au traitement ou à la surveillance** : il faut pour cette partie identifier les futurs problèmes d'accès et d'assiduité aux interventions sanitaires et psychosociales visant à contenir le risque de violence. Il s'agit de statuer sur le niveau probable d'observance et de réactivité futur de la personne évaluée. On s'appuiera pour cela sur les mêmes facteurs que ceux cités pour l'évaluation des problèmes actuels de réponses au traitement ou à la surveillance, avec pour objectif de les projeter dans le futur proche.
- **Les problèmes futurs de stress ou d'adaptation** : cet item reflète les problèmes futurs concernant la capacité de la personne à faire front à des conditions de vie ou des événements de vie potentiellement sources de stress. On devra ainsi prendre en compte les fragilités de chaque individu, après prise en compte de son histoire de vie et de l'évaluation personnalisée de son potentiel violent.

II.2.2.1.4. Description de la procédure d'administration.

La procédure complète d'administration de la HCR-20 préconisée par les auteurs comprend sept étapes, au terme desquelles seront obtenus une évaluation et un plan de gestion du risque de violence les plus exhaustifs possible.

La première étape consiste à recueillir des informations autour du cas soumis à l'évaluation. Il est recommandé pour cela de faire appel au plus grand nombre possible de sources d'informations différentes, provenant des multiples acteurs intervenant dans la prise en charge du sujet. Ainsi, l'évaluateur pourra prendre en compte l'ensemble des entretiens médicaux et des observations infirmières concernant le patient, mais aussi l'ensemble des informations provenant des membres de la famille, des amis, voisins ou collègues de travail de la personne, et même d'éventuelles anciennes victimes de passages à l'acte violents. Cette démarche, proche d'une véritable investigation policière, paraît bien éloignée de nos pratiques européennes. Un examen du dossier judiciaire complet est également préconisé, ainsi que l'ensemble des rapports provenant des services sociaux, et l'ensemble des tests psychométriques à disposition. Les auteurs précisent cependant que l'équilibre doit être préservé entre exhaustivité et efficacité dans ce processus de recueil d'information, afin de ne prendre en compte que celles pouvant relever d'une certaine pertinence. Il est également bien sûr fortement recommandé à l'évaluateur de procéder lui-même à un ou plusieurs entretiens cliniques avec le patient.

La deuxième étape représente la passation de la partie la plus actuarielle de l'outil, à savoir la cotation de présence ou d'absence de chacun des 20 facteurs de risque listés. Cette cotation devra se faire comme suit : noter « O » (oui) si le facteur est présent, « N » (non) s'il

est absent, « P » (partiel) s'il est partiellement ou potentiellement présent, et enfin « Omettre » si aucune information fiable ne permet de juger de la présence ou non du facteur. Les auteurs tiennent à mettre en garde l'évaluateur concernant cette dernière option. En effet, l'omission de facteurs complique nettement l'évaluation globale, et risque, en cas d'utilisation répétée, d'affaiblir la fiabilité des résultats et leur validité prédictive. On devra donc mettre en œuvre le maximum de moyens possibles en vue d'obtenir les informations nécessaires à la cotation de chacun des facteurs de risque.

La troisième étape consiste à évaluer la pertinence de chacun des facteurs de risque, en fonction de l'histoire et des particularités de chaque patient, en vue de l'élaboration future des stratégies de gestion du risque de violence. Les facteurs de risque reconnus comme étant pertinents constituent des éléments importants pour planifier les mesures de contrôle, les traitements, et les mesures de surveillance devant être mises en place au terme de l'évaluation. Il est à retenir que la prise en compte de la pertinence des facteurs de risque peut faire varier de manière importante l'évaluation globale finale du risque de violence. Elle doit donc faire l'objet d'une attention particulière de la part de l'examineur.

La quatrième étape est celle de la formulation du risque. Elle a pour but de « faciliter la conceptualisation par les cliniciens des racines des problèmes d'une personne en vue d'une intervention » [120]. Elle demande aux évaluateurs d'intégrer des facteurs de risque séparés dans un cadre conceptuel rationnel qui explique la violence chez la personne évaluée en prenant en compte ses particularités. Une des méthodes de formulation du risque consiste à établir une hiérarchie des facteurs pertinents, puis à spécifier les groupes de facteurs de risque ainsi que leurs interactions, et enfin à déterminer ceux faisant office de « portail » ou de « passerelle » vers un processus de passage à l'acte. Il s'agit pour ces derniers des facteurs qui, activés, peuvent mener à l'exacerbation de plusieurs autres facteurs de risque. On peut citer comme exemple fréquent la présence d'une consommation de toxiques comme facteur « portail » vers un acte de violence.

La cinquième étape consiste en l'élaboration de plusieurs scénari de passage à l'acte, afin de faire le lien vers la dimension de gestion du risque. En effet, l'évaluateur doit à cette étape s'interroger de façon éclairée sur ce qui pourrait arriver à l'avenir, à la lumière des facteurs de risque jugés présents et pertinents, tout en prenant en compte la manière dont ils sont intégrés dans la formulation du risque. Chaque scénario correspondra donc à un récit au sujet d'un type particulier de violence que la personne serait susceptible de commettre. Les auteurs considèrent que l'élaboration de 3 à 5 scénarii est habituellement suffisante pour couvrir l'éventail des résultats plausibles. Pour chacun d'entre eux, l'évaluateur devra ensuite décrire avec le plus de précision possible la nature, la gravité, l'imminence, la fréquence, et la probabilité de violence associée. Il s'agit d'une approche inédite de personnalisation de l'évaluation du risque de passage à l'acte violent chez une personne donnée.

La sixième étape vise à l'établissement de stratégies de gestion du risque, lesquelles devront s'appuyer sur les résultats de l'ensemble des étapes précédentes. Plusieurs stratégies de gestion, classées en différentes catégories, sont décrites dans le manuel mais ne seront pas développées ici. On trouve parmi elles les stratégies de monitoring/surveillance, les stratégies de traitement/évaluation, celles de supervision/contrôle, et enfin celles visant à la planification de la sécurité des victimes.

Enfin la septième étape aboutit à l'émission d'une série d'« opinions finales », par la documentation de jugements globaux, de la façon la plus simple et claire possible. Ces



derniers permettront d'établir un niveau de priorisation du cas, qui pourra être de trois natures : « Faible » si aucune intervention ou surveillance particulière n'est nécessaire au vu du risque de violence évalué ; « Modérée » si la personne requiert des stratégies de gestion particulières, incluant au moins une fréquence de contrôle accrue ; et « Élevée » s'il existe un besoin urgent d'élaborer un plan de gestion étroit concernant le risque de passage à l'acte violent.

Au terme de cette démarche et à la condition qu'elle soit bien menée, l'évaluateur doit pouvoir disposer de l'ensemble des informations nécessaires à la mise en place d'un plan de gestion approprié au risque de violence spécifique présenté par une personne donnée.

II.2.2.1.5. Données de la littérature.

Comme expliqué précédemment, la construction puis la révision de la HCR-20 pour obtenir la troisième version, actuellement largement utilisée, s'appuie sur une revue solide et se voulant exhaustive de la littérature disponible concernant l'évaluation du risque de violence au sein des populations psychiatriques. Ainsi, au cours du travail de préparation, une importante revue de la littérature a été réalisée, reprenant l'ensemble des documents parus entre 2007 et 2014 au sein d'une bibliographie annotée de plus de 200 pages [126]. Ce travail était centré sur l'analyse des différents facteurs de risque inclus dans la HCR-20, afin de déterminer leur pertinence actuelle au vu de l'évolution constante des données scientifiques disponibles, et de pouvoir les modifier en conséquence si besoin.

Différentes études récentes montrent de bons résultats concernant la HCR-20, avec une fidélité inter-juges très satisfaisante pour les facteurs historiques (coefficient de fidélité médian de 0,86) et relativement satisfaisante pour les facteurs cliniques et liés à la gestion du risque (coefficients respectivement à 0,74 et 0,68) [127]. La consistance interne, mesurée par le coefficient de Cronbach, s'avère également de bonne qualité : 0,74 pour la HCR-20 globale sur une étude belge, avec 0,61 sur les facteurs historiques, 0,47 sur les facteurs cliniques et 0,54 sur les facteurs liés au risque [119]. Sur une étude française, on retrouve un coefficient à 0,84 sur l'échelle globale [124].

Concernant la valeur prédictive du risque de récurrence violente, de nombreuses études, y compris des méta-analyses [128], montrent des performances relativement bonnes en terme de prédiction du passage à l'acte, comparables aux échelles déjà validées en la matière, comme par exemple l'Échelle d'Information Statistique Générale sur la Récurrence (ISGR).

Chez des patients hospitalisés, certains auteurs ont montré la capacité de cet instrument à anticiper des comportements de violence pendant l'hospitalisation, en se basant essentiellement sur les facteurs cliniques de l'échelle [129]. Cette évaluation permet donc une adaptation des modalités de prise en charge dès le stade précoce, en hospitalisation complète, afin de prévenir la violence institutionnelle.

Après la sortie du patient et son retour dans la communauté, ce sont les facteurs historiques et de gestion du risque qui semblent prépondérants dans la prise en compte du risque de récurrence violente [130]. Leur évaluation sert donc essentiellement lors de la phase ambulatoire de prise en charge, afin de prévenir la violence communautaire.

Selon une étude datant de 2003, l'intérêt particulier de la HCR-20 réside en la possibilité de

pondération laissée à l'évaluateur. Cette dernière permettrait en effet une prédiction de répétition de violence bien meilleure que d'autres méthodes, dans le cas d'évaluations préalables à la libération d'un établissement de psychiatrie légale, sur une population de patients jugés irresponsables en raison d'un trouble psychiatrique [131].

Ainsi, plusieurs études tendent à recommander l'utilisation de la HCR-20 et des outils JPS en général concernant l'évaluation du risque de récurrence violente chez nos patients [132]. Ils insistent cependant sur la nécessité d'une formation spécifique dans le maniement de l'outil.

II.2.2.2. La Psychopathy Checklist – Revisited.

Parmi les outils d'évaluation actuarielle du risque de violence, on retrouve la Psychopathy Checklist-Revisited (PCL-R), développée par Hare [117] sur la base des travaux réalisés par H. Cleckley en 1941. Cette échelle regroupe 20 items dont la notation détermine le score de psychopathie d'un individu, lequel apparaît corrélé au risque de violence. Les données concernant ces items sont remplies à partir d'entretiens cliniques ainsi qu'après un examen du dossier, et couvrent des domaines tels que la scolarité, la vie professionnelle, la vie relationnelle, les antécédents psychiatriques, ou bien encore les consommations de toxiques.

Ces items sont classés, au sein du manuel de Hare édité en 1991 [117], en deux facteurs, afin de faciliter l'utilisation de l'échelle en recherche : le premier facteur est dit affectif ou interpersonnel, et l'autre facteur est appelé antisocial ou comportemental. Chaque item est coté de la manière suivante : 0 lorsque qu'il est absent, 1 lorsqu'il est présent de manière peu prononcée, et 2 lorsqu'il est nettement présent. On parle de psychopathie significativement élevée lorsque le sujet obtient un score supérieur à 25/40 en Europe (30/40 aux USA). Différents niveaux de psychopathies peuvent être distingués selon le score obtenu : faible niveau de psychopathie pour un score entre 0 et 14 ; niveau moyen pour un score entre 15 et 24 ; niveau élevé pour un score entre 25 et 30, et enfin niveau très élevé de psychopathie pour un score entre 31 et 40.

L'utilisation de cette échelle n'est envisageable qu'après avoir suivi une formation spécifique, sous peine d'aboutir à des résultats erronés. En effet, son maniement demande une certaine expérience des passations de tests, et il est nécessaire de s'exercer de manière théorique avant d'utiliser les résultats obtenus à des fins médico-légales. S'agissant d'une échelle d'évaluation purement actuarielle, on devra également prendre soin d'éviter l'écueil consistant à prendre en compte de manière stricte et non flexible une évaluation basée uniquement sur des données chiffrées et souvent figées.

II.2.3. Méthode mise en œuvre.

Pour la réalisation de cette étude, nous avons considéré chaque patient admis dans l'une des quatre unités fermées de la filière « aiguë » du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, à partir du 7 Novembre 2016.

Après application des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude, l'évaluation de chaque patient a été faite par les soins de l'auteur de l'étude, soit un évaluateur unique. Cette évaluation s'est déroulée en trois temps : d'abord au moment de l'admission avec le recueil des données socio-démographiques, des antécédents, du style de vie et des différents éléments pouvant orienter sur les aspects de personnalité à prendre en compte. Une synthèse du tableau clinique initial était également relevée. A la fin de ce premier temps, les 20 items de la PCL-R ainsi que les parties Historique et Clinique de la HCR-20 étaient donc majoritairement complétés. Rappelons que les données concernant la partie Historique sont recueillies sur le temps de vie entière, tandis que celles concernant la partie Clinique sont relevées sur le mois précédent l'hospitalisation. Les données socio-démographiques recueillies ont été les suivantes : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut professionnel, le statut marital, le nombre d'enfants, le type de logement. Le mode d'hospitalisation a été également systématiquement relevé, ainsi que le diagnostic, lorsque celui-ci était déjà posé à l'admission.

Dans un second temps, au cours de l'hospitalisation, des ajustements et modifications ont pu être apportés à l'évaluation initiale chaque fois que cela a été jugé nécessaire, par exemple lorsque le patient ou bien son entourage, lors d'entretiens standards, apportaient des éléments nouveaux utiles à l'évaluation.

Enfin, à l'approche de la date de sortie définitive du patient, la partie gestion du Risque de la HCR-20 a pu être complétée, en s'aidant des entretiens de préparation à la sortie. Cette évaluation concerne une projection sur une période de trois mois suivant l'hospitalisation. On a pris soin également de relever la mise en place ou non d'un programme de soins, et dans tous les cas l'ensemble des modalités de sorties proposées au patient. Une nouvelle lecture complète de l'ensemble de l'évaluation avant la sortie du patient a également permis de vérifier l'exhaustivité et la justesse de son contenu. Enfin, le diagnostic, s'il n'était pas présent lors de l'admission, était systématiquement inscrit avant la sortie d'hospitalisation, en se basant essentiellement sur les critères du DSM 5.

Dans le cadre de cette étude purement descriptive et non interventionnelle, il a été choisi de ne pas prendre en compte les étapes 3 à 7 de la démarche d'administration de la HCR-20, difficilement applicables en recherche, et de se concentrer uniquement sur le recueil des données et la cotation des parties Historiques, Cliniques et de gestion du Risque.

Différentes ressources ont été utilisées pour le recueil de l'ensemble des informations, telles que des entretiens cliniques, des entretiens avec les proches, un examen systématique du dossier informatisé de chaque patient, retraçant son histoire médicale depuis le début de la prise en charge sur le Centre Hospitalier Esquirol, souvent depuis plusieurs années. Enfin, lorsque cela s'est avéré nécessaire, des avis ont été pris auprès de collègues ayant pris en charge précédemment le patient ou bien étant son psychiatre traitant, afin de compléter les informations disponibles. Malheureusement, aucune source d'information officielle n'a pu être utilisée concernant les antécédents judiciaires des patients examinés, dont l'évaluation se fondait donc uniquement sur des sources indirectes et non vérifiables (discours du patient ou de son entourage, ou encore mention faite des antécédents judiciaires dans le dossier informatisé).



II.2.4. Tests et outils statistiques appliqués.

L'ensemble des données recueillies au cours de cette étude ont été répertoriées, de manière anonyme, dans un classeur de feuilles de calcul du logiciel Excel®, puis ont été traitées à l'aide du logiciel XLSTAT 2017® afin d'effectuer les analyses statistiques nécessaires.

II.2.4.1. Concernant l'objectif principal.

Les consistances internes de la HCR-20 et de la PCL-R ont été calculées grâce au coefficient *alpha* de Cronbach.

Les relations entre ces deux instruments d'évaluation de la dangerosité ont été explorées par la réalisation de calculs de coefficients de corrélation *r* de Pearson. Afin d'éviter un effet de circularité entre la HCR-20 et la PCL-R, les items communs ont été extraits de ces calculs, à savoir les items H7 et C1 de la HCR-20.

II.2.4.2. Concernant les objectifs secondaires.

Les liens entre les scores à la HCR-20 et à la PCL-R, et le mode d'hospitalisation ont été mis en évidence par des comparaisons de moyennes à l'aide du test non paramétrique de Mann-Whitney, étant donné la distribution non homogène des variables.

L'étude du lien entre les scores obtenus aux deux outils et les différents diagnostics retrouvés dans notre population a été faite par une analyse multivariée de comparaison de variances (abréviation anglaise ANOVA, pour *analysis of variance*).

La présence ou non de troubles addictifs associés aux scores HCR-20 et PCL-R a été prise en compte par une analyse de comparaison de moyennes à l'aide d'un test paramétrique *z*.

La mise en place ou non d'un programme de soins à la sortie, en relation avec les scores aux deux outils sus-nommés a été calculée par un test de comparaison de moyennes non paramétrique de type Mann-Whitney, également en raison de la distribution des moyennes et du petit effectif de patients effectivement sortis en programme de soins.

L'ensemble des variables socio-démographiques relevées durant l'étude (sexe, statut de célibat ou non, enfant ou non, nombre d'enfants, niveau d'étude, logement personnel ou non, antécédents judiciaires) a été traité par des tests de comparaisons de moyennes paramétriques *z* afin de rechercher leur potentiel lien avec les scores HCR-20 obtenus.

Enfin, une analyse multivariée de covariance (ANCOVA) a été réalisée afin d'étudier les scores HCR-20 en prenant en compte l'ensemble des variables quantitatives et qualitatives relevées dans cette étude, et d'en distinguer les participations respectives.

II.3. Résultats.

II.3.1. Objectif principal.

II.3.1.1. Consistances internes de la HCR-20 et de la PCL-R.

Les 150 sujets de cette étude ont obtenu des scores moyens de 23,32 (SD = 6,33 ; 5-35) à la HCR-20 totale, et respectivement de 12,1 (SD = 4,51 ; 0-20) pour le facteur Historique, 7,18 (SD = 1,96 ; 1-10) pour le facteur Clinique et 4,04 (SD = 1,93 ; 0-10) pour le facteur de gestion du Risque. En ce qui concerne la PCL-R, on retrouve une moyenne de 15,71 (SD = 8,68 ; 2-36) pour l'échelle totale, de 7,89 (SD = 4,64 ; 0-16) pour le facteur 1 et de 7,06 (SD = 3,97 ; 0-16) pour le facteur 2.

Tableau 1 : *Données descriptives des scores HCR-20 et PCL-R*

| | HCR tot. | Facteur H | Facteur C | Facteur R | PCL tot. | Facteur 1 | Facteur 2 |
|------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|-----------|-----------|
| Minimum | 5 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Maximum | 35 | 20 | 10 | 10 | 36 | 16 | 16 |
| Moyenne | 23,32 | 12,1 | 7,18 | 4,04 | 15,71 | 7,89 | 7,06 |
| Écart-type | 6,33 | 4,51 | 1,96 | 1,93 | 8,68 | 4,64 | 3,97 |

Les consistances internes sont satisfaisantes à la fois pour la HCR-20 et pour la PCL-R, avec des coefficients alpha de Cronbach respectivement à **0,72** et **0,89**.

II.3.1.2. Corrélations entre la HCR-20 et la PCL-R.

Les scores totaux à la HCR-20 et à la PCL-R sont assez fortement corrélés. On observe une corrélation élevée entre les facteurs Historiques de la HCR-20, aussi bien avec le facteur 1 qu'avec le facteur 2 de la PCL-R, et encore plus avec les scores totaux à la PCL-R. Les corrélations sont ensuite assez faibles entre les facteurs Cliniques de la HCR-20 et le facteur 1 de la PCL-R, dit interpersonnel ou affectif, et encore un peu plus faibles avec le facteur 2 dit comportemental. Les corrélations entre les facteurs de gestion de Risque de la HCR-20 et l'ensemble des deux facteurs de la PCL-R sont du même ordre, à savoir également faibles.

Tableau 2 : Valeurs du coefficient de corrélation r de Pearson entre HCR-20 et PCL-R

| | | PCL-R | | |
|--------|------------------------|--------|-----------|-----------|
| | | Totale | Facteur 1 | Facteur 2 |
| HCR-20 | Totale (sans H7 et C1) | 0,72** | 0,68** | 0,68** |
| | H | 0,81** | 0,71** | 0,76** |
| | C | 0,30** | 0,30** | 0,23* |
| | R | 0,27* | 0,26* | 0,23* |

*p-value < 0,05

**p-value < 0,01

II.3.2. Objectifs secondaires.

II.3.2.1. Relations entre les scores à la HCR-20 et PCL-R, et les modes d'hospitalisation.

Parmi les 150 sujets de notre étude, on retrouvait 26 patients hospitalisés sous un mode de Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE), soit 17,33% de l'effectif, et 124 hospitalisés sur un mode de Soins à la Demande du Directeur d'Établissement (SDDE), soit 82,67% des patients étudiés. Du fait de cette répartition, un test non paramétrique de comparaison des moyennes a été utilisé afin d'observer le lien entre modes d'hospitalisation et scores obtenus à la HCR-20 et à la PCL-R.

Tableau 3 : Données descriptives concernant les modes d'hospitalisation

| | SPDRE | SDDE |
|-------------|-------|-------|
| Effectif | 26 | 124 |
| Pourcentage | 17,33 | 82,67 |

Les résultats obtenus montrent une différence significative entre les patients hospitalisés en SPDRE et ceux hospitalisés en SDDE concernant les scores à la PCL-R totale et à la HCR-20 totale. Concernant les sous-échelles, on observe une significativité concernant le facteur Historique de la HCR-20. En revanche les résultats sont non significatifs pour les sous-échelles Clinique et de gestion du Risque de la HCR-20. Pour les facteurs 1 et 2 de la PCL-R, une significativité claire est observée concernant la différence de scores entre les patients en SPDRE et ceux en SDDE, légèrement plus marquée pour le facteur 2, dit comportemental.

Tableau 4 : Valeurs des comparaisons entre les modes d'hospitalisation et les scores HCR-20 et PCL-R

| | HCR tot. | Facteur H | Facteur C | Facteur R | PCL tot. | Facteur 1 | Facteur 2 |
|---------------------------|----------------|--------------------|-------------|-------------|-------------------|---------------|-------------------|
| Moyenne SDRE (écart-type) | 27,42 (6,09) | 15,61 (3,83) | 7,54 (2,53) | 4,27 (2,01) | 21,69 (9,33) | 10,73 (4,51) | 9,62 (3,96) |
| Moyenne SDDE (écart-type) | 22,46 (6,06) | 11,36 (4,29) | 7,11 (1,83) | 3,99 (1,92) | 14,46 (8,02) | 7,3 (4,46) | 6,52 (3,77) |
| P-value | 0,0001* | <0,0001* | 0,13 | 0,51 | <0,001* | 0,001* | <0,001* |

* p-value < 0,05 : rejet de l'hypothèse nulle.

II.3.2.2. Relations entre les scores à la HCR-20 et PCL-R, et les diagnostics psychiatriques.

Notre échantillon était composé de 64 patients présentant une pathologie psychotique (schizophrénies, troubles schizoaffectifs, épisodes psychotiques aigus), soit 42,67% de l'effectif total. 36 patients étaient porteur d'un trouble de l'humeur (épisodes dépressifs majeurs, décompensations dépressives, maniaques ou mixtes d'un trouble bipolaire), soit 24% de l'effectif. Les troubles de la personnalité étaient essentiellement représentés par les types psychopathiques et borderlines. On retrouvait également 4 personnes présentant une personnalité de type paranoïaque, 2 de type anxieuse, histrionique ou bien encore dépendante, et enfin un patient ayant un profil de personnalité schizoïde. L'ensemble de ces troubles de la personnalité représentait 45 patients, soit 30% de notre effectif.

Enfin, notons que 5 patients, soit 3,33% des personnes, ne présentaient aucune pathologie psychiatrique notable, leur hospitalisation étant en lien uniquement avec un trouble addictologique. Ces patients n'ont pas été pris en compte dans l'étude de la relation entre les scores à nos deux outils d'évaluation et les différents diagnostics psychiatriques.

Tableau 5 : Données descriptives concernant les diagnostics psychiatriques

| | Psychotiques F20 | Trouble humeur F30 | Trouble de perso F60 | Aucun |
|-------------|------------------|--------------------|----------------------|-------|
| Effectif | 64 | 36 | 45 | 5 |
| Pourcentage | 42,67 | 24 | 30 | 3,33 |

Les résultats comparatifs des scores à la HCR-20 pour chaque catégorie diagnostique ne retrouve aucune significativité. En effet, avec un coefficient de détermination à 0,053, on peut estimer que seul 5,3% de la variance des scores est expliquée par les différents diagnostics. On remarque seulement une tendance chez les patients psychotiques à obtenir des scores plus élevés, suivis par les personnes présentant un trouble de la personnalité, puis par les

patients atteints d'un trouble de l'humeur.

Concernant la PCL-R, on observe une différence significative concernant le groupe diagnostic des troubles de la personnalité, ces derniers obtenant des scores plus élevés à la PCL-R. Viennent ensuite les patients présentant une pathologie psychotique. On remarquera la p-value très élevée chez les patients porteurs d'un trouble de l'humeur, traduisant l'absence presque totale de lien avec les scores à la PCL-R. Avec un coefficient d'ajustement à 0,125, on peut estimer que 12,5% de la variance des scores est expliquée par les différents diagnostics.

Tableau 6 : Valeurs des comparaisons entre les diagnostics psychiatriques et les scores HCR-20 et PCL-R

| | | Valeur de <i>t</i> | p-value |
|---------------|-----|--------------------|--------------|
| HCR-20 | F20 | 1,51 | 0,13 |
| | F30 | 0,38 | 0,7 |
| | F60 | 1,35 | 0,18 |
| PCL-R | F20 | 1,5 | 0,14 |
| | F30 | 0,06 | 0,95 |
| | F60 | 2,09 | 0,04* |

* p-value < 0,05 : rejet de l'hypothèse nulle.

II.3.2.3. Relations entre les scores à la HCR-20 et la PCL-R, et la morbidité addictologique.

Au sein de notre population, on trouvait 66 patients, soit 44%, porteurs d'une problématique addictologique, représentée essentiellement par un trouble de l'usage d'alcool, souvent accompagné d'un trouble de l'usage du cannabis, plus rarement d'autres substances psychotropes.

Tableau 7 : Données descriptives concernant les diagnostics addictologiques

| | Trouble addictologique | Pas de troubles addictologiques |
|-------------|------------------------|---------------------------------|
| Effectif | 66 | 84 |
| Pourcentage | 44 | 56 |

On remarque des résultats très significatifs concernant les scores aussi bien à la HCR-20 qu'à la PCL-R, dans le sens de scores plus élevés chez les patients présentant une problématique addictologique que chez les autres patients de l'échantillon.

Tableau 8 : Valeurs des comparaisons entre le facteur diagnostic addictologique et les scores HCR-20 et PCL-R

| | | Addiction | Pas d'addiction |
|---------------|------------|--------------------|-----------------|
| HCR-20 | Moyenne | 25,76 | 21,41 |
| | Écart-type | 6 | 5,94 |
| | Différence | 4,35 | |
| | p-value | <0,0001* | |
| PCL-R | Moyenne | 18,5 | 13,52 |
| | Écart-type | 9,01 | 7,78 |
| | Différence | 4,98 | |
| | p-value | <0,001* | |

*p-value < 0,05 : rejet de l'hypothèse nulle.

II.3.2.4. Relations entre les scores à la HCR-20 et la PCL-R, et la mise en place d'un programme de soins.

Dans notre population, seulement 13 patients, soit 8,67% de l'effectif, se sont vus contraints à la mise en place d'un Programme De Soins (PDS) au terme de la période d'hospitalisation complète.

Tableau 9 : Données descriptives concernant la mise en place ou non d'un programme de soins

| | Avec programme de soins | Sans programme de soins |
|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Effectif | 13 | 137 |
| Pourcentage | 8,67 | 91,33 |

On observe que leurs résultats à la HCR-20 totale étaient significativement plus élevés, ainsi que pour la sous-échelle évaluant les facteurs Historiques. Les facteurs Cliniques et de gestion du Risque n'apparaissent pas corrélés à la mise en place d'un programme de soins.

En ce qui concerne la PCL-R, un score total plus élevé est également corrélé à la mise en place d'un programme de soins à la sortie. Il en est de même pour les sous-échelles mesurant le facteur 1 inter-personnel et le facteur 2 comportemental.

Tableau 10 : Valeurs des comparaisons entre la mise en place ou non d'un programme de soins et les scores HCR-20 et PCL-R

| | HCR tot. | Facteur H | Facteur C | Facteur R | PCL tot. | Facteur 1 | Facteur 2 |
|---------------------|-----------------|---------------|-----------|-----------|-----------------|---------------|---------------|
| Moyenne PSD | 28,39 | 23,39 | 7,46 | 4,15 | 23,29 | 11,08 | 9,92 |
| Écart-type PDS | 5,04 | 7,91 | 2,6 | 1,14 | 7,91 | 4,54 | 2,91 |
| Moyenne sans PSD | 22,84 | 14,99 | 7,15 | 4,02 | 14,99 | 7,62 | 6,81 |
| Écart-type sans PDS | 6,24 | 8,41 | 1,9 | 2 | 8,41 | 4,56 | 3,96 |
| P-value | 0,002* | 0,001* | 0,4 | 0,66 | 0,001* | 0,014* | 0,005* |

* p-value < 0,05 : rejet de l'hypothèse nulle.

II.3.2.5. Relations entre les scores à la HCR-20 et les différentes variables socio démographiques.

L'analyse de notre population montre une certaine homogénéité, avec 55,33% d'hommes contre 44,67% de femmes. Une majorité (69,33%) des patients étaient célibataires au moment de l'étude, tandis que la répartition avec ou sans enfant(s) était à peu près équitable (47,33% contre 52,67%). Le niveau d'étude était globalement inférieur au baccalauréat (62,67%), correspondant dans la majorité des cas à l'obtention d'un CAP ou BEP. Il est à noter qu'un nombre non négligeable de patients avaient arrêté leurs études au cours du lycée ou bien en fin de collège. Quelques-uns avaient un niveau correspondant à l'école primaire, dans un contexte de vie souvent multi-carencé. On notait une part importante de notre population sans emplois (60%) tandis que la majorité disposait tout de même d'un logement personnel (70,67%). Enfin, 25,33% d'entre eux présentaient des antécédents judiciaires, contre 74,67% sans antécédents de ce type.

Tableau 11 : *Données descriptives concernant les variables socio-démographiques*

| | Effectif | Pourcentage |
|-----------------------------|----------|-------------|
| Homme | 83 | 55,33 |
| Femme | 67 | 44,67 |
| En couple | 46 | 30,67 |
| Célibataire | 104 | 69,33 |
| Avec enfant(s) | 71 | 47,33 |
| Sans enfant(s) | 79 | 52,67 |
| Avec baccalauréat | 56 | 37,33 |
| Sans baccalauréat | 94 | 62,67 |
| Emploi | 60 | 40 |
| Pas d'emploi | 90 | 60 |
| Logement personnel | 106 | 70,67 |
| Logés chez tiers | 44 | 29,33 |
| Antécédents judiciaires | 38 | 25,33 |
| Pas antécédents judiciaires | 112 | 74,67 |

Dans notre étude, le sexe apparaissait non significativement corrélé à une différence de scores à la HCR-20, contrairement aux attentes en lien avec les données de la littérature. De la même manière, le statut de célibat ne semblait pas intervenir de manière significative dans les résultats obtenus au terme de l'évaluation par notre outil clinique semi-actuariel. Par contre, la parentalité se dégageait comme élément déterminant, avec un score significativement plus élevé chez les patients n'ayant pas d'enfants.

Concernant le niveau d'études, on observait une différence significative, quoique moins marquée que pour le facteur parentalité, entre les patients détenteurs d'un niveau d'étude égal ou supérieur au baccalauréat et ceux ayant un niveau de scolarité inférieur, ces derniers obtenant des scores plus élevés à la HCR-20.

Le facteur mettant en évidence la différence la plus significative de scores résidait en l'accès à un emploi, avec un score de dangerosité nettement plus élevé chez les patients étant sans emploi au moment de notre évaluation.

On notait également une différence significative concernant la présence ou non d'un logement personnel chez nos patients, en distinguant ces derniers de ceux étant logés chez des tiers, que cela soit par impossibilité financière ou bien fonctionnelle, du fait de la pathologie présentée. Ceux-ci obtenaient en effet des scores plus élevés à la HCR-20.

Enfin, concernant la présence d'antécédents judiciaire, on retrouvait là encore une différence fortement significative, avec également des scores plus élevés chez les patients ayant déjà été condamnés par la justice. Notons qu'aucune distinction n'a été faite durant cette étude par rapport aux différents chefs d'accusation dont nos patients avaient pu faire l'objet.

Tableau 12 : Valeurs des comparaisons entre les différentes variables socio-démographiques et les scores HCR-20 et PCL-R

| | Moyenne HCR-20 | Écart-type HCR-20 | Différence | P-value |
|-------------------|----------------|-------------------|------------|--------------------|
| Hommes | 16,64 | 8,9 | 2,07 | 0,15 |
| Femmes | 14,57 | 8,31 | | |
| Célibataires | 16,6 | 9,06 | 2,88 | 0,06 |
| En couple | 13,72 | 7,46 | | |
| Enfants | 21,13 | 5,91 | 4,16 | <0,0001* |
| Pas d'enfants | 25,29 | 6,08 | | |
| Avec bac | 21,8 | 6,44 | 2,42 | 0,023* |
| Sans bac | 24,22 | 6,12 | | |
| Avec emploi | 20,97 | 5,66 | 3,92 | <0,001* |
| Sans emploi | 24,89 | 6,29 | | |
| Avec logement | 22,36 | 6,39 | 3,28 | 0,004* |
| Logés chez tiers | 25,64 | 5,59 | | |
| Atcdis jud. | 28,03 | 6,34 | 6,3 | <0,0001* |
| Pas d'atcdis jud. | 21,72 | 5,5 | | |

* p-value < 0,05 : rejet de l'hypothèse nulle.

Concernant les variables quantitatives continues représentées par le nombre d'enfants et l'âge des patients de l'étude, on observe une corrélation significative entre le nombre d'enfants et des scores moins importants à la HCR-20.

Concernant l'âge, les résultats étaient également significatifs, allant dans le sens de scores plus élevés chez les patients plus jeunes, avec une significativité très forte.

Tableau 13 : Valeurs des coefficients de corrélation r de Pearson entre des données socio-démographiques et les scores HCR-20 et PCL-R

| Variable | Minimum | Maximum | Moyenne | Écart-type | Coeff. ρ de Pearson | P-value |
|------------------|---------|---------|---------|------------|--------------------------|--------------------|
| Nbre d'enfant(s) | 0 | 4 | 0,82 | 1,02 | -0,21 | 0,01* |
| Age | 18 | 64 | 39,63 | 14,17 | -0,41 | <0,0001* |

* p-value < 0,05

II.3.2.6. Relations globales entre les scores à la HCR-20 et les différentes variables étudiées.

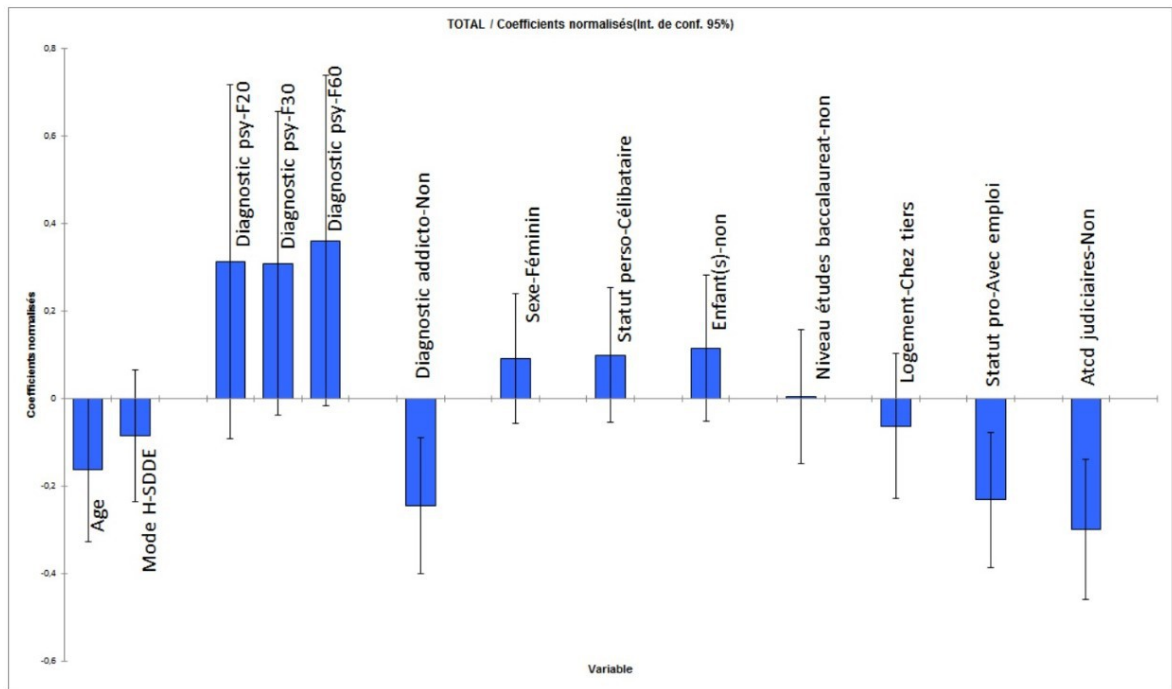
Les variables se dégageant comme ayant le plus de poids dans le modèle d'analyse multivariée par ANCOVA, étudiant les relations entre l'ensemble des variables et les scores obtenus à la HCR-20, semblent être la présence ou non d'un diagnostic addictologique, le facteur professionnel, et la présence ou non d'antécédents judiciaires.

Tableau 14 : *Tableau des variables explicatives du modèle.*

| | Valeurs de <i>t</i> | p-value |
|----------------------------------|---------------------|-------------------|
| Age | -1,97 | 0,05 |
| Hospitalisation SDDE | -1,12 | 0,27 |
| Diagnostic F20 | 1,53 | 0,13 |
| Diagnostic F30 | 1,76 | 0,08 |
| Diagnostic F60 | 1,88 | 0,06 |
| Pas de diagnostic addictologique | -3,13 | 0,002* |
| Sexe féminin | 1,21 | 0,23 |
| Célibataire | 1,27 | 0,21 |
| Sans enfant | 1,37 | 0,18 |
| Pas de baccalauréat | 0,05 | 0,96 |
| Logés chez tiers | -0,76 | 0,45 |
| Avec emploi | -2,97 | 0,003* |
| Sans antécédents judiciaires | -3,72 | <0,001* |

*p-value < 0,05 : résultats significatifs.

Figure1 : Représentation graphique de la participation de chacune des variables dans l'explication du modèle multivarié



II.4. Discussion.

II.4.1. Forces et limites de l'étude.

II.4.1.1. Forces de l'étude.

Cette étude repose sur l'évaluation de la HCR-20 appliquée à une population non carcérale française, ce qui à notre connaissance représente la seule de sa catégorie. L'autre étude concernant la HCR-20 appliquée à une population française a en effet été effectuée sur une population de type carcérale [124].

Elle repose de plus sur un nombre de sujets important, à savoir 150, ce qui permet d'espérer une bonne validité des résultats mis en évidence, avec une puissance satisfaisante.

La méthode employée a été clairement définie, et reste donc facilement reproductible. Elle a eu pour but de prendre en compte l'évaluation des sujets dans leur globalité, tant sur le plan des différents facteurs nécessaires à la cotation des deux outils, que sur le plan socio-démographique et clinique, afin d'obtenir une vision d'ensemble de la personne et de sa

problématique.

Enfin, le biais de sélection au sein de notre étude apparaît limité, du fait de l'exhaustivité du recrutement de patients hospitalisés en soins sans consentement pour l'ensemble du département, du fait de l'offre de soins disponible en Haute-Vienne.

II.4.1.2. Limites de l'étude.

La population étudiée était constituée de personnes hospitalisées sans leur consentement, et ne présentant pas le statut de détenu. L'application de la PCL-R à cette population peut être questionnée, cette échelle ayant été validée pour des populations carcérales, puis étendue à des populations dites forensiques, de patients hospitalisés dans des établissements de psychiatrie médico-légale. Ce type d'établissement n'existe pas en tant que tel en France, où les populations forensiques sont le plus souvent mêlées aux populations psychiatriques « classiques », n'ayant pas de lien avec des infractions légales passées ou présentes. Les Unités pour Malades Difficiles ainsi que les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées pourraient représenter les structures les plus proches des services de psychiatrie médico-légale présents en Amérique du Nord ou bien encore en Belgique avec les établissements de Défense Sociale. Cependant, devant le peu de places disponibles et les contraintes géographiques, les patients même les plus dangereux sont bien souvent accueillis au sein des services classiques de psychiatrie de secteur.

Un outil dérivé de la PCL-R, la PCL:SV (*Screening Version*), se présente sous forme d'un auto-questionnaire validé pour la recherche de traits de psychopathie au sein de la population générale. Il ne nous a pas paru opportun de l'utiliser dans le cadre de notre étude, la population étudiée ne correspondant pas à une population générale, mais à une population psychiatrique, porteuse d'une morbidité psychiatrique et/ou addictologique reconnue.

Une des limites de cette étude réside en l'absence d'évaluation de la fidélité inter-juge, l'ensemble des évaluations ayant été faites par une même personne, pour des raisons humaines et techniques. Il peut donc exister un biais de subjectivité dans la cotation des deux outils, que l'on peut supposer plus prononcé dans l'évaluation de la PCL-R, dont les items peuvent paraître définis de manière moins précise et moins objective que pour la HCR-20. Ces difficultés rejoignent les critiques communes faites aux systèmes d'évaluations semi-actuariels, laissant une place importante à la clinique ainsi qu'à l'évaluation individuelle, entraînant forcément une certaine forme de subjectivité liée à l'évaluateur.

Concernant la méthode de recueil des données, on peut suspecter l'existence de biais de mémoire, beaucoup d'informations relevées provenant directement de l'interrogatoire des patients, le plus souvent sans preuve extérieures à l'appui. Ce biais peut essentiellement concerner le relevé des antécédents, surtout ceux en lien avec des faits de violence durant l'enfance et/ou l'adolescence, l'existence de psychotraumatismes ou de vécus de victimisation, ou bien encore l'existence d'antécédents judiciaires, qui ont pu être oubliés, ou volontairement omis par le patient. Ces difficultés sont liées à la méthode d'investigation propre aux évaluations actuarielles et semi-actuarielles, devant faire appel au plus grand nombre possible de sources d'informations, ce qui s'avère en pratique difficilement réalisable

du fait des contraintes de temps et d'accessibilité à certaines ressources.

II.4.2. Discussion des résultats.

II.4.2.1. Concernant l'objectif principal.

L'objectif principal de cette étude était d'étudier la consistance interne de la HCR-20 sur une population française non carcérale, et d'en analyser les corrélations avec la PCL-R, échelle actuarielle largement utilisée de part le monde dans l'évaluation de la psychopathie, elle-même liée au risque de passage violent chez un sujet.

Ainsi, on retrouve une consistance interne satisfaisante, avec un coefficient alpha de Cronbach à 0,72, ce qui semble concordant avec plusieurs études portant sur l'évaluation de la HCR-20. En effet, l'étude de T.H. Pham portant sur une population française [124], retrouvait un coefficient de Cronbach à 0,84, tandis que celle portant sur une population belge [119], retrouvait un coefficient à 0,74. Une étude allemande menée par Dahle et Klaus-Peter retrouvait quant à elle un Cronbach à 0,84 [133]. Ces résultats vont dans le sens d'une bonne cohérence de l'évaluation par la HCR-20 du risque de passage à l'acte violent chez nos patients hospitalisés en service de psychiatrie, sans leur consentement.

Concernant les corrélations entre scores à la HCR-20 et scores à la PCL-R, on retrouve une bonne corrélation entre les scores totaux (r de Pearson = 0,72), une fois de plus comparable aux autres études portant sur le sujet. L'étude de T.H. Pham sur population française [119], retrouve en effet un coefficient de corrélation entre les scores totaux à 0,80, tandis que dans l'étude sur population belge [124], ce coefficient est à 0,63.

Les corrélations les plus élevées se situent entre le facteur Historique de la HCR-20 et aussi bien les facteurs 1 et 2 de la PCL-R, que les scores totaux à cette dernière (r respectivement à 0,71, 0,76 et 0,81). Ces résultats tendent à mettre l'accent sur l'importance des antécédents de nos patients en ce qui concerne les passages à l'acte violent ou bien les attitudes ou comportements antisociaux. Ces antécédents comprennent également la notion de forte instabilité dans les différents champs de la vie (familiale, sociale, professionnelle), l'ensemble étant fortement corrélé au degré de psychopathie retrouvé par l'évaluation, à un moment de vie souvent marqué par une décompensation à la source de l'hospitalisation actuelle.

Quoique significatives, les autres corrélations semblent faibles, avec des r de Pearson compris entre 0,23 et 0,30, marquant le peu de lien existant entre le relevé des facteurs Clinique et de gestion du Risque de la HCR-20, et le degré de psychopathie retrouvé à la PCL-R. Cela peut s'expliquer par le caractère relativement figé du score PCL-R chez une même personne au cours de son existence, la personnalité étant majoritairement constituée et peu susceptible de se modifier. Cela n'est pas le cas des facteurs Cliniques et de gestion du Risque de la HCR-20, qui eux reflètent davantage un état évalué sur un temps court (un mois pour les facteurs Cliniques, trois mois pour les facteurs de gestion du Risque). On pourrait donc penser que le profil psychopathique d'une personne influe finalement assez peu sur la clinique présentée au moment d'une décompensation d'une pathologie

psychiatrique, ni sur le risque présenté dans les mois suivants la sortie d'hospitalisation concernant les éventuels passages à l'acte violents. La personnalité psychopathique est finalement mieux corrélée aux antécédents de violence, autres comportements antisociaux et instabilité globale de vie ; qu'à l'état clinique symptomatique d'une pathologie psychiatrique souvent chronique et qu'au risque futur de passage à l'acte, dont les modalités semblent plus souvent liées à la pathologie et aux conditions de vie, qu'à la seule personnalité psychopathique.

La question se pose néanmoins pour le groupe de patients présents dans l'étude, porteurs d'une personnalité antisociale au sens du DSM 5, sans forcément de pathologie mentale majeure associée, de type trouble psychotique ou trouble de l'humeur. On peut alors supposer pour ces patients, que l'état de décompensation à l'origine de l'hospitalisation, fréquemment suite à un ou plusieurs passages à l'acte violents contre la famille, les amis ou bien encore les forces de l'ordre, modifie la symptomatologie présentée au-delà de la présentation habituelle uniquement psychopathique, avec donc une présentation clinique plus riche et peu corrélée à la personnalité habituelle. Une nouvelle évaluation de la HCR-20 à distance des hospitalisations retrouverait certainement une meilleure corrélation entre le facteur Clinique de la HCR-20 et le score à la PCL-R, tout du moins sur le facteur 2, dit comportemental. La faible corrélation entre PCL-R et facteur de gestion du Risque de violence peut être mise en lien avec une donnée de la littérature, nommée la désistance. Ce phénomène est décrit comme une sortie de la délinquance par un apaisement relatif des comportements antisociaux et transgressifs [134]. Cette évolution a d'ailleurs été objectivée comme naturelle dans le trouble psychopathique, avec une sortie progressive des comportements délictueux et un apaisement des relations interpersonnelles survenant souvent progressivement entre l'âge de 30 et 40 ans [135].

II.4.2.2. Concernant les objectifs secondaires.

La relation entre le **mode d'hospitalisation** des patients et leurs scores à la HCR-20 et à la PCL-R montre un score significativement plus élevé à la HCR-20 totale ainsi qu'à la PCL-R totale chez les patients hospitalisés en SPDRE, par rapport à ceux hospitalisés en SDDE.

Les résultats sont également significatifs concernant le facteur Historique de la HCR-20, ainsi que pour les deux sous-groupes de facteurs, inter-personnel et comportemental, de la PCL-R. Ils ne le sont par contre pas en ce qui concerne le facteur Clinique et le facteur de gestion du Risque de la HCR-20. Notons toutefois que ces résultats concernent une population inhomogène, puisque seulement 26 des 150 patients faisaient l'objet d'une mesure de SPDRE. Toutefois, on peut noter la concordance de ces résultats avec l'hypothèse de départ, qui présupposait un plus grand score de dangerosité chez les patients hospitalisés à la demande du représentant de l'État, ainsi qu'un profil psychopathique plus marqué que chez les patients ayant fait l'objet de cette mesure.

En effet, les conditions nécessaires à la mise en place d'une hospitalisation à la demande du représentant de l'État comprennent l'existence d'une atteinte objectivée à la sûreté des personnes, ou bien d'une atteinte grave à l'ordre public. Il s'agit donc bien souvent de patients s'étant montrés violents à l'encontre de leur famille ou de leurs proches, avec intervention nécessaire des forces de l'ordre pour maîtriser la personne et l'amener soit



d'abord en garde à vue, soit directement aux urgences psychiatriques, ou bien encore dans les services de soins, en fonction du cas présenté. Bien souvent, ces mêmes patients, violents avec leurs proches, ont également témoigné de la violence lors de leur interpellation par les forces de l'ordre, majorant encore les critères menant à l'hospitalisation en SPDRE. Notons toutefois les cas, non exceptionnels dans cette étude, de personnes hospitalisées en SPDRE suite à des alcoolisations aiguës, s'inscrivant souvent dans un trouble de l'usage d'alcool chronique. Dans ces cas de figure, les personnes avaient fait preuve d'un trouble grave à l'ordre public, soit par des déambulations dans la rue, soit par des menaces suicidaires sur la voie publique, avec dans quasiment tous les cas nécessité d'intervention des forces de l'ordre, et décision d'hospitalisation en SPDRE dans la foulée.

On peut émettre plusieurs critiques concernant ce procédé, lorsqu'on connaît le peu de valeur d'une évaluation psychiatrique faite alors que le patient se trouve en état d'ébriété. Malheureusement, ces patients étaient le plus souvent évalués au domicile sur sollicitation de SOS médecins, soit par la famille, soit par les forces de l'ordre, avec hospitalisation directe, et non dans le cadre d'une évaluation à distance une fois l'alcoolisation passée. Il n'existe donc pas pour ces patients de critères de dangerosité, dans le sens voulu par les fondateurs d'outils d'évaluation tels que la HCR-20 et la PCL-R. En effet, soit ces patients présentaient par ailleurs un autre trouble psychiatrique, évalué à distance de leur état d'alcoolisation aiguë, et ne justifiant pas toujours de la mise en place d'une procédure de SPDRE, soit ils présentaient un état tout à fait exempt de troubles psychiatriques une fois l'état d'ébriété passé. On peut donc supposer un certain degré d'inadéquation chez ce sous groupe de patients, entre le score obtenu aux échelles d'évaluation de la dangerosité, et leur mode d'hospitalisation en SPDRE.

Enfin, on remarquera les liens entre mode d'hospitalisation et la sous-échelle Historique de la HCR-20, non retrouvée dans les sous-échelles Cliniques et de gestion du Risque. Ceci tend à montrer, comme pour les résultats précédents, l'importance du poids des antécédents chez un patient donné. En pratique, on observe en effet bien souvent une tendance à hospitaliser les personnes en SPDRE lorsque ces dernières se sont déjà montrées violentes par le passé, ou bien sont déjà connues pour avoir été hospitalisées sous ce mode. Le poids de la clinique semble alors moins prédominant pour le choix du mode d'hospitalisation. Ces résultats sont certainement à mettre en lien avec la pondération concernant le groupe de patients hospitalisés en SPDRE dans un contexte d'alcoolisation aiguë, ou bien souvent le risque était davantage le suicide que l'hétéro-agressivité. La cotation pour ces patients de la partie Clinique de la HCR-20 retrouvait en effet de faibles scores, cette dernière ne prenant en compte que le risque d'hétéro-agressivité.

De plus, les patients hospitalisés en SPDRE ne semblent pas, au vu des résultats de cette étude, présenter de score de gestion du Risque futur plus important que les patients hospitalisés en SDDE, ce qui peut soulever éventuellement la question de la bonne indication de ces hospitalisations en SPDRE, chez des patients souvent plus à risque du fait de leurs antécédents que du fait de leur état psychique présent et futur.

Dans notre analyse multivariée (ANCOVA), le mode d'hospitalisation n'apparaît pas significatif au sein du modèle. Cependant, l'hospitalisation à la Demande du Directeur d'Établissement apparaît dans le modèle à neuf variables calculé par l'ANCOVA, avec une tendance à l'obtention de scores moins élevés à l'évaluation par la HCR-20 que les patients hospitalisés sur Décision du Représentant de l'État. On peut supposer l'existence de facteurs confondants au sein du modèle expliquant l'absence de différence significative dans l'analyse

multivariée, tandis qu'elle est retrouvée en analyse univariée.

Concernant le lien entre les **catégories diagnostiques** et les scores obtenus à la HCR-20, on ne retrouve aucun résultat significatif, laissant supposer l'absence de lien entre le trouble psychiatrique présenté et le niveau de dangerosité. Ces résultats peuvent paraître surprenants, là où on s'attendrait à trouver un score plus élevé de dangerosité chez les patients psychotiques, avec en arrière plan l'image surmédiatisée du schizophrène dangereux. Malgré l'absence de significativité, les données de l'étude vont tout de même dans ce sens, puisque le résultat ayant une p-value la plus proche du seuil de significativité concerne le groupe de patients psychotiques (p-value = 0,13), suivis par les patients présentant un trouble de la personnalité (p-value = 0,18), puis enfin ceux porteurs d'un trouble de l'humeur (p-value = 0,7). Ainsi, un échantillon plus grand aurait peut-être permis de mettre en évidence une différence significative.

On remarque un lien significatif entre les scores obtenus à la PCL-R et le diagnostic de troubles de la personnalité (p-value = 0,04). Ces résultats paraissent cohérents, puis que cette échelle s'attache à mesurer le score de psychopathie. Or, la majorité des patients atteints d'un trouble de la personnalité au sein de notre échantillon présentaient une personnalité de type psychopathique ou bien de type état-limite.

L'absence de significativité pour l'ensemble des résultats concernant la HCR-20 tend à montrer l'impact limité du diagnostic dans l'évaluation de la dangerosité d'un individu, ou tout du moins de son risque de passage à l'acte violent. Ainsi, il existe un profil de dangerosité quantitativement similaire entre un patient psychotique présentant par exemple un délire de persécution avec présence d'injonctions hétéro-agressives par le biais d'un automatisme mentale, et un patient en phase maniaque présentant une exaltation de l'humeur, teintée d'irritabilité et de toute puissance, sur un profil impulsif, ou bien encore un patient présentant une personnalité borderline avec traits psychopathiques sur un profil d'intolérance à la frustration et d'impulsivité, dans un contexte de conflits professionnels ou interpersonnels.

Si le risque semble quantitativement du même ordre de grandeur, au vu des scores obtenus à la HCR-20, il semble d'autant plus pertinent de considérer l'impact du contexte, de l'environnement, et de la qualité des tissus social et professionnel présents autour de la personne. En effet, le passage à l'acte hétéro-agressif semble être bien souvent la résultante d'une multitude de facteurs, présents dans une certaine temporalité.

On peut ainsi supposer que la différence de dangerosité en fonction des diagnostics serait de nature plus qualitative que quantitative. Ainsi, les différentes catégories diagnostiques obtiennent des scores totaux similaires à la HCR-20, mais les facteurs entrant en jeu dans le risque de passage à l'acte sont certainement différents d'une catégorie à l'autre. On peut donc conseiller aux cliniciens de s'appuyer sur l'analyse fine et individuelle des passages à l'acte antérieurs pour un patient donné, afin d'identifier au mieux les facteurs entrant en jeu, de manière personnalisée. Cette attitude protège en outre du risque de dérive lié aux évaluations actuarielles et semi-actuarielles, consistant à associer un patient à un risque chiffré de passage à l'acte, sans en décortiquer les différentes composantes explicatives et/ou favorisantes.

Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer l'impact d'une comorbidité addictologique en fonction de la catégorie diagnostique, ce qui n'a pas été possible du fait de la non significativité des résultats sus-cités. On peut toutefois imaginer l'importance de ce facteur, en concordance avec les données de la littérature ; la prise de substances psychotropes



apparaissant bien souvent comme un facteur précipitant de passage à l'acte, chez des patients montrant une prédisposition à la violence. Cette prédisposition, en regard des résultats de notre étude, semble toutefois davantage attribuable à l'existence d'antécédents de violence qu'à une catégorie diagnostique particulière.

Dans l'analyse multivariée, le facteur diagnostique psychiatrique ne ressort pas significativement comme variable explicative du modèle. Une tendance est cependant observée, à savoir des scores légèrement plus élevés à la HCR-20 chez les patients présentant un trouble de personnalité, puis chez ceux présentant un trouble de l'humeur, et enfin chez les patients psychotiques.

En ce qui concerne les **diagnostics addictologiques**, il apparaît un lien fortement significatif (p -value < 0,0001) en analyse univariée, entre la présence d'une addiction et des scores plus élevés à la HCR-20 ainsi qu'à la PCL-R. Ce facteur ressort également de façon très nette dans l'analyse multivariée, avec une p -value à 0,002. Cela rejoint les données de la littérature [90], [100], insistant pour la plupart sur la nécessité d'une évaluation addictologique de nos patients, associée à une évaluation de leur dangerosité. En effet, la comorbidité entre troubles psychiatriques et troubles addictologiques reste très élevée, soit par le fait de l'environnement socio-familial, soit du fait de la symptomatologie, en particulier psychotique, avec par exemple des consommations de psychotropes à visée anxiolytique ou amnésiante.

Ainsi, la part de responsabilité dans le passage à l'acte violent n'est pas toujours aisément distinguable, entre trouble psychiatrique isolé, trouble addictologique isolé, ou bien présence comorbide des deux troubles. Des recherches complémentaires pourraient être entreprises en ce sens, bien que la prise en charge de la globalité du patient reste dans tous les cas primordiale et indispensable, aussi bien dans le soin à la personne que dans le champs de l'évaluation de la dangerosité et de la prévention du passage à l'acte violent. Il convient ainsi d'évaluer, pour chaque patient donné, les mécanismes entrant en jeu dans le passage à l'acte violent, mêlant bien souvent de multiples facteurs, qu'ils soient psychiatriques, addictologiques, situationnels ou contextuels.

Le facteur addictologique apparaît dans tous les cas prépondérant dans le passage à l'acte violent, aussi bien dans les différentes études présentes dans la littérature internationale, que dans notre étude ci-présentée.

Concernant la mise ou non en place d'un **programme de soins** à la sortie d'hospitalisation complète, notons l'existence de seulement 13 patients placés en programme de soins, sur les 150 sujets de l'étude. L'utilisation de tests non paramétriques a donc été nécessaire au vu du petit effectif, dans le but de rechercher un lien entre ce facteur et les scores obtenus à la HCR-20 ainsi qu'à la PCL-R.

Il en ressort une différence très significative concernant les scores totaux, aussi bien à la HCR-20 (p -value = 0,002) qu'à la PCL-R (p -value = 0,001), allant dans le sens de scores plus élevés chez les patients bénéficiant de la mise en place d'un programme de soins. Ainsi, les patients jugés globalement « plus dangereux » seraient plus étroitement surveillés, ce qui semble cohérent et pertinent. Si l'on se penche sur les résultats par sous-échelles, on se rend compte que les seuls résultats significatifs concerne la sous-échelle Historique de la HCR-20, tandis que les facteurs Cliniques et de gestion du Risque ne sont pas significativement liés au facteur programme de soins (p -values respectivement à 0,4 et 0,6). Pour la PCL-R, l'ensemble des résultats concernant les facteurs 1 et 2 sont significatifs, avec

des scores de dangerosité plus élevés chez les patients bénéficiant d'un programme de soins.

On note donc une fois de plus le caractère prépondérant du poids des antécédents dans l'ensemble des choix concernant un individu atteint de troubles psychiatriques. Ainsi, la mise en place ou non d'un programme de soins à la sortie d'hospitalisation semble davantage liée à l'existence d'antécédents de violence, de comportements antisociaux, mais aussi et surtout de ruptures de soins, avec bien souvent la survenue d'un nouveau passage à l'acte violent dans les mois qui suivent. En pratique, ce facteur semble effectivement décisif dans la prise de décision concernant un éventuel programme de soins, chez des patients pressentis comme mauvais adhérents aux soins, avec souvent un faible degré d'insight et une alliance thérapeutique de qualité pauvre. Cette décision se trouve encouragée et renforcée lorsque le patient en question a déjà fait preuve de violence par le passé, et que les éléments d'instabilité peuvent laisser présager d'un risque futur de passage à l'acte.

Notons également que parmi les 13 patients sortis en programme de soins, 9 d'entre eux bénéficient déjà de cette mesure lors de leur hospitalisation actuelle, qui s'est donc organisée sur un mode appelé réintégration d'un programme de soins. Cela renforce l'idée transmise par notre analyse statistique, concernant l'importance des antécédents de violence, d'instabilité et de rupture de soins chez nos patients, dans la mise en place de soins plus rapprochés, sur le mode de la contrainte se poursuivant en ambulatoire.

On constate par ailleurs que les facteurs Clinique et de gestion du Risque entrent en compte de manière non significative dans cette décision de mise en place d'un programme de soins. L'évaluation de la qualité de l'insight faisant partie des items Cliniques de la HCR-20, et celle de la qualité de la relation et de l'adhésion aux soins faisant partie des facteurs de gestion du Risque ; ces résultats peuvent paraître peu enclins à refléter la réalité de la pratique clinique quotidienne. On peut supposer que le poids des autres items de ces différentes sous-échelles a pu être supérieur aux seuls items sus-cités, ces derniers ne reflétant donc pas le lien pourtant certainement présent avec la décision de mise en place d'un programme de soins chez les patients présentant un faible insight et une mauvaise alliance thérapeutique.

La significativité de l'ensemble des résultats concernant le lien entre psychopathie et mise en place du programme de soins n'est pas étonnante, les éléments de personnalité étant bien souvent persistants au long cours et parfois sur des temps de vies entières. Ainsi, un patient présentant un profil psychopathique marqué et ayant déjà fait preuve de violence, adhérent souvent de manière très irrégulière aux soins, sera un candidat éligible à la mise en place d'un programme de soins. Le but recherché dans le cas des patients présentant une psychopathie élevée étant bien souvent de se donner le maximum de moyens de contrôle, afin de limiter les abandons de soins et les irrégularités de suivi. On retrouve ici une volonté pouvant paraître sécuritaire, mais s'intégrant aussi dans le rôle de protecteur de la sécurité publique attribué aux psychiatres de nos jours, ordonnant à la conscience professionnelle et citoyenne de chacun de ne pas perdre de vue une personne connue pour être potentiellement dangereuse.

Concernant les **variables socio-démographiques**, notre population d'étude était majoritairement composée d'hommes (55,33%), célibataires (69,33%), sans enfants (52,67%), avec un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (62,67%), sans emploi (60%), disposant d'un logement personnel (70,67%), sans antécédents judiciaires (74,67%), pour un âge moyen de 39,6 ans.



On retrouve au sein de cette population une différence significative de scores à la HCR-20 concernant plusieurs facteurs. Ainsi, les patients ayant des enfants obtiennent des scores significativement plus faibles à la HCR-20 (p -value $< 0,001$), de même que les patients ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (p -value = $0,02$), ceux bénéficiant d'un emploi (p -value = 0), ceux disposant d'un logement personnel (p -value = $0,004$) et ceux n'ayant pas d'antécédents judiciaires (p -value $< 0,0001$).

Par contre, on ne retrouve aucune différence significative de score à la HCR-20 entre les hommes et les femmes, ni entre les patients célibataires et ceux étant en couple.

Ces résultats sont dans l'ensemble concordants avec les données de la littérature, exception faite de la non significativité des résultats concernant le sexe et le statut de célibat. En effet, selon la littérature, les patients montrant une plus grande propension à la violence sont des hommes célibataires, sans enfants, sans emplois, avec un niveau d'éducation faible [136].

On remarque que la significativité la plus importante concerne le facteur emploi. Viennent ensuite les facteurs enfants et antécédents judiciaires, puis le logement, et enfin le niveau d'étude.

Ainsi, l'absence d'**emploi** semble prépondérant dans l'évaluation du niveau de dangerosité d'un individu, tout du moins au sein de notre population d'étude. Ces données rejoignent la littérature sur le sujet, plusieurs études ayant démontré un lien significatif entre l'absence d'emploi et la survenue de passages à l'acte violents [137], [138]. Ainsi, l'étude d'Elsayed [139] retrouve une p -value à $0,01$, l'absence d'emploi étant majoritairement retrouvée parmi les auteurs de vols et les meurtriers. Notons également que dans l'analyse multivariée, la présence d'un emploi ressort de manière significative (p -value = $0,003$) au sein du modèle, comme facteur protecteur de violence, avec des scores moins élevés à la HCR-20. L'explication de ces faits est probablement très multifactorielle, l'absence d'emploi étant souvent synonyme d'instabilité de vie, de précarité financière et parfois de logement, entraînant également des conflits inter-personnels souvent plus fréquents. Les périodes prolongées de chômage avec recherche d'emploi sont également souvent à l'origine de pensées négatives telles qu'une mésestime de soi, des pensées dévalorisantes, voir une impression d'avenir bouché, de manque de perspectives, pouvant déboucher sur une symptomatologie authentiquement dépressive, qui chez les personnes présentant par exemple un profil psychopathique, s'exprimera plus facilement par une irritabilité avec propension aux passages à l'acte violents, que par une symptomatologie classique dominée par la tristesse. Enfin, l'inactivité souvent liée à l'absence d'emploi joue certainement également un rôle prépondérant dans la majoration du risque de passage à l'acte.

La présence d'**enfants** semble également fortement corrélée à une tendance moins nette à la violence que chez les personnes n'ayant pas d'enfants. On peut tenter d'expliquer ce phénomène de plusieurs manières. En effet, il aurait été intéressant de pouvoir distinguer les personnes vivant avec leurs enfants de celles vivant séparément. En effet, l'existence d'un cadre familial et d'un soutien social seraient des facteurs de protection face à la violence, avec l'importance d'un réseau de réhabilitation mis en place à l'extérieur dès la sortie de l'hôpital [140]. Il aurait également été intéressant de pouvoir faire une distinction entre les patients ayant eu des enfants dans le cadre d'un projet de parentalité, et ceux en ayant eu de manière inopinée. Dans tous les cas, on peut supposer une diminution d'impulsivité et donc de passages à l'acte chez les patients investis dans un rôle parental, avec un développement du sens des responsabilités et une tendance peut être plus marquée à

prévoir les conséquences de potentiels actes de violences avec implications médico-légales.

Il est intéressant de préciser également que les résultats de notre analyse de corrélation concernant le nombre d'enfants et les scores à la HCR-20 montrent une corrélation importante (p -value = 0,01) allant dans le sens d'un rôle protecteur du nombre d'enfants contre les passages à l'acte violents. Dans notre échantillon, le nombre d'enfants se situait entre 0 et 4, avec une moyenne à 0,82. Ces résultats confortent l'hypothèse du lien entre parentalité et stabilité de vie, qui se trouve renforcé par le nombre d'enfants. On peut ainsi imaginer que la plupart des patients ayant plusieurs enfants s'inscrivent dans un projet de vie familiale construit, avec mise à l'écart des comportements délictueux et violents. Notons toutefois que la présence ou non d'enfant ne ressort pas dans l'analyse multivariée.

Concernant l'absence **d'antécédents judiciaires**, les résultats sont à superposer à ceux obtenus concernant la présence d'antécédents de violence, ces deux facteurs se rejoignant souvent dans la population étudiée. Cependant, ces résultats sont à prendre avec certaines précautions, étant donné le mode de recueil des informations, basé uniquement sur l'interrogatoire des patients, et non sur la consultation de registres judiciaires. On peut toutefois aisément mettre en lien la présence d'antécédents judiciaires avec des scores plus élevés à la HCR-20, marquant une propension plus marquée aux passages à l'acte violents. L'absence d'antécédents judiciaires ressort également de manière très significative (p -value < 0,001) dans l'analyse multivariée, confirmant le rôle important joué par ce facteur dans l'explication du modèle étudié. En effet, dans la littérature, les antécédents de violence, relativement superposables aux antécédents judiciaires, sont souvent cités comme le meilleur facteur prédictif de violences à venir [138], [9], [141]. Ainsi, Hodgins et son équipe [142] identifient des profils distincts de schizophrènes violents ou criminels en fonction de la chronologie d'apparition des actes violents ou délictueux par rapport à la maladie mentale : les *earlystarters* dont la délinquance débute avant l'apparition de la maladie, et les *late-starters* dont les actes délictueux débutent plus tardivement (après 18 ans) et après le début des troubles psychiatriques. Les premiers seraient caractérisés par une forte comorbidité de trouble de personnalité de type antisocial ainsi que par un meilleur niveau de fonctionnement social et une exposition précoce aux toxiques, tandis que les seconds présenteraient plus souvent une comorbidité de trouble d'usage de l'alcool, avec un fonctionnement social moins bon.

La présence d'un **logement personnel** laisse quant à elle supposer une stabilité de vie, certainement moins présente chez les personnes hébergées chez une tierce personne. Cet hébergement résultait souvent soit d'un âge jeune, chez des patients n'ayant pas encore quitté le nid familial, ou bien d'un état psychique précaire, s'étant souvent dégradé dans les mois précédents l'hospitalisation, et nécessitant le rapprochement du patient d'un membre de sa famille ou de ses amis, dans un but de surveillance et de réassurance. Quelquesfois, il s'agissait de personnes ne pouvant assurer les actes de la vie quotidiennes du fait de leur pathologie, avec impossibilité de tenir le domicile dans un état de salubrité compatible avec une vie à l'intérieur, ou bien encore un niveau d'incurie inquiétant, ou une sous-alimentation avec retentissement somatique ayant alerté l'entourage. Dans quelques situations, on retrouvait des personnes ne pouvant pas disposer des ressources financières nécessaires à l'obtention et à l'entretien d'un logement individuel. Ainsi, le lien statistique existant entre niveau de dangerosité plus élevé et absence de logement personnel peut s'expliquer par une instabilité de vie, s'intégrant dans un style de vie souvent marginal, avec exposition à différents autres facteurs de risque, tels que la consommation de produits psychotropes ou

bien les conflits inter-personnels. Dans l'analyse multivariée, ce facteur ne ressort pas significativement comme variable explicative du modèle.

Le **niveau d'études** inférieur au baccalauréat apparaissait également corrélé à des scores plus élevés à la HCR-20, indiquant une plus grande propension à la violence chez les patients moins instruits. Là encore, on peut présupposer chez ces patients l'existence d'une vie marquée par l'instabilité, et souvent par des carences affectives et éducatives durant l'enfance, ayant pu favoriser l'abandon des études. Ce raisonnement est en tout cas valable pour les patients, non rares dans notre étude, ayant arrêté leurs études très précocement. On pouvait observer que ces patients étaient souvent les plus instables à l'âge adulte, et disposaient fréquemment d'un long passé de suivi pédopsychiatrique, dans des contextes de vie difficiles. On distinguera également le cas des patients ayant dû interrompre leurs études du fait de l'apparition de leur pathologie, souvent sous la forme d'un premier épisode psychotique aigu, ayant ensuite débouché soit sur un trouble schizophrénique, soit sur une maladie bipolaire, avec bien souvent non reprise des études interrompues. Notons que notre analyse multivariée ne retient pas le niveau d'études comme variable explicative du modèle. Dans la littérature, on retrouve en effet le faible niveau socio-économique, comprenant le faible niveau d'études et la mauvaise insertion scolaire, comme facteur de risque de violence [102].

Le **sexe** des patients, de manière inattendue, apparaît non corrélé au niveau de dangerosité, aussi bien en analyse univariée qu'en analyse multivariée. L'explication de ces résultats réside probablement en partie dans les caractéristiques de notre population d'étude. En effet, au sein de la population générale, les hommes apparaissent plus dangereux que les femmes, avec plus de passages à l'acte violent. Dans notre population cependant, il s'agit de femmes hospitalisées en services fermés de psychiatrie, sans leur consentement. Bon nombre d'entre elles présentaient des antécédents de passages à l'acte violents, souvent dans le cadre d'une pathologie schizophrénique, ou bien dans des contextes d'imprégnations toxiques, chez des patientes présentant un trouble de l'usage de substances psychotropes. Ainsi, on peut invoquer l'existence d'un biais de sélection dû à la population choisie pour cette étude, ne retrouvant pas de différence entre hommes et femmes concernant le risque de passages à l'acte violents. Notons toutefois que les données de la littérature ne sont pas toutes concordantes sur la prédominance de la violence au sein du genre masculin. En effet, il semblerait que la maladie augmente de façon plus importante le risque de violence chez la femme par rapport à l'homme [9], [106]. De plus, Robbins et al, [143] ont montré que la prévalence de comportements violents diffère peu entre les hommes et les femmes, sur une période de un an après la sortie de l'hôpital. Cependant, la violence des femmes serait moins sévère, entraînant moins de lésions physiques graves.

Le **statut de célibat** apparaissait également non corrélé à des scores plus élevés à la HCR-20, en analyse univariée aussi bien qu'en analyse multivariée. Il faut là encore préciser le mode de recueil des informations lors de notre étude, le statut de célibat / en couple étant relevé souvent à l'admission lors de l'interrogatoire d'entrée, sur simple déclaration et sans vérification ultérieure. On peut donc attribuer une part de ces résultats inattendus à la potentielle inexactitude des informations recueillies. Il aurait peut être été intéressant de distinguer les personnes étant engagé dans un mariage, témoin dans la plupart des cas d'une relation stable dans le temps, à distinguer des relations de couple plus brèves et moins investies pouvant exister au sein de notre population d'étude. Aussi, la notion de relation de couple recouvre-t-elle un large panel de fonctionnements inter-personnels, certains pouvant

être protecteurs de passages à l'acte violents, mais d'autres pouvant les favoriser, voir les induire. Ainsi, le facteur protecteur du couple par rapport à la violence résiderait davantage dans la stabilité et le bon fonctionnement de la relation, que par la simple existence d'une relation amoureuse. Les données de la littérature à ce sujet sont assez partagées, puisque certaines études comme celle de Swanson en 1997 [144] montrent que les patients atteints de maladie mentale et vivant seuls seraient moins violents, certainement du fait de l'absence de proximité de cibles potentielles. D'autres études en revanche [145], [146], retrouvent plus de passages à l'acte violents chez les personnes célibataires.

L'âge, au sein de notre échantillon d'étude, apparaît également comme très significativement corrélé (p -value < 0,0001) aux scores obtenus à la HCR-20, allant dans le sens d'une baisse du niveau de dangerosité avec l'âge. Dans l'analyse multivariée, les résultats sont à la limite de la significativité (p -value = 0,5), confirmant la tendance à la diminution de la violence avec l'avancée en âge. Ces données sont concordantes avec celles de la littérature, puisque plusieurs études [138], [9] mettent en avant que l'âge inférieur à 30-40 ans représente un facteur de risque de violence chez les patients porteurs d'une pathologie psychiatrique. L'étude de Swanson quant à elle [106], retrouve une prévalence de violence nettement augmentée chez les jeunes sujets par rapport aux plus anciens, au sein de sa population de patients psychiatriques.

L'analyse multivariée (ANCOVA) avait pour but d'étudier la participation de chacune des variables au sein du modèle global, dans une tentative d'explication des paramètres entrant en jeu dans l'évaluation du risque de passage à l'acte violent au sein de notre population d'étude.

Cependant, avec un r^2 à 0,397, seule 39,7 % de la variance du score HCR est expliquée par les différentes variables, dont seulement trois participent de manière significative : l'absence d'un diagnostic addictologique, la présence d'un emploi et l'absence d'antécédents judiciaires.

Ces résultats mettent en exergue au moins en partie la difficulté liée à l'évaluation du risque de passage à l'acte violent, avec tout ce que cela comporte comme incertitude. En effet, même dans le cadre d'une étude minutieuse d'un certain nombre de paramètres connus pour influencer sur le degré de dangerosité d'une personne, il apparaît difficile d'établir un modèle fiable pouvant mesurer avec certitude et précision le risque de passage à l'acte présent pour une personne à un moment donné de son évolution clinique et de sa trajectoire de vie. Une évaluation fine, personnalisée et souvent pluri-disciplinaire reste indispensable à l'évaluation globale d'un patient, et ce d'autant plus qu'il est hospitalisé dans un service de soins aigus, comme c'était le cas dans cette étude.

Conclusion et perspectives.

L'évaluation du risque de passage à l'acte au sein de nos populations de patients hospitalisés en services de psychiatrie est une préoccupation de plus en plus présente dans la pratique quotidienne de tout psychiatre. Face à cet impératif sociétal de maintien de la sécurité de la population générale, la justice, par l'élaboration d'un panel de lois depuis maintenant deux décennies, se saisit du rôle de protecteur de la paix sociale attribué de longue date aux psychiatres, pour attendre d'eux une évaluation se voulant toujours plus complète et plus précise, du risque dangereux lié à une personne présentant des troubles psychiques.

Dans cette démarche, plusieurs approches semblent possibles et complémentaires, passant par la formation spécifique des psychiatres dans le domaine de la psychiatrie légale, la création de nouvelles infrastructures répondant aux exigences de la justice et de la santé avec mutualisation des moyens humains et financiers, formation des professionnels à l'utilisation de techniques d'évaluation actuarielles et semi-actuarielles.

Nous avons voulu par le biais de cette étude, mettre en application l'un de ces outils, la HCR-20, sur une population de malades psychiatriques hospitalisés sans leur consentement, paraissant représentatifs de notre pratique quotidienne en pavillon d'admission.

On retrouve une bonne consistance interne de l'outil, ainsi que de bonnes corrélations avec la PCL-R, échelle ayant déjà fait ses preuves dans l'évaluation du risque dangereux. Ces résultats sont satisfaisants, et peuvent encourager l'utilisation de la HCR-20 dans le cadre d'une pratique habituelle d'évaluation de la dangerosité parmi les patients pris en charge dans nos unités de soins. Ils permettent donc d'envisager son utilisation de manière plus courante dans nos services de soins afin d'évaluer la dangerosité de manière plus fréquente, si ça n'est systématique, a fortiori dans des services où le risque de violence reste présent à chaque instant. Ce risque gagnerait en effet à être évalué, afin de pouvoir réfléchir à la mise en place d'actions permettant d'en limiter la survenue, et ce de manière adaptée individuellement à chaque patient reçu. Cette évaluation pourrait également permettre de mieux préparer le retour des patients au sein de la population générale, en adaptant chaque prise en charge au niveau de dangerosité retrouvé lors de l'évaluation intra-hospitalière. Enfin, on pourrait envisager le suivi du potentiel dangereux de nos patients, par le biais d'évaluations régulières à l'aide de la HCR-20, afin d'objectiver les éventuels bénéfices des actions entreprises en vue de stabiliser le patient, tout du moins sur le plan de son risque de passage à l'acte violent.

On retient dans l'analyse plus fine des différents facteurs pris en compte dans cette évaluation, l'importance significative apportée au relevé des antécédents du patient. Ainsi, parmi les trois parties de l'évaluation de la HCR-20, seule la partie Historique apparaît significative pour la plupart des tests effectués. Ainsi, le poids des antécédents de violence, mais également de pathologie psychiatrique ou addictologique, ou bien encore de conflits inter-personnels ou professionnels, paraît incontournable dans l'évaluation du risque dangereux lié au sujet, avec une participation significative dans les prises de décisions liées au parcours de soins du patient, que cela soit pour décider du mode d'hospitalisation, ou bien encore de la mise en place ou non d'un programme de soins.

Si cette étude a pu mettre en évidence une bonne validité de la HCR-20 pouvant encourager à son utilisation courante sur une population de patients hospitalisés en service de soins sans leur consentement, il serait intéressant de pouvoir poursuivre par une étude concernant

la prédictivité de la HCR-20 sur ce même type de population, concernant d'éventuelles récurrences de passages à l'acte violent.

Pour ce faire, les étapes d'évaluation de la pertinence des facteurs de risque, de formulation du risque, d'écriture de scénarii de passages à l'acte et d'élaboration de stratégies de gestion du risque décrites dans la procédure d'administration de la HCR-20 paraissent très intéressantes à étudier, par exemple au sein d'une étude de cohorte, avec suivi des patients à la sortie d'hospitalisation et surveillance de la survenue de récurrences violentes.



Références bibliographiques

- [1] “OMS | Violence,” WHO. [Online]. Available: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>. [Accessed: 16-Feb-2017].
- [2] *LOI n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants*. 2010.
- [3] “Les violences physiques selon le code pénal : définition et sanctions - Maitre anthony bem.” [Online]. Available: <http://www.legavox.fr/blog/maitre-anthony-bem/violences-physiques-selon-code-penal-10206.htm>. [Accessed: 11-Mar-2017].
- [4] J.-L. Senon, M. Voyer, C. Paillard, and N. Jaafari, “Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts,” *Inf. Psychiatr.*, vol. me 85, no. 8, pp. 719–725, Nov. 2012.
- [5] M. L. Bourgeois and M. Bénézech, “Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidité psychiatrique,” *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 159, no. 7, pp. 475–486, Sep. 2001.
- [6] “American Psychiatric Association, « Practice guidelines for the treatment patients with schizophrenia », Arlington. American Psychiatric Association, 2004.” .
- [7] Haute Autorité de Santé, “Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l’humeur,” *Audit. Publique*, 2011.
- [8] H. J. Steadman *et al.*, “Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 55, no. 5, pp. 393–401, May 1998.
- [9] S. Fazel, N. Långström, A. Hjern, M. Grann, and P. Lichtenstein, “Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime,” *JAMA*, vol. 301, no. 19, pp. 2016–2023, May 2009.
- [10] R. Coutanceau, “Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l’homme,” *Inf. Psychiatr.*, vol. me 88, no. 8, pp. 641–646, Dec. 2012.
- [11] C. Lombroso, *L’homme criminel*. Félix Alcan, 1887.
- [12] T. Hobbes, *Leviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile*. London: Andrew Crook, 1651.
- [13] C. Beccaria, *Des délits et des peines*. Paris, 1764.
- [14] A. Lacassagne, “Des transformations du droit pénal et les progrès de la médecine légale, de 1810 à 1912,” vol. 28, p. 364, 1913.
- [15] C. Dubuyst, *La criminologie clinique*, Dessart. Bruxelles, 1968.
- [16] P. L. Bernstein, *Plus forts que les dieux. La remarquable histoire du risque.*, Flammarion. 1998.
- [17] A. Flagolet, “Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.,” Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, 2001.
- [18] “Haute Autorité de Santé, Audition Publique HAS, Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l’humeur, Recommandations, Audition Publique, Mars 2011.” .
- [19] C. Quétel, *Histoire de la folie : de l’Antiquité à nos jours*, Tallandier. 2010.
- [20] *Ad legem corneliam de sicariis*. .

- [21] Y. Hémerly, "Irresponsabilité pénale, évolutions du concept, Penal irresponsibility, evolution of the concept, Irresponsabilidad penal, evolución del concepto," *Inf. Psychiatr.*, vol. me 85, no. 8, pp. 727–733, Nov. 2012.
- [22] M. L. Bourgeois, *Deux mille ans de psychiatrie*. NHA Paris, 2000.
- [23] M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique.*, Gallimard. 1972.
- [24] N. Castan, *Histoire des galères, bagnes et prisons.*, Privat. Toulouse, 1991.
- [25] J. Colombier and F. Doublet, "Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés." Paris, 1785.
- [26] J.-B. Duvergier, *Recueil des lois, décrets et ordonnances*. 1825.
- [27] A. London, *Chez les fous. Le serpent à plumes*, 1925.
- [28] J.-P. Michel, *Rapport au Sénat n°216, sur la proposition de loi de MM. J-R Lecerf, G Barbier et Mme C Demontès relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits*. 2011.
- [29] *Loi n° 54-439 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui*. .
- [30] G. Massé, "L'hospitalisation sous contrainte.," *Trib. Santé*, vol. 17, 2007.
- [31] *Article 122-1 du Code Pénal*. 1994.
- [32] *Loi no 94-89 instituant une peine incompressible et relative au nouveau code pénal et à certaines dispositions de procédure pénale*. 1994.
- [33] *Loi n° 98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs*. 1998.
- [34] *Article 131 - 36 -4 du Code Pénal*. 2008.
- [35] L. Leturmy, "La dangerosité dans l'évolution du droit pénal français.," *Inf. Psychiatr.*, vol. 88, 2012.
- [36] *Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. 2002.
- [37] *Loi n° 2004-204 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité*. 2004.
- [38] *Loi n° 2005-1549 relative au traitement de la récidive des infractions pénales*. 2005.
- [39] *Article 723 - 29 du Code de Procédure Pénale*. 2005.
- [40] *Article 706 - 53 -13 du Code de Procédure Pénale*. 2008.
- [41] *Loi n° 2006-399 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs*. 2006.
- [42] *Loi n° 2007-1198 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs*. 2007.
- [43] *Loi n° 2008-174 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental*. 2008.
- [44] M. Sautereau, H. Leca, and A. Vittoz, "Les évolutions législatives françaises : un pas de plus vers la confusion justice psychiatrie. À propos de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.," *Psychiatr. Violence*, vol. 9.
- [45] *Article 706 - 53 - 19 du Code de Procédure Pénale*. 2008.
- [46] *Article 763 - 8 du Code de Procédure Pénale*. 2008.
- [47] *Article 723 - 37 du Code de Procédure Pénale*. 2008.
- [48] *Article 706 -136 du Code de Procédure Pénale*. 2008.
- [49] *Loi n° 2010-242 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale*. 2010.
- [50] *Loi n° 2012-409 de programmation relative à l'exécution des peines*. 2012.
- [51] *Article 729 du Code de Procédure Pénale*. 2012.



- [52] *Article 721 - 1 du Code de Procédure Pénale*. 2012.
- [53] M. DeLisi, "Extreme career criminals.," *Am. J. Crim. Justice*, vol. 25, 2001.
- [54] J.-F. Burgelin, *Santé, Justice et Dangerosité: pour une meilleure prévention de la récidive*. 2005.
- [55] P. Goujon and C. Gautier, *Rapport d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses*. 2006.
- [56] J.-P. Garraud, *Rapport de la mission parlementaire sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux*. 2009.
- [57] V. Lamanda, *Amoindrir le risque de récidive*. 2008.
- [58] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, "Avis du 6 Février 2014 relatif à la mise en œuvre de la rétention de sûreté.," *Journal Officiel de la République Française*, Février-2014.
- [59] M. Foucault, "L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale.," *Déviance Société*, vol. 5, 1981.
- [60] X. Bébin, S. Maitre, and J.-P. Bouchard, "Récidive et dangerosité: la rétention de sûreté, et après ?," *Études Anal. Inst. Pour Justice*, 2009.
- [61] M. Bénézech, "Introduction à l'étude de la dangerosité.," in *Les dangerosités*, Paris: John Libbey, 2004.
- [62] "Analyse criminelle et analyse comportementale.," Synthèse du rapport du groupe de travail interministériel, Juillet 2003.
- [63] *Article 60 du Code de Procédure Pénale*. 1999.
- [64] *Article 63 - 3 du Code de Procédure Pénale*. 2011.
- [65] *Article 81 du Code de Procédure Pénale*. 2012.
- [66] *Article 283 du Code de Procédure Pénale*. 1960.
- [67] "Arrêté du 18 décembre 2012, portant organisation de la formation initiale des élèves surveillants et des surveillants stagiaires relevant du corps d'encadrement et d'application du personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire.," *Journal Officiel de la République Française*, Décembre-2012.
- [68] *Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le code de procédure pénale*. 2010.
- [69] "Arrêté du 19 août 2016 modifiant l'arrêté du 10 novembre 2006 fixant les modalités d'organisation de la formation des élèves et stagiaires conseillers d'insertion et de probation de l'administration pénitentiaire et d'obtention du certificat d'aptitude professionnelle.," *Journal Officiel de la République Française*, Août-2016.
- [70] M. Benbouriche, A. Ventejoux, M. Lebougault, and A. Hirschelmann, "L'évaluation du risque de récidive en France: Expérience et Attitudes des Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation.," *Rev. Int. Criminol. Police Tech. Sci.*, p. Mars 2012.
- [71] N. Derasse and J.-C. Vimont, "Observer pour orienter et évaluer. Le CNO-CNE de Fresnes de 1950 à 2010.," *Crimino Corpus*, Sep. 2014.
- [72] *Article D74 du Code de Procédure Pénale*. 2010.
- [73] *Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues*. 2012.
- [74] *Article 717 - 1 A du Code de Procédure Pénale*. 2008.
- [75] *Article 706 - 53 - 14 du Code de Procédure Pénale*. 2008.
- [76] *Code de procédure pénale - Article 723-31-1*, vol. 723-31-1. 2010.
- [77] *Code de procédure pénale - Article 730-2*, vol. 730-2. 2014.
- [78] *Code de procédure pénale - Article D527-1*, vol. D527-1. 2012.
- [79] J.-L. Senon, "L'expertise psychiatrique pénale: audition publique de la Fédération



- Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé,” */data/revues/00034487/01650008/0700217X/*, Oct. 2007.
- [80] D. Zagury and J.-L. Senon, “L’expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive,” *Inf. Psychiatr.*, vol. me 90, no. 8, pp. 627–629, Nov. 2014.
- [81] J. Pinatel, “Chronique pénitentiaire.,” *Rev. Sci. Criminelle Droit Pénal Comparé*, 1946.
- [82] M. Bodon - Bruzel, “Psychiatrie en milieu pénitentiaire.,” *Encycl. Méd.-Chir.*, 1998.
- [83] L. Michel and B. Brahmy, *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire.*, Heures de France. 2005.
- [84] “Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire | Legifrance.” [Online]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072823&dateTexte=20170224>. [Accessed: 01-May-2017].
- [85] *Circulaire interministérielle Santé Justice relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. 2012.
- [86] “Décret n° 2016-94 du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l’objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge | Legifrance.” [Online]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/2/1/AFSH1521148D/jo/texte>. [Accessed: 01-May-2017].
- [87] *LOI n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d’orientation et de programmation pour la justice*. 2002.
- [88] *Circulaire interministérielle relative à l’ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)*. 2011.
- [89] S. Fazel and M. Grann, “The Population Impact of Severe Mental Illness on Violent Crime,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 163, no. 8, pp. 1397–1403, Aug. 2006.
- [90] C. Wallace, P. Mullen, P. Burgess, S. Palmer, D. Ruschena, and C. Browne, “Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 172, no. 6, pp. 477–484, Jun. 1998.
- [91] S. Fazel and J. Danesh, “Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys,” *Lancet Lond. Engl.*, vol. 359, no. 9306, pp. 545–550, Feb. 2002.
- [92] B. Falissard *et al.*, “Prevalence of mental disorders in French prisons for men,” *BMC Psychiatry*, vol. 6, p. 33, 2006.
- [93] T. Pham *et al.*, “Enquête internationale sur les pratiques d’évaluation du risque de violence : présentation des données belges,” *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, Nov. 2015.
- [94] *Code pénal - Article 131-36-10*, vol. 131-36–10. .
- [95] S. Crampagne, “Evaluation de la dangerosité dans le cadre de l’expertise psychiatrique pénale.,” 2013.
- [96] J.-L. Senon and C. Manzanera, “Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l’expertise psychiatrique pénale,” *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 164, no. 10, pp. 818–827, Dec. 2006.
- [97] Observatoire National des Violences en milieu de Santé, “Rapport annuel 2015, sur les données de 2014.,” Direction Générale de l’Offre de Soins, 2015.
- [98] F. Millaud and J.-L. Dubreucq, “Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique: Introduction,” *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 163, no. 10, pp. 846–851, Dec. 2005.
- [99] J. W. Swanson, C. E. Holzer, V. K. Ganju, and R. T. Jono, “Violence and psychiatric

- disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys," *Hosp. Community Psychiatry*, vol. 41, no. 7, pp. 761–770, Jul. 1990.
- [100] E. Walsh, A. Buchanan, and T. Fahy, "Violence and schizophrenia: examining the evidence," *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 180, pp. 490–495, Jun. 2002.
- [101] P. G. Nestor, "Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features," *Am. J. Psychiatry*, vol. 159, no. 12, pp. 1973–1978, Dec. 2002.
- [102] A. Eriksson, A. Romelsjö, M. Stenbacka, and A. Tengström, "Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35-year longitudinal cohort study," *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 46, no. 9, pp. 925–932, Sep. 2011.
- [103] C. C. Joyal, A. Putkonen, P. Paavola, and J. Tiihonen, "Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia," *Psychol. Med.*, vol. 34, no. 3, pp. 433–442, Apr. 2004.
- [104] A. J. Pulay *et al.*, "The Relationship of Impairment to Personality Disorder Severity Among Individuals with Specific Axis I Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions," *J. Personal. Disord.*, vol. 22, no. 4, pp. 405–417, Aug. 2008.
- [105] M. Soyka, C. Graz, R. Böttlinger, P. Dirschedl, and H. Schoech, "Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia," *Schizophr. Res.*, vol. 94, no. 1–3, pp. 89–98, Aug. 2007.
- [106] J. W. Swanson *et al.*, "A national study of violent behavior in persons with schizophrenia," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 63, no. 5, pp. 490–499, May 2006.
- [107] K. Dean *et al.*, "Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study," *Psychol. Med.*, vol. 37, no. 4, pp. 547–557, Apr. 2007.
- [108] M. K. Krischer, M. H. Stone, K. Sevecke, and E. M. Steinmeyer, "Motives for maternal filicide: Results from a study with female forensic patients," *Int. J. Law Psychiatry*, vol. 30, no. 3, pp. 191–200, May 2007.
- [109] *LOI n° 2011-13 du 5 janvier 2011 relative à la lutte contre la piraterie et à l'exercice des pouvoirs de police de l'Etat en mer.* 2011.
- [110] B. E. Harcourt, "Surveiller et punir à l'âge actuariel," *Déviance Société*, vol. 35, no. 1, pp. 5–33, Mar. 2011.
- [111] J. Monahan, S. A. Shah, and S. L. Brodsky, *Predicting violent behavior: an assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, Calif. : Sage Publications, 1981.
- [112] J. Brown and J. P. Singh, "Forensic Risk Assessment: A Beginner's Guide.," *Arch. Forensic Psychol.*, 2014.
- [113] J. P. Singh and S. Fazel, "Forensic Risk Assessment: A Metareview," Social Science Research Network, Rochester, NY, SSRN Scholarly Paper ID 2473185, 2010.
- [114] D. Giovannangeli, "Étude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels.," *Programme STOP de la Commission Européenne*, 2000.
- [115] M. Doyle and M. Dolan, "Standardized risk assessment," *Psychiatry*, vol. 6, no. 10, pp. 409–414, Oct. 2007.
- [116] M. Voyer and J.-L. Senon, "Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence, Résumé, The tools for violence risk assessment, Resumen," *Inf. Psychiatr.*, vol. me 88, no. 6, pp. 445–453, Nov. 2012.
- [117] R. Hare, *Manual for the Hare psychopathy checklist*. Multi Health Systems, 1991.
- [118] "Violent Offenders: Appraising and Managing Risk," <http://www.apa.org>. [Online]. Available: <http://www.apa.org/pubs/books/431604A.aspx>. [Accessed: 14-May-2017].



- [119] T. H. Pham, C. Ducro, B. Marghem, and C. Réveillère, "Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone," *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 163, no. 10, pp. 842–845, Dec. 2005.
- [120] K. . Douglas, S. . Hart, C. . Webster, and H. Belfrage, "HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide." Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 2013.
- [121] P. R. Kropp, S. . Hart, C. . Webster, and D. Eaves, *Spousal Risk Assessment guide user's manual*. Multi-Health Systems, Institute Against Family Violence, 1999.
- [122] C. . Webster, M. . Martin, J. Brink, T. . Nicholls, and S. L. Desmarais, *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability*. Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare, 2009.
- [123] F. Millaud, N. Auclair, J. . Guay, and A. McKibben, "A treatment progress scale for violent psychosis patients.," *Canadian Journal of Psychiatry*, 2007.
- [124] T. H. Pham, I. Chevrier, A. Nioche, C. Ducro, and C. Réveillère, "Psychopathie, évaluation du risque, prise en charge," *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.*, vol. 163, no. 10, pp. 878–881, Dec. 2005.
- [125] *Code de la santé publique - Article L1121-6*, vol. L1121-6. .
- [126] K. . Douglas, C. Shaffer, A. J. . Blanchard, and L. . Guy, "HCR-20 violence risk assessment scheme: overview and annotated bibliography.," 2014.
- [127] K. . Douglas and K. A. Reeves, "Historical clinical risk management-20 (HCR-20). Violence risk assessment scheme: Rationale, application, and empirical overview.," *International perspectives on forensic mental health.*, 2010.
- [128] M. Campbell, S. French, and P. Gendreau, "The prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment.," *Criminal Justice and Behavior.*, 2009.
- [129] D. E. McNiel, A. L. Gregory, J. N. Lam, R. L. Binder, and G. R. Sullivan, "Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 71, no. 5, pp. 945–953, Oct. 2003.
- [130] K. S. Douglas, J. R. Ogloff, T. L. Nicholls, and I. Grant, "Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 67, no. 6, pp. 917–930, Dec. 1999.
- [131] K. S. Douglas, J. R. P. Ogloff, and S. D. Hart, "Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients," *Psychiatr. Serv. Wash. DC*, vol. 54, no. 10, pp. 1372–1379, Oct. 2003.
- [132] J. . Guay, M. Benbouriche, and G. Parent, "L'évaluation structurée du risque de récidive des personnes placées sous main de justice: méthodes et enjeux.," *Pratiques psychologiques.*, 2015.
- [133] K.-P. Dahle, "Strengths and limitations of actuarial prediction of criminal reoffence in a German prison sample: A comparative study of LSI-R, HCR-20 and PCL-R," *Int. J. Law Psychiatry*, vol. 29, no. 5, pp. 431–442, Sep. 2006.
- [134] J.-P. Jean, V. Gautron, A. Kensey, L.-H. Choquet, and J.-M. Camu, "Conférence de consensus sur la prévention de la récidive: Facteurs de risque, de protection et de désistance." Ministère de la Justice, 2013.
- [135] M. Bénézech and P. Le Bihan, "Personnalité antisociale.," *Encyclopédie médico-chirurgicale.*, 2012.
- [136] R. Gourevitch, P. Le Bihan, S. Hodgins, and M. . Vacheron, "Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur,"

Haute Aut. Santé Audit. Publique Textes Experts, 2011.

- [137] J. W. Swanson, M. S. Swartz, and E. B. Elbogen, "Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment," *Schizophr. Bull.*, vol. 30, no. 1, pp. 3–20, 2004.
- [138] J. W. Swanson, R. A. Van Dorn, M. S. Swartz, A. Smith, E. B. Elbogen, and J. Monahan, "Alternative Pathways to Violence in Persons with Schizophrenia: The Role of Childhood Antisocial Behavior Problems.," *Law Hum. Behav.*, no. 32, pp. 228–240, 2008.
- [139] Y. A. Elsayed, M. Al-Zahrani, and M. M. Rashad, "Characteristics of mentally ill offenders from 100 psychiatric court reports," *Ann. Gen. Psychiatry*, vol. 9, p. 4, Jan. 2010.
- [140] S. Stubner, G. Grob, and N. Nedopil, "Inpatient risk management with mentally ill offenders: results of a survey on clinical decision-making about easing restrictions.," *Clin. Behav. Ment. Health*, no. 16, pp. 111–123, 2006.
- [141] M.-S. Ran *et al.*, "Criminal Behavior among Persons with Schizophrenia in Rural China," *Schizophr. Res.*, vol. 122, no. 1–3, pp. 213–218, Sep. 2010.
- [142] S. Hodgins, "Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention," *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, vol. 363, no. 1503, pp. 2505–2518, Aug. 2008.
- [143] P. C. Robbins, J. Monahan, and E. Silver, "Mental disorder, violence, and gender," *Law Hum. Behav.*, vol. 27, no. 6, pp. 561–571, Dec. 2003.
- [144] J. W. Swanson, S. Estroff, M. S. Swartz, and R. Borum, "Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment.," *Psychiatry*, no. 60, pp. 1–22, 1997.
- [145] C. Graz, E. Etschel, H. Schoech, and M. Soyka, "Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder," *J. Affect. Disord.*, vol. 117, no. 1–2, pp. 98–103, Sep. 2009.
- [146] P. J. Taylor and J. Gunn, "Homicides by people with mental illness: myth and reality," *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 174, pp. 9–14, Jan. 1999.



Fiche d'évaluation de la HCR-20.



Rating Sheet for Version 3 of the HCR-20

Kevin S. Douglas, Stephen D. Hart, Christopher D. Webster, & Henrik Belfrage

| Name | | Record Number | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DOB | | Gender | | | | | | | |
| Nature/Purpose of Evaluation | | | | | | | | | |
| HCR-20 ^{V3} Items | | Presence | | | | Relevance | | | |
| | | Omit | N | P | Y | Omit | L | M | H |
| Historical Scale (History of problems with...) | | | | | | | | | |
| H1. | Violence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. As a Child (12 and under) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. As an Adolescent (13–17) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. As an Adult (18 and over) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H2. | Other Antisocial Behavior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. As a Child (12 and under) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. As an Adolescent (13–17) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. As an Adult (18 and over) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H3. | Relationships | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Intimate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Non-intimate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H4. | Employment | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H5. | Substance Use | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H6. | Major Mental Disorder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Psychotic Disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Major Mood Disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. Other Major Mental Disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H7. | Personality Disorder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Antisocial, Psychopathic, and Dissocial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Other | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H8. | Traumatic Experiences | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Victimization/Trauma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Adverse Childrearing Experiences | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H9. | Violent Attitudes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H10. | Treatment or Supervision Response | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC-H | Other Considerations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| HCR-20 ^{V3} Items | | Presence | | | Relevance | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Omit | N | P | Y | Omit | L | M | H |
| Clinical Scale (Recent problems with...) | | Rating Period: _____ | | | | | | | |
| C1. | Insight | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Mental Disorder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Violence Risk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. Need for Treatment | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C2. | Violent Ideation or Intent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C3. | Symptoms of Major Mental Disorder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Psychotic Disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Major Mood Disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. Other Major Mental Disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C4. | Instability | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Affective | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Behavioral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. Cognitive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C5. | Treatment or Supervision Response | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Compliance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Responsiveness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC-C | Other Considerations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Risk Management Scale (Future problems with...) | | Rating Period: _____ | | | | Context: <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out | | | |
| R1. | Professional Services and Plans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R2. | Living Situation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R3. | Personal Support | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R4. | Treatment or Supervision Response | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Compliance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Responsiveness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| R5. | Stress or Coping | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OC-R | Other Considerations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Future Violence/ Case Prioritization | | Serious Physical Harm | | Imminent Violence | | Recommended Reassessment Date | | | |
| <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High | | <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High | | <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High | | YY/MM/DD: _____ | | | |
| Evaluator | | | Signature | | | Date | | | |



© 2013 by the Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
 This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0
 Unported License. You may copy and distribute this Rating Sheet with appropriate attribution,
 not for commercial use, and in its original form (no derivative works).
 For license details see: hcr-20.com/materials



Items de la PCL-R.

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 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 comportement.
13. Incapacité de planifier à long terme et de façon réaliste.
14. Impulsivité.
15. Irresponsabilité.
16. Incapacité d'assumer la responsabilités de ses faits et gestes.
17. Nombreuses cohabitations de courte durée.
18. Délinquance juvénile.
19. Violations des conditions de mise en liberté conditionnelle.
20. Diversité des types de délits commis par le sujet.

Score entre 0 et 14 : faible niveau de psychopathie.

Score entre 15 et 24 : niveau moyen de psychopathie.

Score entre 25 et 30 : niveau élevé de psychopathie.

Score entre 31 et 40 : niveau très élevé de psychopathie.



Recueil de données cliniques.

Mode d'hospitalisation :

Diagnostic :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents addictologiques :

Antécédents judiciaires :

Éléments biographiques :

Qualités des relations (familiales, sociales, intimes, professionnelles) :

Symptomatologie clinique présente à l'admission :

Modalités de suivi à la sortie d'hospitalisation :



Recueil de données socio-démographiques.

Age :

Sexe :

Niveau d'éducation :

Statut professionnel :

Statut marital :

Nombre d'enfants :

Type de logement :



Tableau des figures

| | |
|---|-----|
| Figure 1 : <i>Représentation graphique de la participation de chacune des variables dans l'explication du modèle multivarié</i> | 106 |
|---|-----|

Table des tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau 1 : Données descriptives des scores HCR-20 et PCL-R..... | 97 |
| Tableau 2 : Valeurs du coefficient de corrélation r de Pearson entre HCR-20 et PCL-R..... | 98 |
| Tableau 3 : Données descriptives concernant les modes d'hospitalisation..... | 98 |
| Tableau 4 : Valeurs des comparaisons entre les modes d'hospitalisation et les scores HCR-20 et PCL-R..... | 99 |
| Tableau 5 : Données descriptives concernant les diagnostics psychiatriques..... | 99 |
| Tableau 6 : Valeurs des comparaisons entre les diagnostics psychiatriques et les scores HCR-20 et PCL-R..... | 100 |
| Tableau 7 : Données descriptives concernant les diagnostic addictologiques..... | 100 |
| Tableau 8 : Valeurs des comparaisons entre le facteur addictologique et les scores HCR-20 et PCL-R..... | 101 |
| Tableau 9 : Données descriptives concernant la mise en place ou non d'un programme de soins..... | 101 |
| Tableau 10 : Valeurs des comparaisons entre la mise en place ou non d'un programme de soins et les scores HCR-20 et PCL-R..... | 102 |
| Tableau 11 : Données descriptives concernant les variables socio-démographiques..... | 103 |
| Tableau 12 : Valeurs des comparaisons entre les différentes variables socio-démographiques et les scores HCR-20 et PCL-R..... | 104 |
| Tableau 13 : Valeurs des coefficients de corrélation r de Pearson entre les données socio-démographiques et les scores HCR-20 et PCL-R..... | 104 |
| Tableau 14 : Tableau des variables explicatives du modèle..... | 105 |

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 25 |
| I. Données théoriques autour de la dangerosité en psychiatrie et de son évaluation..... | 26 |
| I.1. Présentation des concepts..... | 26 |
| I.1.1. La violence..... | 26 |
| I.1.2. La dangerosité..... | 27 |
| I.1.2.1. La dangerosité psychiatrique..... | 28 |
| I.1.2.2. La dangerosité criminologique..... | 28 |
| I.1.2.3. Le point de vue positiviste..... | 29 |
| I.1.2.4. Le point de vue psychosocial..... | 29 |
| I.1.2.5. La situation dangereuse..... | 30 |
| I.1.2.6. L'état dangereux..... | 30 |
| I.1.3. L'évaluation du risque..... | 31 |
| I.1.4. La gestion du risque..... | 32 |
| I.1.4.1. La prévention primaire..... | 32 |
| I.1.4.2. La prévention secondaire..... | 33 |
| I.2. L'évolution du cadre légal et du lien santé-justice..... | 33 |
| I.2.1. L'évolution du cadre légal..... | 33 |
| I.2.1.1. De l'Antiquité aux années 1990..... | 33 |
| I.2.1.1.1. L'Antiquité et le Moyen Age..... | 33 |
| I.2.1.1.2. Les XVIème et XVIIème siècles..... | 34 |
| I.2.1.1.3. Le XVIIIème siècle..... | 35 |
| I.2.1.1.4. Le XIXème siècle..... | 36 |
| I.2.1.1.5. Le début du 20ème siècle..... | 37 |
| I.2.1.1.6. La fin du XIXème siècle..... | 38 |
| I.2.1.2. Des années 1990 à nos jours..... | 38 |
| I.2.1.2.1. La rédaction du nouveau Code Pénal..... | 38 |
| I.2.1.2.2. La création du Suivi Socio-Judiciaire..... | 39 |
| I.2.1.2.3. Le tournant sécuritaire..... | 40 |
| I.2.1.3. Focus sur la Loi du 25 Février 2008..... | 42 |
| I.2.1.3.1. La création de la mesure de rétention de sûreté..... | 42 |
| I.2.1.3.2. La création de la mesure de surveillance de sûreté..... | 43 |
| I.2.1.3.3. La modification de la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale..... | 44 |
| I.2.1.4. Les évolutions récentes..... | 45 |
| I.2.2. L'évolution du lien santé-justice..... | 45 |
| I.2.2.1. Avant les Lumières..... | 45 |
| I.2.2.2. L'apport des recherches en criminologie..... | 46 |
| I.2.2.3. Les évolutions récentes..... | 47 |
| I.2.2.4. Autour de la Loi du 25 Février 2008..... | 48 |
| I.3. Présentation du dispositif actuel de prise en charge de la dangerosité..... | 49 |
| I.3.1. Les articulations du système judiciaires..... | 50 |
| I.3.1.1. En présentenciel..... | 50 |
| I.3.1.1.1. Durant la phase d'enquête : les Officiers de Police Judiciaire et le Procureur de la République..... | 50 |
| I.3.1.1.2. Durant la phase d'instruction : le Juge d'Instruction..... | 51 |
| I.3.1.1.3. Durant la phase de jugement : le Président de la Cour d'Assises..... | 52 |
| I.3.1.2. En postsentenciel : le Juge d'Application des Peines..... | 53 |
| I.3.2. Les articulations du système pénitentiaire..... | 53 |
| I.3.2.1. Le rôle des surveillants pénitentiaires..... | 54 |
| I.3.2.2. Le rôle des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation..... | 54 |
| I.3.2.3. Le rôle du Centre National d'Observation..... | 55 |
| I.3.3. Les articulations du système sanitaire..... | 57 |
| I.3.3.1. Le rôle des experts psychiatres..... | 57 |



| | |
|---|----|
| 1.3.3.2. Le rôle des Services Médico-Psychologiques Régionaux..... | 59 |
| 1.3.3.3. Le rôle des Unités pour Malades Difficiles..... | 60 |
| 1.3.3.4. Le rôle des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées..... | 61 |
| 1.3.3.5. Le rôle des services de psychiatrie de secteur..... | 62 |
| 1.4. Présentation des outils actuels à disposition pour l'évaluation de la dangerosité..... | 63 |
| 1.4.1. Au sein de populations carcérales..... | 63 |
| 1.4.1.1. Les données de la littérature..... | 63 |
| 1.4.1.2. Les expertises psychiatriques pénales..... | 64 |
| 1.4.1.2.1. Présentencielles..... | 64 |
| 1.4.1.2.2. Postsentencielles..... | 65 |
| 1.4.1.2.3. Les différents niveaux d'expertise : | 66 |
| 1.4.2. Au sein de populations non carcérales..... | 67 |
| 1.4.2.1. Les facteurs de risque identifiés dans la littérature..... | 68 |
| 1.4.2.1.1. Les antécédents de violence..... | 68 |
| 1.4.2.1.2. Les comorbidités psychiatriques et addictologiques..... | 68 |
| 1.4.2.1.3. Les facteurs liés aux soins..... | 69 |
| 1.4.2.1.4. Les facteurs cliniques sémiologiques..... | 70 |
| 1.4.2.2. La méthode actuellement la plus utilisée..... | 71 |
| 1.5. Le développement des outils d'évaluation de la dangerosité..... | 72 |
| 1.5.1. Rappels historiques..... | 72 |
| 1.5.1.1. Avant 1990..... | 72 |
| 1.5.1.2. Depuis 1990..... | 73 |
| 1.5.2. L'évaluation de la dangerosité basée sur le jugement clinique non structuré..... | 73 |
| 1.5.2.1. Les avantages..... | 74 |
| 1.5.2.2. Les inconvénients..... | 74 |
| 1.5.2.3. Une proposition de méthodologie..... | 75 |
| 1.5.2.4. Les facteurs de risque statiques et dynamiques..... | 75 |
| 1.5.3. L'évaluation de la dangerosité fondée sur les outils actuariels..... | 76 |
| 1.5.3.1. Les avantages..... | 76 |
| 1.5.3.2. Les inconvénients..... | 76 |
| 1.5.3.3. Exemples d'outils actuariels..... | 77 |
| 1.5.4. L'évaluation de la dangerosité basée sur le jugement clinique structuré..... | 77 |
| 1.5.4.1. Les avantages..... | 78 |
| 1.5.4.2. Les inconvénients..... | 79 |
| 1.5.4.3. Exemples d'outils semi-actuariels..... | 79 |
| II. Étude d'un outil semi actuariel d'évaluation de la dangerosité, la Historical Clinical Risk Management 20, sur une population française non carcérale de patients hospitalisés sans consentement..... | 81 |
| II.1. Introduction..... | 81 |
| II.2. Matériels et méthodes..... | 82 |
| II.2.1. Population étudiée..... | 82 |
| II.2.2. Outils d'évaluation utilisés..... | 84 |
| II.2.2.1. La Historical Clinical Risk Management 20..... | 84 |
| II.2.2.1.1. Description générale de l'outil..... | 84 |
| II.2.2.1.2. Différentes versions de l'outil..... | 85 |
| II.2.2.1.3. Description des différents facteurs de risque évalués..... | 86 |
| II.2.2.1.4. Description de la procédure d'administration..... | 91 |
| II.2.2.1.5. Données de la littérature..... | 93 |
| II.2.2.2. La Psychopathy CheckList – Revisited..... | 94 |
| II.2.3. Méthode mise en œuvre..... | 94 |
| II.2.4. Tests et outils statistiques appliqués..... | 96 |
| II.2.4.1. Concernant l'objectif principal..... | 96 |
| II.2.4.2. Concernant les objectifs secondaires..... | 96 |
| II.3. Résultats..... | 97 |



| | |
|---|-----|
| II.3.1. Objectif principal..... | 97 |
| II.3.1.1. Consistances internes de la HCR-20 et de la PCL-R..... | 97 |
| II.3.1.2. Corrélations entre la HCR-20 et la PCL-R..... | 97 |
| II.3.2. Objectifs secondaires..... | 98 |
| II.3.2.1. Relations entre les scores à la HCR-20 et PCL-R, et les modes d'hospitalisation..... | 98 |
| II.3.2.2. Relations entre les scores à la HCR-20 et PCL-R, et les diagnostics psychiatriques..... | 99 |
| II.3.2.3. Relations entre les scores à la HCR-20 et la PCL-R, et la morbidité addictologique..... | 100 |
| II.3.2.4. Relations entre les scores à la HCR-20 et la PCL-R, et la mise en place d'un programme de soins..... | 101 |
| II.3.2.5. Relations entre les scores à la HCR-20 et les différentes variables socio démographiques..... | 102 |
| II.3.2.6. Relations globales entre les scores à la HCR-20 et les différentes variables étudiées..... | 105 |
| II.4. Discussion..... | 106 |
| II.4.1. Forces et limites de l'étude..... | 106 |
| II.4.1.1. Forces de l'étude..... | 106 |
| II.4.1.2. Limites de l'étude..... | 107 |
| II.4.2. Discussion des résultats..... | 108 |
| II.4.2.1. Concernant l'objectif principal..... | 108 |
| II.4.2.2. Concernant les objectifs secondaires..... | 109 |
| Conclusion et perspectives..... | 118 |
| Références bibliographiques..... | 120 |
| Annexes..... | 127 |
| Fiche d'évaluation de la HCR-20..... | 127 |
| Items de la PCL-R..... | 129 |
| Recueil de données cliniques..... | 130 |
| Recueil de données socio-démographiques..... | 131 |
| Tableau des figures..... | 132 |
| Table des tableaux..... | 133 |
| Serment d'Hippocrate..... | 137 |



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Risque de violence et pathologie psychiatrique :

Évaluation de la HCR-20 sur une population française de patients hospitalisés sans consentement.

Depuis quelques décennies, le climat sociétal sécuritaire croissant accorde une place de plus en plus importante à l'évaluation du risque de passage à l'acte violent chez les individus présumés dangereux. Cependant, on observe en France une réticence toute particulière à l'emploi de méthodes d'évaluation actuarielles ou semi-actuariales, pourtant bien validées. L'objectif principal de notre étude a donc été d'évaluer la consistance interne d'un de ces outils, la Historical Clinical Risk Management 20 (HCR-20), ainsi que ses corrélations avec la Psychopathy CheckList - Revisited (PCL-R), outil plus largement étudié et désormais bien validé en France.

Dans notre population psychiatrique non carcérale de patients hospitalisés sans leur consentement, on retrouve une consistance interne satisfaisante, donnée par l'alpha de Cronbach respectivement à 0,72 pour la HCR-20 et à 0,89 pour la PCL-R. Ces deux instruments sont significativement corrélés, avec un coefficient r de Pearson à 0,72 entre les scores totaux à la HCR-20 et à la PCL-R. Il existe également une corrélation élevée entre le facteur Historique de la HCR-20, et chacun des facteurs composant la PCL-R ($r = 0,71$ et $0,76$) et le score total ($r = 0,81$). Les corrélations sont plus faibles entre les facteurs Cliniques et de Gestion du Risque de la HCR-20, et l'ensemble des facteurs de la PCL-R.

En conclusion, ces résultats peuvent encourager l'utilisation de la HCR-20 dans le cadre d'une pratique habituelle d'évaluation de la dangerosité parmi les patients pris en charge dans nos unités de soins.

Mots-clés : violence, HCR-20, troubles mentaux, psychopathie, évaluation du risque.

Risk of violence and psychiatric disorders :

Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a French involuntarily hospitalized psychiatric population.

The evaluation of violence risk among potentially dangerous individuals has been playing an increasingly important rôle in today's security environment. However, some people still seem to be reluctant about the use of actuarial or semi-actuarial assessment methods.

We aimed to evaluate the internal consistency of one of these tools, the Historical Clinical Risk Management 20 (HCR-20), and its correlations with the Psychopathy CheckList – Revisited (PCL-R).

In our population of non-incarcerated involuntary psychiatric inpatients, the HCR-20 and the PCL-R had satisfactory internal consistency, with Cronbach's alpha of 0.72 and 0.89, respectively. The total scores of these two tools were strongly correlated ($r = 0.72$). The Historical factor was correlated with each of the two factors of the PCL-R ($r = 0.71$ and 0.76) and with the total score ($r = 0.81$). There were weaker correlations between the Clinical and Risk factors of the HCR-20, and both factors of the PCL-R.

In conclusion, these results tend to support the use of the HCR-20 regarding the assessment of dangerousness in our daily practice of psychiatry.

Keywords : violence, HCR-20, mental disorders, psychopathy, risk assessment.

