

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine  
Laboratoire d'Ethique Médicale  
et Médecine Légale  
Directeur : Professeur Christian HERVÉ

**MASTER 2 "RECHERCHE EN ETHIQUE"**

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2012-2013

**TITRE DU MÉMOIRE**

**Enjeux éthiques de l'évaluation de la dangerosité en psychiatrie**  
L'exemple de la commission du suivi médical de l'Unité pour Malades  
Difficiles Henri Colin

Présenté et soutenu par Adélaïde TONUS

Directeur du mémoire Professeur Irène François



## Remerciements

A Monsieur le Professeur Christian Hervé, pour ses enseignements enrichissants et pour m'avoir fait découvrir et aimer l'éthique médicale dès ma première année de médecine.

A Madame le Professeur Irène François, pour avoir accepté d'encadrer ce travail avec tant de gentillesse.

A Madame le Docteur Marie-France Mamzer-Bruneel et à Monsieur Jean-Christophe Coffin, pour leurs conseils avisés.

A Monsieur le Docteur Bernard Lachaux pour son accueil chaleureux à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin.

A toute l'équipe de l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin pour leur apprentissage et leur soutien lors de mon semestre à leurs côtés.

Aux étudiants du Master 2, pour leur aide précieuse et les bons moments passés ensemble.

A mes parents pour leurs encouragements et leur soutien indéfectible.

A Alex pour sa patience et sa présence quotidienne.

A Louise et Mathilde pour leur disponibilité et leur amitié.

<b>Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>I. Dangérosité et psychiatrie : contexte et définition</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 Une place importante sur la scène politique et juridique</b> .....	<b>10</b>
1.1.1 Une médiatisation grandissante de la violence.....	10
1.1.2 Une succession de lois faisant mention de la dangérosité.....	11
<b>1.2 La dangérosité, un concept flou</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 Naissance et évolution d'un concept.....	12
1.2.2 Un concept probabiliste.....	13
1.2.3 Dangérosités psychiatrique et criminologique : deux notions distinctes ?.....	13
1.2.4 Une définition affaire de représentation.....	15
1.2.5 Une dangérosité influencée par la relation de l'individu à son environnement.....	15
1.2.5.1 Nécessité d'un contexte favorisant.....	15
1.2.5.2 La dangérosité fonction de la contrainte sociale exercée sur l'individu.....	15
1.2.5.3 La dangérosité engendrée par la vulnérabilité.....	16
1.2.5.4 La dangérosité liée à la réponse qui lui est faite.....	16
1.2.6 Un concept criminologique à vocation de gestion sociale ?.....	17
<b>1.3 L'expansion de la dangérosité en psychiatrie</b> .....	<b>17</b>
1.3.1 Quelques données épidémiologiques.....	18
1.3.1.1 Des malades plus violents que les autres ?.....	18
1.3.1.2 Un lien flou entre comportements violents et troubles psychiatriques.....	19
1.3.2 L'expertise psychiatrique pénale.....	20
1.3.2.1 L'évaluation de la dangérosité est née avec l'expertise psychiatrique judiciaire.....	20
1.3.2.2 Mission expertale actuelle.....	20
1.3.2.3 Evolution de la mission expertale.....	21
<b>1.4 Le difficile rôle du psychiatre</b> .....	<b>22</b>
1.4.1 Une évaluation difficile.....	22
1.4.1.1 De la prédiction de la violence à l'évaluation du risque.....	22
1.4.1.2 Définition de l'évaluation de la dangérosité.....	22
1.4.1.3 Clinique de l'évaluation de la dangérosité.....	24
1.4.2 Quel rôle pour le psychiatre entre éthique médicale et attente sécuritaire de la société ?.....	25
1.4.2.1 Vers une médicalisation de la dangérosité ?.....	25
1.4.2.2 La violence devient-elle un symptôme ?.....	26
1.4.2.3 Confusion entre maladie mentale et dangérosité : risque de violation des droits humains ?.....	26
1.4.2.4 L'exemple des Unités pour Malades Difficiles : un rôle particulier ?.....	27
1.4.2.5 Protection de la société et intérêts du patient : l'exemple d'un cas.....	28
<b>1.5 Point de départ de l'étude et problématique</b> .....	<b>29</b>
<b>II. Analyse de la littérature</b> .....	<b>32</b>
<b>2.1 Les différents outils d'évaluation de la dangérosité</b> .....	<b>32</b>
2.1.1 Echelles actuarielles.....	33
2.1.1.1 Une approche objectiviste.....	33
2.1.1.2 Historique d'une méthode.....	33
2.1.1.3 Description.....	34
2.1.1.4 Un exemple d'échelle actuarielle, le VRAG ( <i>Violence Risk Apraisal Guide</i> ).....	34
2.1.2 Evaluation clinique : non structurée, anamnesticque et semi-structurée.....	35
2.1.2.1 Approche subjectiviste.....	35
2.1.2.2 Evaluations cliniques non structurées et évaluations anamnesticques.....	36
2.1.2.3 Evaluations cliniques semi-structurées.....	36
2.1.2.4 Un exemple de jugement clinique semi-structuré : le HCR-20 ( <i>Historical Clinical Risk-20</i> ). .....	36
<b>2.2 Utilité et pertinence des outils d'évaluation standardisés</b> .....	<b>37</b>
2.2.1 Une meilleure prédiction de la dangérosité avec les outils actuariels.....	37
2.2.2 Des facteurs dynamiques, cibles d'une prise en charge thérapeutique, non évalués par les échelles actuarielles.....	38

2.2.3	Contexte d'utilisation des outils et extrapolation des résultats : les échelles initialement développées dans le domaine criminologique .....	41
2.2.4	Les échelles actuarielles comme outils de stigmatisation.....	41
2.2.5	Place centrale de la clinique : les échelles comme aide et non comme élément unique de décision. ....	42
2.2.6	Conclusion : Une littérature en faveur des outils dits cliniques .....	44
<b>III. Observation des pratiques : l'évaluation de la dangerosité lors de la commission du suivi médical en Unité pour Malades Difficiles .....</b>		<b>46</b>
<b>3.1</b>	<b>Matériel et méthode .....</b>	<b>46</b>
3.1.1	Objet de l'étude .....	46
3.1.1.1	Pourquoi le choix de l'UMD ?.....	46
3.1.1.2	Rôle de la commission du suivi médical.....	47
3.1.2	Intervention .....	48
3.1.3	Objectifs .....	48
<b>3.2</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>48</b>
3.2.1	Résultats de l'objectif principal.....	49
3.2.1.1	Résultats pour les items cliniques du HCR-20.....	49
3.2.1.2	Résultats pour les items chroniques du HCR-20 .....	49
3.2.1.3	Résultats pour les items gestion du risque du HCR-20.....	50
3.2.2	Résultats des objectifs secondaires.....	51
3.2.2.1	D'autres éléments cliniques présents dans l'observation des psychiatres.....	51
3.2.2.2	Des items chronologiques supplémentaires .....	51
3.2.2.3	D'autres éléments absents du HCR-20 .....	52
3.2.2.4	Ressenti de l'évaluateur .....	52
3.2.2.5	Place de la notion de dangerosité.....	52
<b>IV. Discussion.....</b>		<b>53</b>
<b>4.1</b>	<b>Biais et limites de l'étude .....</b>	<b>53</b>
<b>4.2</b>	<b>Réflexion sémantique : de l'évaluation de la dangerosité à la gestion des risques.....</b>	<b>54</b>
4.2.1	Une nouvelle conception du danger : le danger devient risque .....	54
4.2.2	Qu'est-ce que le risque ? .....	55
4.2.2.1	Un danger sans cause.....	55
4.2.2.2	Place importante de l'assurance et introduction de la notion de responsabilité.....	55
4.2.2.3	Une nouvelle conception du danger qui s'appuie sur des arguments chiffrés .....	56
4.2.3	L'évaluation du risque.....	56
4.2.3.1	Un recueil de facteurs de risque.....	57
4.2.3.2	L'évaluation du risque est dépendante de sa perception .....	57
4.2.4	Principaux enjeux de la notion de risque.....	60
4.2.4.1	Une probabilité et non une certitude : le problème de l'acceptabilité du risque résiduel.....	60
4.2.4.2	La prévention du risque partie intégrante du rôle du psychiatre .....	64
<b>4.3</b>	<b>Gestion du risque et protection sociale .....</b>	<b>66</b>
4.3.1	Gestion du risque et facteurs contextuels de violence.....	66
4.3.1.1	L'évaluation de la dangerosité dépend du contexte .....	67
4.3.1.2	Importance des facteurs de protection .....	68
4.3.1.3	L'institution violente .....	68
4.3.2	Des lieux de prise en charge entre soin et sanction .....	69
4.3.2.1	La place de la dangerosité dans le système pénal .....	69
4.3.2.2	Quelques éléments sur la loi sur la rétention de sûreté .....	70
4.3.2.3	L'exemple belge : la loi de défense sociale .....	71
4.3.2.4	Le malade mental perçu comme un risque .....	72
4.3.2.5	Evaluation du risque et détermination de la juste peine.....	72
4.3.2.6	Des rôles flous entre les différents intervenants dans le domaine de la dangerosité.....	73
4.3.2.7	Approche sécuritaire et principe de précaution.....	74
4.3.3	Le changement de vocable ne semble pas une solution satisfaisante .....	74
<b>4.4</b>	<b>L'évaluation dans une perspective clinique.....</b>	<b>76</b>
4.4.1	Sur quoi repose la décision du psychiatre pour décider d'une sortie d'UMD ? .....	76

4.4.1.1	L'intensité des symptômes comme élément majeur de décision .....	76
4.4.1.2	Une place modérée accordée aux antécédents .....	77
	Un passé devenu omniprésent pour prédire le futur ?.....	80
4.4.1.3	Discours du patient sur sa propre violence et sa maladie et importance de la prise en charge et de l'évolution clinique .....	81
4.4.2	L'exemple de l'évaluation du risque suicidaire comme nouvelle appréhension de l'évaluation de la dangerosité.....	84
4.4.2.1	Deux évaluations semblables.....	84
4.4.2.2	Une place identique pour les outils d'évaluation .....	85
4.4.2.3	La « crise homicide » : une évaluation inspirée de celle du risque suicidaire.....	85
4.4.3	Une relation soignant/soigné qui introduit un sentiment de peur .....	86
4.4.3.1	Une relation modelée par le transfert.....	87
4.4.3.2	Les effets produits par la violence sur la relation clinique font partie intégrante de l'évaluation .....	88
4.4.3.3	Des soignants qui se sentent de plus en plus menacés .....	89
	<b>Conclusion .....</b>	<b>91</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>95</b>
	<b>Annexe 1 .....</b>	<b>101</b>
	<b>Annexe 2 .....</b>	<b>106</b>

*« La psychiatrie est par essence médico-légale. Aucune pratique réelle en psychiatrie publique ne peut faire l'impasse de la question de la dangerosité psychiatrique. »*

*Christian Kottler, ancien chef de service de l'UMD Henri Colin<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> **KOTTLER C.** L'expérience de l'UMD Henri-Colin. *Journal français de psychiatrie*, 2003 ; 19 : 19-20.

## Introduction

La dangerosité, terme initialement utilisé en criminologie dont la définition donnée par le dictionnaire Larousse est « *probabilité de passage à l'acte délictueux ou criminel* », infiltre peu à peu le domaine de la psychiatrie. Si traditionnellement l'évaluation de la dangerosité relevait des seuls experts psychiatres dans des situations médico-judiciaires, cette pratique d'évaluation tend aujourd'hui à s'étendre et touche la psychiatrie clinique. Des outils se développent et la communauté scientifique internationale invite les cliniciens à les utiliser.

La notion de dangerosité, notamment des malades mentaux criminels, prend une place de plus en plus importante dans les débats. La réponse au sentiment de peur croissant éprouvé par la société est une politique toujours plus sécuritaire. De nombreux rapports parlementaires et administratifs, des textes de lois, apparaissent, visant à modifier la prise en charge sociale de ces sujets présumés dangereux (du fait de leurs délits, commis ou à venir, et de leur pathologie) afin d'améliorer la sécurité publique.

Dans ce contexte politique et social où la dangerosité s'étend hors du champ de la criminalité, il est de plus en plus difficile pour le psychiatre de trouver sa juste place. Il se retrouve sur le terrain glissant de cette notion floue, dont l'évaluation est difficile et la prise en charge en équilibre entre le soin et la sanction. Le psychiatre se trouve face à un dilemme entre nommer et évaluer la dangerosité des patients, au risque d'une éventuelle stigmatisation, et ne pas l'évaluer, au risque d'une moins bonne prise en charge. L'éthique invite ainsi le psychiatre à s'interroger sur sa « criminalité » potentielle dans l'exercice de son pouvoir médical.

Confrontés quotidiennement dans notre pratique à des patients violents, nous nous sommes interrogés sur la prise en charge qui leur était proposée et sur l'utilisation de moyens thérapeutiques qui pouvaient poser des questionnements éthiques : soins sans consentement, contentions physiques, chambre d'isolement... Mais qu'est-ce qui justifie de tels moyens thérapeutiques ? La dangerosité ?

Nous avons dans un premier temps tenté de définir la notion de dangerosité et d'analyser sa place dans le domaine de la psychiatrie. Puis nous nous sommes penchés, avec un regard critique, sur les outils qui permettent son évaluation. L'observation des pratiques des psychiatres lors de la commission du suivi médical de l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin, nous a permis d'enrichir notre réflexion et de tenter de comprendre sur quoi repose leur décision. Quelle est notamment la place de la notion de dangerosité dans cette prise de décision ? Enfin, nous nous sommes intéressés aux enjeux éthiques de l'évaluation de la

dangerosité en psychiatrie. L'objectif à terme est de pouvoir proposer des pistes pour améliorer les pratiques et la relation soignant/soigné, dans un souci constant de prise en compte de l'humanité des patients et de respect de leur dignité.

## **I. Dangerosité et psychiatrie : contexte et définition**

Depuis la création des asiles d'aliénés, face au mythe du fou dangereux, le psychiatre a toujours eu à se prononcer sur le danger potentiel du malade mental et l'éventuelle nécessité de son enfermement. Aujourd'hui, la notion de dangerosité semble prendre une place de plus en plus importante dans notre société et l'opinion publique attend du psychiatre qu'il soit à même de la prédire. Si nous avons décidé de nous intéresser à ce sujet, c'est bien parce qu'il semble nous concerner en tant que psychiatre clinicien.

### **1.1 Une place importante sur la scène politique et juridique**

#### **1.1.1 Une médiatisation grandissante de la violence**

On observe ces dernières années, dans toute l'Europe, une montée de l'angoisse sécuritaire et une diminution du seuil de tolérance à la violence. L'actualité a été marquée par des crimes graves perpétrés notamment par des personnes connues des services de psychiatrie. La survenue de ces faits divers tragiques a entraîné de nombreuses réactions politiques, parfois à chaud.

On se souvient du drame de Pau en décembre 2004 où le meurtre de deux soignantes, dont l'auteur était un patient connu du service de psychiatrie, a entraîné le lancement, en 2005, du plan de santé mentale. De même, à la suite de la triste affaire de Grenoble en novembre 2008, où un étudiant avait été tué par un patient en fuite de son hôpital psychiatrique, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été chargée d'une enquête afin « *de déterminer les responsabilités de ce drame dans la perspective de sanctions éventuelles* » et il a été décidé de « *préparer sans délai une réforme en profondeur du droit de l'hospitalisation psychiatrique* » (1). Plus près de nous à Marseille en 2012, un an de prison avec sursis a été requis contre une psychiatre accusée de n'avoir pas su prévoir le passage à l'acte criminel d'un de ses patients. Une première en France qui vise à attribuer au psychiatre la responsabilité du crime de son malade. Cette affaire montre l'opposition entre la demande croissante d'une prédiction sans faille de la dangerosité et la réalité de la pratique psychiatrique. L'Académie de médecine elle-

même a souligné à cette occasion la difficulté d'évaluer la dangerosité criminologique et mis en garde contre l'utopie du risque zéro.

### **1.1.2 Une succession de lois faisant mention de la dangerosité**

La préoccupation sécuritaire croissante s'accompagne d'une multiplication de lois faisant mention de la dangerosité et renforçant la lutte contre la récidive d'infractions pénales. La loi du 12 décembre 2005 est la première à faire expressément référence à la notion de «dangerosité». Cette notion apparaissait déjà en filigrane dans des textes antérieurs, comme la loi du 1er février 1994 instituant une peine incompressible ; la loi du 17 juin 1998 sur les infractions sexuelles et la protection des mineurs instituant le suivi socio-judiciaire ; ou encore la loi du 9 mars 2004 adaptant la justice aux évolutions de la criminalité et réservant des dispositions particulières aux criminels ou délinquants présentant un fort risque de récidive.

- **Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales** : instauration de la surveillance judiciaire et création du placement sous surveillance électronique mobile (bracelet électronique).
- **Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance** : renforcement des obligations des personnes inscrites au fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAIS).
- **Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs** : instauration de peines plancher pour les récidivistes et généralisation de l'injonction de soins.
- **Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental** : instauration d'une procédure de rétention de sûreté chez certains sujets présentant un risque particulièrement élevé de récidive à l'issue de leur peine de prison et amélioration du traitement judiciaire des auteurs d'infractions déclarés pénalement irresponsables.
- **Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant diverses dispositions de procédure pénale** : renforcement des mesures de sûreté (2).

On perçoit d'ores et déjà les problèmes d'ordre éthique et la menace aux libertés individuelles faits par ces mesures *ante delictum* visant à prévenir la récidive : mesures de sûreté de

surveillance pour la loi du 12 décembre 2005 et de rétention pour la loi du 25 février 2008, intervenant après l'exécution de la peine (3).

On comprend que l'objectif est une meilleure évaluation de la dangerosité criminologique et psychiatrique ainsi qu'une meilleure prise en compte de cette dangerosité dans le traitement judiciaire et médical des auteurs d'infractions pénales.

Mais que signifie exactement ce mot, dangerosité ? Comme l'écrit Gravier, « *la notion de dangerosité suscite une importante confusion. La dangerosité d'un comportement, la dangerosité d'un individu, l'écho de l'un et de l'autre dans l'entourage, et la dynamique violente qui s'ensuit, se retrouvent souvent télescopés dans une perception informe, inquiétante et diffuse* » (4). Nous allons tenter d'en définir le concept.

## 1.2 La dangerosité, un concept flou

### 1.2.1 Naissance et évolution d'un concept

Etymologiquement, le mot dangerosité renverrait au latin *damnarium*, issu lui-même de *damnum*, l'amende, le châtement, le dommage, mais aussi de *dominarium* qui signifie le pouvoir. Cette double origine entre dommage et pouvoir est particulièrement éclairante (5).

On ne trouve de définition de la dangerosité ni dans le Littré ni dans le Trésor de la Langue Française du CNRS. En revanche, on en trouve des synonymes chez les juristes : nocuité et périculosité. La nocuité, synonyme de nocivité signifie ce qui est dangereux pour la société ou pour les individus qui la composent. Quant à la périculosité, c'est la traduction littérale de la *periculosita* italienne, notion employée en 1890 par Garofalo, magistrat et criminologue italien, auteur-clé de l'école positiviste avec Lombroso et Ferri (6). Cette notion est donc née avec la criminologie à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Elle n'a pas été immédiatement dénommée dangerosité même si le contenu était là.

Le néologisme « dangerosité » semble être l'héritier de la notion criminologique d'« état dangereux », que Jimenez de Asua définit en 1920 comme « *la probabilité la plus manifeste qu'un sujet a de devenir auteur de délits ou de commettre de nouvelles infractions* ». La dimension de probabilité apparaît déjà sur le devant de la scène. La notion de dangerosité implique donc de rendre quantifiable, au sein de tel ou tel groupe de la population, la

probabilité de l'augmentation du risque de passage à l'acte, en se basant sur la présence de diverses variables (7).

Le mot dangerosité n'est attesté que depuis 1969 (8) et la notion évolue tout au long du XXème siècle. Il ne s'agit plus aujourd'hui d'un état dangereux inné, mais d'une personnalité en évolution dont il faut appréhender la dangerosité, évolutive elle aussi. Ce n'est plus une notion statique mais dynamique. Elle n'est plus « *l'effet d'un déterminisme quelconque qui annonce un fatalisme de la récidive, mais elle est la mesure du risque, de facteurs de risque dans lequel on n'enferme pas le sujet* » (6). La dangerosité s'apparente alors au risque de violence et Millaud la définit comme « *l'état dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent* » (9).

### **1.2.2 Un concept probabiliste**

Christian Debuyst, psychologue et criminologue à l'université de Louvain, propose en 1953 la définition suivante de l'état dangereux : « *phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la grande probabilité pour un individu de commettre une infraction contre les personnes ou contre les biens* ». Il insiste sur la notion de probabilité et non de détermination (10).

Le danger est alors perçu comme une possibilité de violence, un risque. L'évaluation de la dangerosité intéresse les cliniciens mais aussi les juristes, et de façon plus large l'ensemble de la société. En se préoccupant du danger et de sa prédictibilité, l'objectif est de s'intéresser à la prévention, la prise en charge d'un patient dangereux pouvant permettre d'éviter la survenue d'un dommage. Ces questions de prédictibilité et de prévention sont actuellement au cœur de la criminologie clinique et touchent la population délinquante dans sa globalité, sans restriction aux malades mentaux (3, 9).

On est donc confronté à une logique probabiliste par laquelle le médecin tente de chiffrer le risque de survenue d'un comportement violent plus ou moins immédiat. L'étude de la dangerosité pourrait permettre d'établir une probabilité, en se soumettant à une discipline scientifique et non à une appréciation personnelle.

### **1.2.3 Dangerosités psychiatrique et criminologique : deux notions distinctes ?**

Les psychiatres français ont depuis toujours tenu fermement à distinguer dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique. Comme la commission Santé-Justice le rappelle dans son rapport, « *il importe [en effet] de ne pas confondre (...) les troubles mentaux liés à une pathologie mentale avérée et les troubles de la personnalité et du comportement [qui] ne sont pas tous du ressort de la psychiatrie* » (11).

- **Dangerosité psychiatrique** : elle se définit comme un « *risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental et notamment au mécanisme et à la thématique délirante* » (12) ou plus généralement comme une « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* » (13). Le risque de passage à l'acte existe à un moment donné, dans une phase de décompensation de la maladie ; il peut être auto ou hétéro-agressif, c'est-à-dire qu'il présente un risque pour soi ou pour autrui. C'est par exemple le risque de défenestration suite à une injonction hallucinatoire ou d'agression secondaire à une persécution délirante.

- **Dangerosité criminologique** : à l'inverse de la dangerosité psychiatrique, elle se situe dans le champ pénal : c'est le risque qu'un individu commette une infraction. On a vu précédemment qu'il s'agissait d'un « *phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* » (12) qui doit prendre en compte « *l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte* » (13). Ainsi, elle se confond avec le risque de récidive. Il existe plusieurs définitions de la dangerosité criminologique, mais toutes regroupent des critères identiques, comme l'absence de pathologie psychiatrique et l'existence d'un risque de récidive empreint d'une certaine gravité. La dangerosité criminologique est fortement influencée par un ensemble de facteurs sociologiques, environnementaux et situationnels, susceptibles de favoriser le passage à l'acte: les traits de personnalité, l'âge de la personne, son profil social, son environnement immédiat, etc.

La difficulté posée par la distinction de ces deux notions est qu'elles peuvent bien souvent se chevaucher. Un patient atteint de troubles psychiatriques peut présenter un risque de violence du fait de ses symptômes, mais également être auteur d'une infraction pénale avec risque de récidive. Si certains auteurs comme Zagury continuent de défendre cette distinction (14), la plupart la jugent inopérante (15).

#### **1.2.4 Une définition affaire de représentation**

La distinction entre dangerosité psychiatrique et criminologique, nous l'avons vu, ne semble pas toujours opérationnelle et de nombreuses confusions existent, même chez les professionnels. Przygodzki-Lionet met en évidence le fait que cette séparation est souvent affaire de représentation : la dangerosité criminologique serait perçue comme une agressivité orientée tandis que la dangerosité psychiatrique ressortirait du domaine de l'impulsivité (16). D'autres études démontrent également que la manière dont nous nous représentons les individus et les situations est tributaire de nos différents ancrages socioculturels et professionnels, expliquant ainsi la pluralité des représentations sociales de la dangerosité (représentations sociales).

De plus, la dangerosité est une notion complexe qui n'est pas fixe dans le temps. « *La dangerosité est une perception subjective, qui connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux, au regard des exigences variables du droit pénal positif et des attentes de la société en terme de sécurité et de protection* » (13).

#### **1.2.5 Une dangerosité influencée par la relation de l'individu à son environnement**

##### **1.2.5.1 Nécessité d'un contexte favorisant**

La dangerosité ne doit pas être considérée comme une caractéristique innée du sujet. De nombreux éléments interviennent dans son apparition comme les carences affectives, éducatives, familiales, ou encore la réponse d'une société peu maternante. Apparaît alors la notion de contexte favorisant la survenue d'un passage à l'acte violent. Selon Dreyfus, les délinquants souffrent le plus souvent d'une carence parentale, à laquelle s'ajoutent des difficultés matérielles : « *carence éducative, carence affective, carence identitaire, tout cela ne suffit pas à créer un délinquant : encore est-il nécessaire qu'existe au surplus une carence matérielle* » (17).

##### **1.2.5.2 La dangerosité fonction de la contrainte sociale exercée sur l'individu**

L'expression des comportements violents et dangereux est certes fonction de l'individu et de son aptitude à réagir, mais également d'une donnée primordiale sur le plan criminologique : la

pression ou la contrainte sociale exercée sur le sujet. Cette pression s'exerce directement ou indirectement par l'intermédiaire des lois, codes et règlements, ainsi que de l'éducation et de la morale. La morale est le lien qui existe entre les individus vivant en groupe, elle influence la personnalité et le comportement de chacun. La vie en société nécessite le respect de conventions sociales (10). Pourquoi alors, certains ne supportent-ils plus le cadre ?

Les sociétés occidentales ont tendance à privilégier l'individualité au détriment de la communauté, laissant parfois les plus vulnérables à l'écart.

### **1.2.5.3 La dangerosité engendrée par la vulnérabilité**

La vulnérabilité d'un individu peut entraîner de sa part une réponse violente. Face à une angoisse vitale, la seule réponse peut être l'agressivité, qui va de la confrontation à la destruction. On peut envisager le concept de vulnérabilité sous deux angles différents. Le premier, fondé sur les mécanismes de défense archaïques ou développementaux comme réaction à une situation déréalisante, est en lien avec le concept de résilience. Le second dépend du courant structuraliste et associe la vulnérabilité à des états de conscience modifiés et à une atteinte du discernement (18).

### **1.2.5.4 La dangerosité liée à la réponse qui lui est faite**

La construction de l'homme criminel va dépendre de la réaction de la société aux actes violents, notamment de la part des institutions répressives sociales et thérapeutiques (18). Un séjour en prison peut par exemple développer la dangerosité de l'auteur d'un délit mineur qui sera confronté à une grande violence en détention et parfois à un sentiment d'injustice.

Il en va de même au sein des structures de soins. La prise en charge proposée pour des patients dangereux implique des mesures de sécurité qui peuvent poser problème : « *les mesures de sécurité excessives peuvent accroître les risques d'atteinte aux libertés, mais aussi les risques de dangerosité* » (3, 12). C'est le cas par exemple de monsieur M, mis en chambre d'isolement devant des menaces verbales de passage à l'acte violent. Ce patient, n'ayant pas compris les motifs de sa mise en isolement, s'est senti victime d'injustice et a déclenché un incendie dans la chambre de sécurité pour pouvoir en sortir.

Debuyst rappelle que la violence de la société peut être un élément constitutif de la violence de l'individu. Pourtant, la violence de la société n'intéresse pas la criminologie (19).

### **1.2.6 Un concept criminologique à vocation de gestion sociale ?**

Dans son article « *La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie* », Christian Debuyst suppose que le fait d'avoir posé le problème de la délinquance à travers la notion de dangerosité fait apparaître des inconvénients et des limites. Est-il adéquat d'avoir transcrit la préoccupation pour la délinquance en termes de dangerosité ? La notion trouve son origine dans une volonté politique de gérer les populations susceptibles de poser problème à l'ordre social pour les discipliner et les contrôler, afin de s'en protéger. La volonté scientifique n'est venue que dans un second temps. La criminologie est en effet une approche scientifique de la délinquance au sens où elle cherche à comprendre le comportement délinquant à partir d'un schéma causaliste. Le problème principal selon Debuyst est que cette volonté scientifique a été orientée par la volonté politique : « *ainsi, tout diagnostic de dangerosité nous impose déjà sa logique et nous enferme dans son point de vue* ». La notion de dangerosité, en trouvant son point de départ dans un objectif disciplinaire, introduit un a priori. « *La dangerosité n'est pas une notion 'neutre'. Elle implique d'emblée un point de vue qui aboutit à ne voir un individu qu'à travers les critères à partir desquels sa dangerosité pourrait être établie* » (19).

La notion de dangerosité, initialement criminologique, bascule progressivement dans la folie. On perçoit d'ores et déjà les problèmes d'ordre éthique que cela peut poser aux psychiatres, à qui la société demande dorénavant d'étendre leur champ d'action à ce domaine glissant, entre loi et médecine.

### **1.3 L'expansion de la dangerosité en psychiatrie**

De nombreuses études épidémiologiques se sont intéressées au lien entre maladie mentale et violence, contribuant ainsi à l'expansion de la dangerosité dans le champ d'action de la psychiatrie. De plus, la mission confiée aux experts a évolué pour introduire l'évaluation de cette dangerosité dans l'expertise pénale.

### **1.3.1 Quelques données épidémiologiques**

#### **1.3.1.1 Des malades plus violents que les autres ?**

Alors que la violence dangereuse est communément associée à la maladie mentale au sein de l'opinion publique, les travaux disponibles ne permettent pas d'établir ce lien de façon certaine. Selon une étude de 2006, 0,16 cas d'homicides pour 100 000 habitants seraient liés à des troubles mentaux graves (avec 1 à 5 homicides pour 100 000 habitants dans les pays industrialisés). (20)

Si plusieurs auteurs considèrent que la schizophrénie constitue un risque sérieux, ce point de vue est loin de faire l'unanimité. En effet, certaines études qui tendent à confirmer la corrélation entre l'existence de troubles mentaux et l'augmentation du risque de passage à l'acte violent souffrent de biais méthodologiques importants, faute de groupe témoin approprié (4). Un des problèmes rencontrés lors de l'évaluation du risque de comportements violents chez les patients schizophrènes est la présence simultanée de divers facteurs de risque de violence associés à la maladie schizophrénique (impulsivité, abus d'alcool et de substances, trouble de la régulation des affects, facteurs environnementaux).

Selon une méta-analyse réalisée en 2009, l'odd-ratio (OR), comparant le risque de violence chez une population de sujets atteints de schizophrénie par rapport à la population générale, serait d'environ 4 chez l'homme (compris entre 1 et 7 selon les études) et de 7,9 chez la femme (compris entre 4 et 29 selon les études). En considérant les deux sexes ensemble, l'OR serait égal à 5. En cas de comorbidité avec un abus de substances, l'OR (dans les deux sexes) serait de 8,9 (compris entre 3 et 25 selon les études), contre 2,1 dans la population spécifique de schizophrènes sans abus de substances. Les auteurs soulignent la grande hétérogénéité des résultats sans pouvoir y apporter d'explication relative aux critères diagnostiques utilisés, aux méthodes de mesure, au lieu, à l'époque ou à la taille de l'étude : seule l'existence et la sévérité d'une comorbidité par un abus de substances permet d'expliquer les différences retrouvées entre les différentes études.

Fait remarquable, le risque de violence chez des patients souffrant de schizophrénie associée à un abus de substances semble être le même que chez des patients présentant un abus de substances sans schizophrénie. Autrement dit, dans une population de sujets présentant un abus de substances, l'existence d'une comorbidité psychotique n'augmente pas le risque de comportement violent. Il semble donc que ce soit l'abus de substances le principal facteur de risque.

Parmi les passages à l'acte recensés, la proportion de ceux commis par des sujets schizophrènes (risque attribuable) est comprise entre 3,2 et 9,9%. Enfin l'ensemble des travaux examinés rapporte 261 cas d'homicide commis par des sujets souffrant de schizophrénie ou d'autres psychoses contre 2 999 dans la population témoin. Le risque homicidaire dans la population schizophrène est de 0,3 %, contre 0,02 % dans la population témoin avec un OR calculé à 19,5 (risque relatif). Le risque relatif de comportements violents est augmenté chez les sujets schizophrènes. Il est toutefois très inférieur à celui représenté par l'abus de substances ou par l'existence d'un trouble de personnalité de type antisocial, phénomènes beaucoup plus fréquents que la schizophrénie (21, 22).

### 1.3.1.2 Un lien flou entre comportements violents et troubles psychiatriques

Le fait de poser un diagnostic de maladie psychiatrique n'implique pas que le patient en cause soit plus dangereux. Dans ce contexte, Gravier insiste sur l'utilité de rappeler la différence qui doit être faite entre **risque relatif** (existence d'une association entre un facteur de risque et un phénomène résultant) et **risque attribuable** (proportion de phénomènes qui sont le fait de personnes présentant un facteur de risque spécifique). Si la pathologie psychiatrique est un facteur de risque de passage à l'acte violent et que les malades mentaux peuvent être plus souvent responsables d'actes violents que d'autres groupes, le risque attribuable est en revanche faible et les malades mentaux ne sont en cause que dans une toute petite partie des crimes ou délits violents (4).

Gravier rappelle de plus que la pathologie psychiatrique n'est pas en soi un risque de comportement violent mais que c'est bien l'association de ce diagnostic avec d'autres éléments qui constitue ce risque. Ces éléments peuvent être du registre clinique (association avec un trouble de la personnalité ou avec une consommation abusive de substance par exemple) ou du registre social (désinsertion ou désinstitutionalisation). (23)

Les médias diffusent des faits divers spectaculaires et ont tendance à confondre folie, immoralité, maladie, méchanceté ; soit des concepts psychiatriques et des références morales (7). La société semble être en demande d'une plus grande protection sociale. Devant la non-garantie de guérison après traitement des sujets dangereux, elle semble souhaiter un prolongement de leur enfermement. La rétention de sûreté introduite par la loi du 25 février 2008 propose à ce titre d'enfermer dans un lieu d'exclusion sociale les individus dont la dangerosité persisterait à la fin de leur peine. La dangerosité justifie alors la volonté des

pouvoirs publics de créer un secteur psychiatrico-judiciaire à cheval entre hôpital et prison (7). On comprend dès lors l'importance que prend l'évaluation de la dangerosité dans ce contexte.

### **1.3.2 L'expertise psychiatrique pénale**

#### **1.3.2.1 L'évaluation de la dangerosité est née avec l'expertise psychiatrique judiciaire**

Initialement, l'évaluation de la dangerosité était affaire d'experts. De plus en plus de recommandations apparaissent pour la généraliser à la pratique psychiatrique publique. La Haute Autorité de Santé recommande ainsi de façon systématique l'évaluation du risque de violence chez les patients bipolaires et schizophrènes (13). Les outils d'évaluation existants sont encore principalement utilisés en psychocriminologie. Ils visent la détermination de la responsabilité criminelle, mais surtout l'évaluation du risque de récidive et de façon plus large celle de la dangerosité (7).

#### **1.3.2.2 Mission expertale actuelle**

L'expertise judiciaire est une expertise psychiatrique, confiée à un médecin psychiatre, qui doit déterminer si la personne souffre, selon les termes de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal, « *d'un trouble psychique ou neuropsychique de nature à abolir son discernement ou le contrôle de ses actes, ou de nature à altérer son discernement ou entraver le contrôle de ses actes* » (2).

Selon le code de procédure pénale, l'expert doit déterminer :

- Si l'examen du sujet révèle chez lui des anomalies mentales ou psychiques, le cas échéant, les décrire et préciser à quelles affections elles se rattachent.
- Si l'infraction qui est reprochée au sujet est ou non en relation avec de telles anomalies.
- Si le sujet présente un état dangereux.
- Si le sujet est accessible à une sanction pénale.
- Si le sujet est curable ou réadaptable.

- Si le sujet était en état de démence au moment des faits, au sens de l'article 64 du Code Pénal.

Les questions 3, 4 et 5 sont jugées d'appréciation aléatoire et conduisent l'expert à donner un avis sur la nature de la sanction (7).

### **1.3.2.3 Evolution de la mission expertale**

La demande faite à l'expert psychiatre a évolué au fil du temps. Initialement, l'expertise psychiatrique avait pour seul objectif de définir si la personne mise en cause était ou non responsable pénalement. La question de la dangerosité était évoquée uniquement pour les personnes déclarées irresponsables, lesquelles pouvaient faire l'objet d'un internement administratif. La circulaire Chaumié du 12 décembre 1905 maintenait cette distinction.

A partir de 1959, l'expert psychiatre doit se prononcer sur la dangerosité et le traitement de toutes personnes poursuivies, même si elles ne présentent pas de troubles psychiques ou neuropsychiques. Est-ce le début de la confusion entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique ?

La circulaire du 1<sup>er</sup> mars 1993 assigne aux experts psychiatriques la mission de prévoir l'évolution du comportement de l'intéressé, indépendamment du diagnostic d'une pathologie mentale. L'expertise n'est alors plus seulement psychiatrique mais a pour objet de mettre en évidence une éventuelle dangerosité, psychiatrique ou criminologique. Le psychiatre doit également éclairer le jury sur les facteurs individuels et environnementaux ayant pu jouer un rôle dans le passage à l'acte criminel. L'expertise psychiatrique a ainsi été étendue aux personnes saines d'esprit.

Cette extension des missions de l'expert psychiatre est pour certains critiquable : il ne relève pas des compétences d'un médecin psychiatre de se prononcer sur la dangerosité d'un individu ne présentant aucune pathologie mentale et le risque de confusion est grand entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique (24). Pourtant, l'intrication entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique est indéniable et cette distinction semble bien peu opérante. S'il est exact que l'évaluation et la gestion de la dangerosité psychiatrique sont le cœur du métier de psychiatre, celui-ci ne saurait se désintéresser de l'évaluation de la dangerosité criminologique d'autant que dans bien des cas la dangerosité est mixte, en raison des intrications entre troubles de la personnalité, facteurs contextuels ou environnementaux (25).

## **1.4 Le difficile rôle du psychiatre**

L'évaluation de la dangerosité demandée au psychiatre par la société semble être une entreprise bien difficile. Si l'évaluation, du fait du caractère flou de ce qui est évalué, est en elle-même hasardeuse, le psychiatre peine en outre à trouver sa place et son rôle pour répondre à la demande sociale qui lui est faite.

### **1.4.1 Une évaluation difficile**

#### **1.4.1.1 De la prédiction de la violence à l'évaluation du risque**

Comme le rappellent dans l'audition publique d'experts de l'HAS les professeurs Millaud et Dubreucq, la définition même de l'évaluation de la dangerosité a évolué. En effet, dans les années 1970 et 1980 il était beaucoup question de prédiction de la violence mais devant l'impossibilité de pouvoir faire des prédictions assez fiables en dehors du très court terme, les chercheurs et les cliniciens se sont tournés vers une seconde génération de recherches s'intéressant à l'évaluation du risque. Il ne s'agit plus d'évaluer si le patient est dangereux mais d'estimer le risque de comportements violents, pour un individu donné, dans un contexte donné et selon un temps donné. Divers instruments ont ainsi pris forme pour prédire les comportements violents sur les unités psychiatriques (26, 27).

Des études ont montré l'incapacité des cliniciens à prédire des comportements violents. Les travaux de Monahan menés au début des années 1980 montrent que les évaluations cliniques effectuées par les psychiatres et psychologues ne sont fiables que dans 30 % des cas en ce qui concerne la dangerosité criminologique. Dans 70 % des cas, cette dangerosité est surévaluée (28).

On est ainsi passé de l'étude de la prédictivité de la violence à l'évaluation du risque de violence.

#### **1.4.1.2 Définition de l'évaluation de la dangerosité**

Selon une équipe canadienne, l'évaluation de la dangerosité psychiatrique consiste en « *une analyse rigoureuse et systématisée des facteurs de risque de violence* ». Pour ces auteurs, l'évaluation de la dangerosité est primordiale et s'inscrit dans une démarche de soin : « *le processus d'évaluation de la dangerosité est aussi la première étape du processus thérapeutique et de l'établissement d'un lien avec le patient* ». Deux qualités indispensables

sont requises chez les praticiens pratiquant cette évaluation : habilité relationnelle et pondération du jugement au terme de l'évaluation (9).

### 1.4.1.3 Clinique de l'évaluation de la dangerosité

#### Les différents éléments de l'évaluation

En reprenant les axes définis par la Mac Arthur Risk Assessment Studies ou les catégories définies par Hall, on peut classer les différents éléments de l'évaluation du risque de comportements violents en quatre polarités :

- **Les facteurs historiques** : ils s'intéressent aux violences passées, subies ou agies par le sujet. La précocité des actes violents et leur sévérité ainsi que l'exposition à des maltraitements et à des modèles familiaux perturbés sont des indicateurs à prendre en compte lors de l'évaluation. Les antécédents de violence sont considérés depuis toujours comme les meilleurs prédicteurs. Aussi est-il important d'être précis sur l'analyse de ces antécédents.
- **Les facteurs prédisposants** : ce sont les éléments potentiellement capables de renforcer les comportements violents. Ils dépendent du mode de vie ou de certains comportements : marginalisation, impulsivité, consommation excessive d'alcool ou d'autres substances, etc. On retrouve également dans ces facteurs la perte de l'accès aux soins ou la rupture thérapeutique, éléments qui alimentent le débat sur la désinstitutionalisation.
- **Les facteurs contextuels** : ce sont les éléments déclencheurs et facilitateurs du passage à l'acte : présence d'armes, accès à la victime, atteinte à l'estime de soi, événements de vie marquants, alcoolisation aiguë, etc.
- **Les facteurs cliniques** : les plus décrits sont la schizophrénie, les délires paranoïdes et paranoïaques, la présence d'hallucinations et le crédit que le patient accorde à ses hallucinations, le trouble bipolaire, l'abus de substance, les troubles de la personnalité, etc. La question de la psychopathie reste un point central de l'interrogation clinique concernant la dangerosité.

Si les facteurs de risque sont particulièrement bien décrits, l'évaluateur ne doit pas oublier de prendre en considération **les facteurs de protection** qui pourront pondérer le risque évalué. Parmi ces facteurs, on note un environnement social solide, des liens relationnels forts, l'investissement des figures d'autorité, l'investissement de la scolarité ou des traits de personnalité résiliente. De plus, une véritable alliance thérapeutique, une bonne observance

médicamenteuse ou un environnement familial et soignant adapté contribuent fortement à diminuer le risque (23, 29).

### L'évaluation du risque selon différentes temporalités

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

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

L'évaluation à court terme apparaît comme la plus fiable et permet de mettre l'accent sur l'urgence d'une situation (4).

#### 1.4.2 Quel rôle pour le psychiatre entre éthique médicale et attente sécuritaire de la société ?

L'évaluation de la dangerosité se situe à l'intersection entre soin et sanction et il n'est pas toujours aisé pour le psychiatre de trouver sa juste place dans ce débat. Devant la préoccupation sécuritaire croissante, la société fait de plus en plus appel à lui. Aux yeux de l'opinion publique, il appartient à la psychiatrie d'évaluer et de prendre en charge cette dangerosité. Le contrôle de la violence contre soi ou les autres apparaît dès lors comme une obligation sociale du psychiatre.

Le psychiatre se voit confronté à un dilemme entre traiter les patients et préserver l'intérêt public. La question se pose de savoir quel est l'objectif premier du médecin ? Le soin et l'intérêt du patient ou la protection de la société ? La prédiction peut-elle appartenir au champ de compétence du psychiatre ou doit-il se limiter à un rôle de prévention ?

##### 1.4.2.1 Vers une médicalisation de la dangerosité ?

L'expertise psychiatrique a évolué et s'est déplacée de la détermination de la responsabilité à celle de dangerosité, d'une démarche rétrospective à une démarche prospective, de la maladie mentale aux troubles de personnalité. Zagury dénonce, en étendant cette discipline en dehors de la maladie mentale, un risque d'instrumentalisation de la psychiatrie : « *la psychiatrie, qui n'a plus besoin de l'aliénation ou du délire pour légitimer son intervention, peut désormais*

*tout englober* ». Cette confusion vient selon lui en partie de la difficulté posée par les troubles de la personnalité : « *C'est sur le pronostic des troubles de la personnalité que nous sommes attendus, c'est-à-dire hors du cœur de notre discipline* » (14).

Selon Szasz, la « dangerosité » est utilisée comme un mot magique contre le danger qui nous fait peur. Si dans le passé la magie était considérée comme de la médecine, aujourd'hui la médecine est confondue avec la magie. On attend du psychiatre qu'il soit à même de prédire le futur en évaluant la dangerosité de ses patients, pour définir le risque de récurrence de passage à l'acte violent. De plus, la pression exercée par la société sur le psychiatre pour une meilleure protection entraîne la psychiatrisation du crime et majore le risque d'amalgame entre pathologie mentale et dangerosité.

Se pose alors la question de la médicalisation des termes comme dangerosité ou maladies mentales. Il est tentant pour les politiques et la société de traiter ces termes comme s'ils étaient purement scientifiques et de considérer l'évaluation du risque comme une science précise (30).

#### **1.4.2.2 La violence devient-elle un symptôme ?**

La violence est inacceptable et incompréhensible pour nos sociétés occidentales. Il est alors plus facile d'assimiler le crime à la folie, terme souvent associé à la dangerosité aux yeux du public (31). Dans une société normalisante qui dicte de plus en plus les règles de bonne conduite à ses citoyens, ce qui est socialement inapproprié devient l'anormal, le pathologique. L'anormal peut se définir de deux façons différentes : par rapport aux autres et par rapport à soi-même. Le contexte et l'histoire du patient deviennent alors plus importants que le comportement pour définir l'intention. Un comportement violent inhabituel chez un patient peut parfois être considéré comme un symptôme. En revanche, si ce même comportement est permanent, il est plus difficilement assimilable à un symptôme (30).

#### **1.4.2.3 Confusion entre maladie mentale et dangerosité : risque de violation des droits humains ?**

Szasz dénonce l'utilisation des pathologies psychiatriques dangereuses pour justifier des hospitalisations et des soins sous contrainte. Si la maladie mentale implique la dangerosité, elle justifie à elle seule la coercition. Réciproquement, si la dangerosité est liée à la maladie mentale, elle constitue une diminution de l'autonomie du sujet et justifie le traitement sous contrainte. Ces malades n'ayant plus la capacité de discernement nécessaire pour prendre soin

d'eux, la société, par l'intermédiaire des autorités administratives, se doit de prendre le relai. La privation de liberté du malade mental n'est donc pas vue comme une violation des droits humains mais comme une protection de ces droits. Mais peut-il s'agir d'un prétexte pour, en fait, protéger la société (30) ? Uniquement subis, ces soins sous contrainte ne peuvent être entendus que comme une sentence, le patient devenant alors bouc émissaire du désir de l'homme d'élargir son espace, de s'émanciper de ses bornes. Pour le patient, il est porté atteinte à sa liberté et à sa souveraineté. Sur son chemin il trouve le représentant social qui au nom de sa protection l'entrave et le contraint (32).

Selon les recommandations du conseil de l'Europe (1983), le placement est autorisé si le patient représente un grave danger pour lui-même ou pour autrui et si l'absence de placement risque de détériorer son état ou de ne pas lui apporter un traitement approprié (art.3). En revanche, les difficultés d'adaptation aux valeurs morales, sociales, politiques, ou autres, ne doivent pas être considérées en elles-mêmes, comme un trouble mental (art. 2). (32)

#### **1.4.2.4 L'exemple des Unités pour Malades Difficiles : un rôle particulier ?**

La législation encadrant les hospitalisations en Unités pour Malades Difficiles (UMD) fait explicitement mention du caractère dangereux des patients hospitalisés dans ces unités. Selon le décret du 14 mars 1986 n° 86-602, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation psychiatrique, la mission des UMD est d'accueillir des « *patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique* ». Le malade doit présenter « *un état dangereux majeur, certains ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité classique* ». Nous voyons ici que les textes de lois définissent la mission de ces structures comme allant plus loin qu'une simple mission de soin. Il est également question de surveillance et de sûreté. Ce décret a été abrogé par décret du Conseil d'Etat n°2005-840 en date du 20 juillet 2005. A présent, les UMD sont régies par les dispositions du code de la santé publique. L'admission dans les UMD est prononcée par le Préfet du département d'implantation de l'UMD (ou à Paris, le Préfet de Police) sur proposition d'un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient. Le psychiatre responsable de l'UMD devra lui aussi donner son accord. Un engagement de ré-hospitalisation du patient, dans un délai de 20 jours à compter de l'arrêté de sortie de l'UMD, est signé par le Préfet. Le législateur a donc prévu un mécanisme permettant d'assurer un suivi médical continu (33).

Kottler, ancien chef de service de l'UMD Henri Colin, définit les UMD comme des services de sécurité, la question la plus délicate étant celle de la sortie des patients. Là est le rôle de la commission du suivi médical qui intervient pour rendre cette décision de sortie. Il évoque un « *délai de décence* », sorte de jurisprudence interne qui module la durée d'hospitalisation en fonction de la gravité du passage à l'acte. Les patients d'UMD, ayant bénéficié pour la plupart de l'application de l'article 122.1 du code pénal, sont déclarés irresponsables de leurs actes et ne sont donc passibles d'aucune sanction. L'UMD joue-t-elle ce rôle de sanction à travers l'hospitalisation, alliant enfermement et obligation de soins ? En travaillant en UMD, nous avons été interpellés par le nombre de patients rapportant leur vécu d'hospitalisation comme une peine, beaucoup préférant la prison où la contrainte leur semble moins pénible. S'agit-il d'une réponse à la demande sociale de protection, de punition ? La gravité du passage à l'acte définirait alors la gravité de la maladie et sa durée de prise en charge (34).

#### **1.4.2.5 Protection de la société et intérêts du patient : l'exemple d'un cas**

Il est intéressant de s'interroger sur les objectifs visés par l'évaluation psychiatrique de la dangerosité, qui semblent dépasser la simple prise en charge thérapeutique du patient. La question qui peut se poser est de savoir si le psychiatre est sensé traiter la violence comme un problème de santé publique. S'il est certain que les psychiatres disposent d'informations pouvant contribuer à la sécurité de la société, il est moins certain qu'il soit très éthique d'utiliser ces informations (30).

Beauchamp et Childress exposent le cas d'un homme qui avait tué une femme après avoir confié à son thérapeute son intention de commettre cet acte. Le thérapeute avait tenté de faire hospitaliser son patient sans succès et conformément à son devoir de confidentialité médicale, il n'avait pas communiqué la menace à la femme après l'échec de sa tentative d'hospitalisation. Le thérapeute a été accusé de ne pas avoir informé la jeune fille et sa famille du danger encouru.

L'opinion majoritaire du tribunal fut que « *quand un thérapeute considère, ou, conformément aux normes de sa profession, devrait considérer que son patient présente un danger sérieux pour une autre personne, il a l'obligation de prendre les précautions raisonnables pour protéger la victime potentielle de ce danger* ». Selon ces juges, si les thérapeutes doivent en général respecter la règle de confidentialité médicale imposée par l'éthique professionnelle, cette règle doit dans certains cas s'effacer devant « *l'intérêt public de la protection des personnes contre toute agression violente* ». En d'autres termes, la protection de la société

prévaut sur le secret médical. Le thérapeute a alors « *un devoir légal non seulement envers son patient mais également envers la victime éventuelle de son patient* ». L'intérêt public prône sur l'intérêt et les droits du patient : « *le privilège de la protection se termine là où commence le danger public* ».

Un juge du parti minoritaire a exprimé son désaccord et soutenu que les médecins violaient les droits des patients en ne respectant pas les règles normales de la confidentialité médicale. Le raisonnement était le suivant : si les médecins violaient ces règles couramment, la relation de confiance entre médecin et patient se dégraderait. Les malades mentaux ne rechercheraient plus d'aide auprès des médecins, ne révéleraient plus certaines informations, pourtant importantes pour la thérapie. Le résultat serait alors une augmentation des agressions violentes. En d'autres termes, la garantie du respect de la confidentialité est nécessaire pour un traitement réussi, qui passe nécessairement par une relation de confiance entre le patient et son médecin. On risque, en violant la confiance du patient, de détruire la relation interpersonnelle sur la base de laquelle s'effectue le traitement. Enfin, tous les patients qui profèrent des menaces de violence ne passant pas nécessairement à l'acte, le risque serait alors un nombre croissant d'hospitalisation sous contrainte et donc de privation des libertés, parfois inappropriées.

La Cour suprême de Californie est finalement arrivée à la conclusion qu'il était possible de violer la confidentialité médicale (35).

On perçoit ici le dilemme qui peut se poser aux professionnels confrontés à des patients dangereux. Selon Szasz, ce dilemme éthique de la psychiatrie ne pourra être résolu tant que protection de la société et soins des personnes seront réunis dans une même discipline (30).

Pris entre le bien être de son patient et l'attente de la société, entre prévention et prédiction, le psychiatre a donc du mal à trouver sa juste place. Il nous semble important de s'interroger sur ce que doivent être ses priorités en cohérence avec la déontologie de son métier.

## **1.5 Point de départ de l'étude et problématique**

Le sujet est vaste et mérite d'être délimité. Nous avons choisi de nous positionner du point de vue de la psychiatrie clinique, qui intéresse tous les psychiatres sans restriction, en laissant de côté la pratique expertale qui concerne un nombre limité de praticiens et qui de toute évidence

justifierait à elle seule un sujet de recherche. La psychiatrie étant par essence médico-légale, quel meilleur champ d'observation que celui des UMD pour aborder la notion de dangerosité ? Le risque de violence concerne à la fois la violence hétéro-agressive et la violence auto-agressive. Le risque hétéro-agressif, au centre de la demande sociale et des préoccupations des pouvoirs publics, souffre d'une difficulté de répartition des rôles quant à sa prise en charge. Le risque auto-agressif intéresse quant à lui principalement le psychiatre. Nous avons donc décidé de nous consacrer principalement à la dangerosité envers autrui, définie par la loi comme le motif essentiel d'une hospitalisation en UMD, en laissant de côté les comportements suicidaires et automutilateurs. Si ces deux évaluations peuvent sembler proches (36), elles ont tendance à être différenciées en psychiatrie. Nous pourrions néanmoins nous interroger sur leurs points communs.

Si la question est avant tout de définir quelle évaluation faire plutôt que comment la faire, nous ne pouvons toutefois nous intéresser à une évaluation sans prendre en compte ses outils. Si des échelles d'évaluation de la dangerosité existent, elles restent peu utilisées en psychiatrie clinique en France. Une enquête menée dans quinze pays européens montre que l'évaluation clinique constitue aujourd'hui la méthode la plus largement utilisée en Europe pour évaluer la dangerosité et le risque de récurrence chez les délinquants sexuels : pratiquement tous les spécialistes interrogés se réfèrent à l'approche clinique traditionnelle en étayant leurs observations issues de l'entretien clinique au moyen d'épreuves générales de personnalité telles que le Rorschach. Comparativement à cette approche, la plupart des méthodes spécifiques d'évaluation du risque semblent relativement peu utilisées en Europe. S'il est indéniable que certains professionnels européens commencent à y avoir recours, c'est encore essentiellement dans un contexte d'expertise en milieu carcéral ou dans un but de recherche scientifique (37). Si des outils d'évaluation existent mais qu'ils ne sont pas utilisés, c'est peut-être parce que l'évaluation de la dangerosité « dérange » le psychiatre dans l'exercice de sa profession.

S'il est courant pour les psychiatres de s'interroger sur des sujets tels que l'avancée scientifique en neurosciences, le consentement aux soins ou le caractère potentiellement inhumain de certaines thérapeutiques ; il semble encore tabou d'évoquer la dangerosité des patients et le positionnement des soignants par rapport à celle-ci. Il est difficile pour le psychiatre de trouver sa place dans la prise en charge de la dangerosité, qui se situe entre soin et sanction.

En s'intéressant à l'évaluation de la dangerosité dans notre discipline, s'est posée à nous une problématique éthique : **Des outils d'évaluation existent mais sont pourtant peu utilisés.**

**Nous pouvons nous demander pourquoi ? Ces outils sont-ils inadaptés ? Ou est-ce l'évaluation elle-même qui génère un malaise ? Nous en venons de ce fait à nous questionner sur le rôle du psychiatre : doit-il agir dans l'intérêt du patient ou dans un but de protection de la société ? Doit-il procéder à l'évaluation de la dangerosité ? S'il accepte cette évaluation, quelle évaluation doit-il faire ? Quel rôle faut-il réserver aux statistiques et aux instruments de mesure standardisés ?** L'objectif à terme est bien évidemment de réfléchir à la façon dont le psychiatre peut améliorer la pratique de sa profession, notamment dans sa démarche évaluative.

Une observation des pratiques en UMD nous semblait adéquate pour comprendre ce qui intéresse le psychiatre au cœur même de la clinique et comparer les éléments relevés par les praticiens à ceux listés dans les échelles. Notre hypothèse est que si les psychiatres utilisent peu les échelles d'évaluation actuelles, c'est qu'elles ne répondent pas exactement à leurs attentes : les items évalués ne correspondent pas aux éléments sur lesquels se basent les psychiatres pour leur prise de décision. De plus, l'objet de l'évaluation dépasse les compétences du médecin et une réflexion sémantique sur les notions de dangerosité et de risque semble nécessaire.

Nous allons mener notre réflexion autour de deux questions à chacune desquelles correspond une méthode spécifique :

- **revue de la littérature** pour appréhender l'utilité et la pertinence des échelles,
- **observation des pratiques** pour cerner le rôle du psychiatre face à l'évaluation de la dangerosité.

Les objectifs vont être :

- d'identifier sur quoi repose la prise de décision du psychiatre en s'interrogeant notamment sur les notions de dangerosité et de risque de passage à l'acte violent,
- d'étudier les facteurs de risque de violence pris en compte par le psychiatre en situation clinique et de les comparer à ceux des échelles,
- de définir dans quel contexte les échelles sont appropriées, de mettre en avant leurs intérêts et leurs limites et de déterminer les plus pertinentes en pratique clinique.

## **II. Analyse de la littérature**

Nous allons dans un premier temps présenter les différents outils d'évaluation de la dangerosité décrits dans la littérature. Nous nous limiterons aux échelles de dangerosité hétéro-agressive, laissant de côté les outils d'évaluation du risque suicidaire et des comportements automutilateurs. Nous tenterons dans un second temps de dégager leur utilité et leur pertinence, mais également leurs limites. Pour cela, nous avons procédé à une revue de la littérature commencée en M1 et poursuivie cette année. Nous avons effectué une recherche à partir de Google, de l'EMC, de Cairn, de Persée, en utilisant les mots clés suivants : évaluation, dangerosité, psychiatrie, échelles actuarielles, échelles cliniques. Notre bibliographie a été complétée par la recherche des références mentionnées dans la bibliographie des articles et ouvrages lus qui nous semblaient pertinentes.

Une attention particulière a été portée aux écrits de différents professionnels qui ont beaucoup publié sur la dangerosité, exerçant dans différents pays :

- Bruno Gravier : Professeur à l'université de Lausanne, médecin chef du service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires.
- Gilles Côté : Professeur de psychologie à Québec, Directeur du centre de recherche de l'institut Pinel de Montréal.
- Alexandre Baratta : médecin psychiatre à l'unité de soins intensifs psychiatriques de Sarreguemines, expert auprès de la Cour d'Appel de Metz.
- Thierry Pham : Professeur et chef de service de psychologie légale, Belgique. Directeur du centre de recherche en défense sociale, Belgique.
- Frédéric Millaud : médecin psychiatre à l'institut Pinel de Montréal.

Cette analyse de la littérature va également permettre de sélectionner l'échelle qui semblera la plus adaptée à la pratique psychiatrique courante, pour ensuite l'utiliser dans la partie observation des pratiques.

### **2.1 Les différents outils d'évaluation de la dangerosité**

Depuis les années 1970, et notamment avec l'Evidence Based Medicine, la pratique clinique est de moins en moins fondée sur l'opinion du soignant isolé. La décision clinique se base de

plus en plus sur les faits scientifiquement établis. Le professionnel doit faire appel à l'expérience collective de ses pairs (38). En psychiatrie notamment, on voit apparaître de nombreuses échelles, outils standardisés, pour guider le médecin dans ses diagnostics et ses décisions.

Plusieurs instruments ont été développés pour tenter d'organiser les différents indicateurs du risque de passage à l'acte violent et fournir une base de décision en évitant un inventaire de facteurs peu cohérent sans grande utilité pour le clinicien. L'objectif est de permettre une évaluation plus systématique et opérationnelle, présentant une meilleure validité.

Deux méthodes d'évaluation actuelles s'opposent :

- **la méthode actuarielle**, utilisée notamment aux USA et Canada
- **la méthode fondée sur un jugement clinique**, encore majoritaire en France actuellement.

Si ces outils peuvent être des aides précieuses pour la pratique médicale, il ne faudrait pourtant pas qu'ils se soustraient à l'observation clinique. Le psychiatre est alors confronté au dilemme posé par l'évaluation de la dangerosité : doit-il se fier à son intuition clinique ou nécessite-t-elle d'être épaulée par l'utilisation d'outils standardisés ?

## **2.1.1 Echelles actuarielles**

### **2.1.1.1 Une approche objectiviste**

L'approche objectiviste considère la réalité comme observable, mesurable et vérifiable. D'un point de vue épistémologique, l'observation de la régularité de certains phénomènes permet d'émettre des hypothèses, puis de les vérifier dans un objectif de prédiction des phénomènes humains. Au plan méthodologique, l'approche objectiviste se base sur des protocoles de recherche et des techniques dérivés des sciences physiques et statistiques. La stratégie d'évaluation dite actuarielle vise à prédire les comportements violents en s'appuyant essentiellement sur une probabilité statistique ; l'objectif n'est pas d'établir des liens entre les facteurs étudiés et ces comportements (27).

### **2.1.1.2 Historique d'une méthode**

La méthode actuarielle est née à l'université de Chicago dans les années 1920. Le premier à s'y intéresser est Ernest Burgess, professeur de sociologie connu pour son travail sur les effets

des quartiers, qui s'est penché sur les questions de prédiction individuelle. Harcourt décrit la montée de l'utilisation des statistiques en droit pénal et situe dans les années 1930 l'utilisation aux États-Unis de méthodes prédictives pour évaluer le succès d'une libération conditionnelle. La méthode actuarielle, initialement utilisée pour la liberté conditionnelle, s'étend à partir des années 1970 dans la police au domaine du profilage. L'objectif était alors d'essayer de déterminer quels étaient les groupes qui allaient avoir un taux de délinquance plus haut que les autres, dans un but d'efficacité. C'est en quelque sorte une discrimination statistique qui est différenciée de la discrimination raciale (39).

### **2.1.1.3 Description**

La démarche actuarielle est une démarche purement algorithmique qui attribue une pondération statistique spécifique aux différentes variables de risque. Elle produit ainsi une évaluation chiffrée du risque de violence. Il est important de rappeler que cette évaluation est uniquement valable dans une population donnée, pour un risque donné, sur une période donnée.

L'objectif prioritaire est la prédiction d'une dangerosité future la plus précise possible. Le raisonnement se base sur l'identification de groupes particuliers et la comparaison d'un individu à un groupe dont on connaît l'évolution au cours du temps, dans le but de prédire un comportement individuel (4, 27, 39).

La plupart des approches actuarielles se basent sur trois catégories de variables :

- variables concernant la violence passée du sujet (violence du sujet lui-même ou exposition à des membres de l'entourage violents),
- éléments qui vont renforcer les comportements violents (marginalisation, statut socio-économique, addictions, éléments de personnalité, etc.),
- stimuli susceptibles de déclencher la violence du sujet (éléments de vie, alcoolisation aiguë, symptômes psychiatriques aigus, etc.) (4).

### **2.1.1.4 Un exemple d'échelle actuarielle, le VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*)**

L'échelle VRAG a été élaborée sur un échantillon de patients de sexe masculin, évalués ou traités dans un établissement hospitalier de haute sécurité. Lors de l'élaboration de l'échelle, douze items ont été sélectionnés pour leur capacité à « prédire » la récurrence de violence sur

une période d'observation de sept ans. Lors de la cotation, les réponses aux douze items sont combinées selon une pondération prédéterminée, pour aboutir à un score total et à une classification de risque de violence en neuf tranches entre 0 et 100 %.

Les items statistiquement associés à un risque accru de violence sont : un score élevé à l'échelle de psychopathie (PCL-R), des problèmes scolaires, un trouble de la personnalité, le départ du foyer parental avant 16 ans, la présence d'un échec antérieur lors d'une période probatoire, la présence d'antécédents de délinquance avec atteinte à la propriété, le fait d'être célibataire et des antécédents d'abus d'alcool. À l'inverse, il existe des items associés à un abaissement du risque de violence, qui sont : un âge élevé, la présence d'un trouble schizophrénique, une blessure infligée à la victime lors de l'infraction ayant conduit à l'évaluation et le fait que cette victime soit une femme (40).

On peut s'interroger sur le fait que la présence d'un trouble schizophrénique atténue le risque de violence future, ce qui est contraire aux données épidémiologiques de la littérature concernant le lien entre violence et schizophrénie (21, 22). Ceci peut s'expliquer par la méthodologie utilisée pour la construction de l'échelle. En effet, si l'échantillon ayant servi à la construction de cette échelle associe des sujets atteints de schizophrénie et des sujets souffrant de personnalité de type psychopathique, alors, par comparaison, la présence d'un trouble schizophrénique apparaîtra protectrice par rapport à la présence d'un trouble de la personnalité de type psychopathique (4).

## **2.1.2 Evaluation clinique : non structurée, anamnesticque et semi-structurée**

### **2.1.2.1 Approche subjectiviste**

L'approche subjectiviste considère la réalité comme étant dépendante de la conscience humaine. Dans ce courant d'idées, la nature des sciences est une construction faite à partir d'idées et de concepts utilisés afin de décrire la réalité. Elle se base sur la nature de l'homme qui repose sur la notion de libre arbitre. Cette conception caractérise l'approche clinique et qualitative, basée sur le jugement de l'évaluateur et liée à la prévision des risques de violence pour un individu particulier. À titre d'exemple, le test du Rorschach (1921) s'inscrit dans la ligne de pensée de cette stratégie d'évaluation (27).

### **2.1.2.2 Evaluations cliniques non structurées et évaluations anamnestiques**

L'évaluation clinique non-structurée est actuellement la méthode d'appréciation du risque de violence et de la dangerosité la plus répandue en France. Elle se base sur des critères relevant de la libre appréciation du clinicien. Ce type d'évaluation permet une bonne flexibilité et une adaptation sur mesure, individuelle, à chaque situation clinique. Elle est cependant très peu validée empiriquement et la crédibilité de l'évaluation repose essentiellement sur le charisme et l'expérience de l'évaluateur.

Les évaluations cliniques à prépondérance anamnestique ne se distinguent des précédentes que par l'obligation pour l'évaluateur de prendre en considération les antécédents historiques du sujet et d'analyser le contexte des violences antérieures. La principale critique qui peut être formulée à l'encontre de cette méthode est qu'elle se focalise principalement sur la répétition de comportements antérieurs (4).

### **2.1.2.3 Evaluations cliniques semi-structurées**

Ces méthodes suscitent un intérêt croissant et apparaissent peut-être comme les plus prometteuses. L'évaluation du risque se fait à partir de lignes directrices qui synthétisent des connaissances scientifiques actualisées. La structure même de l'instrument favorise une collecte de données la plus exhaustive possible. La rédaction des conclusions se fait de façon transparente, avec examen systématique des éléments à disposition, mais l'évaluateur reste juge de l'évaluation finale du niveau de risque (4).

### **2.1.2.4 Un exemple de jugement clinique semi-structuré : le HCR-20**

#### ***(Historical Clinical Risk-20)***

Cette échelle, particulièrement utilisée par les cliniciens, associe des données actuarielles et des données cliniques. Elle comporte 20 facteurs résumant les informations pertinentes sur le passé, le présent et l'avenir. Elle se compose de 10 items « historiques » (antécédents de violence, jeune âge lors de la première violence, instabilité relationnelle, problèmes d'emploi, abus de substances, trouble psychique majeur, score de psychopathie (échelle PCL-R), victimisation dans l'enfance, trouble de la personnalité, échec d'une probation antérieure), 5 items « cliniques » (absence d'introspection, attitudes négatives (pro-criminelles, antisociales), phase aiguë d'un trouble psychique majeur, impulsivité, absence d'adhésion au traitement ou traitement inefficace) et 5 items « gestion du risque » (plans irréalisables projetés par l'individu, exposition prévisible à des facteurs déstabilisants (victimes,

substance), absence de soutien personnel, compliance improbable avec les mesures probatoires envisagées, stress (41). La structure de l'instrument sert de trame à la récolte et à l'analyse des informations. Les auteurs de la HCR-20 présentent l'instrument comme un aide-mémoire et non comme un instrument psychométrique.

A la différence de l'approche actuarielle, les items ne sont pas statistiquement pondérés. Leur poids relatif est pris en compte dans l'estimation finale du risque qui n'est pas défini uniquement sur la base des résultats à l'échelle. L'évaluation finale exige une part de jugement clinique. L'évaluateur rend un jugement catégoriel (risque bas, modéré, ou élevé) à la lumière des scores, mais est libre de choisir la pondération adéquate. Webster, l'auteur de cet outil, suggère d'ailleurs de ne pas chiffrer l'évaluation ainsi faite (42). Dans cet instrument, la possibilité de pondération laissée à l'évaluateur permettrait une meilleure prédiction de réitération de violence que d'autres méthodes (4, 26).

## **2.2 Utilité et pertinence des outils d'évaluation standardisés**

### **2.2.1 Une meilleure prédiction de la dangerosité avec les outils actuariels**

Seul Baratta est favorable à l'utilisation des échelles actuarielles dans l'évaluation de la dangerosité. Selon lui, les conclusions expertales concernant l'estimation du risque de récidive divergent en fonction de l'expert pour 79% de l'effectif. On observe donc une faible cohérence inter-cotateur lors des évaluations fondées sur un jugement clinique non structuré. En comparaison avec un outil actuariel, la méthode clinique semble aboutir soit à une surestimation du risque, soit le plus souvent à une sous-estimation. Mais dans la majorité des cas, il s'agit surtout d'une mésestimation. Les conclusions d'expertises sont souvent imprécises : « *risque de récidive existant* ». Cette notion recouvre différents cas de figure, allant d'un risque faible à un risque élevé. L'auteur conclut donc à une évaluation arbitraire du risque de récidive par les outils cliniques (43). Des résultats similaires sont retrouvés dans les études de Monahan : les évaluations cliniques effectuées par les psychiatres et psychologues ne sont fiables que dans 30 % des cas en ce qui concerne la dangerosité criminologique. Dans 70 % des cas, cette dangerosité est surévaluée (28). Pourtant, si les échelles actuarielles offrent une bonne prédiction de la récidive à moyen et long terme, cette prédiction à court terme est proche du hasard du fait du faible nombre de récidives dans ce

délai. Ces données peuvent paraître contradictoires avec celles de la littérature qui estiment l'évaluation du risque à court terme de meilleure fiabilité que celle du risque à long terme (44).

Les outils actuariels constituent une méthode transparente, avec une bonne validité empirique. En effet, les instruments d'évaluation du risque de récidive, qui sont des outils statiques, présentent une meilleure validité prédictive que les instruments cliniques, structurés ou non, ou que les instruments dynamiques. Ce résultat rappelle que la complexité d'un instrument et son orientation clinique ne garantissent pas nécessairement une validité améliorée par rapport à un instrument statique, plus simple (45). Le développement d'outils actuariels, standardisés et validés statistiquement, a permis de limiter l'imprécision de l'évaluation du risque de récidive (43).

Baratta préconise l'utilisation de ces outils dans le cadre de l'expertise post-sententielle pour l'évaluation du risque de récidive et de dangerosité criminologique. Il n'évoque pas l'évaluation de dangerosité psychiatrique. Il faut préciser qu'il ne se prononce pas sur la question de savoir si cette évaluation criminologique appartient ou non au psychiatre (43). Cependant, une autre étude de Baratta évalue la pertinence de l'utilisation de la VRAG, échelle actuarielle, chez des patients suivis en psychiatrie et ayant bénéficié d'un 122.1 suite au passage à l'acte violent. Son étude, rétrospective, porte sur 58 patients hospitalisés d'office suite à un passage à l'acte violent grave. Dans cette étude, le passage à l'acte n'est que rarement révélateur de la maladie. Baratta retrouve de nombreux facteurs associés à un risque de violence chez ces patients psychiatriques, déjà présents avant la survenue du passage à l'acte. En effet, il retrouve chez 65% des patients un score de 6/9 au VRAG, ce qui correspond à un risque de violence élevé. Selon lui, ces échelles sont donc pertinentes à utiliser en pratique psychiatrique courante (15).

### **2.2.2 Des facteurs dynamiques, cibles d'une prise en charge thérapeutique, non évalués par les échelles actuarielles**

Pham situe lui aussi l'évaluation de la dangerosité dans un contexte criminologique. Il souligne également l'intérêt des échelles actuarielles pour l'évaluation du risque de récidive. L'utilisation de ces échelles diminue selon lui de manière très significative le nombre de faux positifs. L'amélioration de la prédiction générale et de la prédiction violente serait de l'ordre de 50%. Il relève cependant que ces instruments se concentrent sur la prédiction du risque et

non sur sa gestion ou sur la prévention auprès des populations délinquantes. Il dénonce le nombre limité de variables étudiées, une addition de variables n'ayant rien à voir les unes avec les autres, l'absence de prise en compte du contexte ou des facteurs protecteurs (46).

Si les échelles actuarielles sont connues pour jouir d'une meilleure efficacité prédictive de la survenue de comportement violent, on peut se demander si la prédiction est l'objectif visé par le médecin psychiatre en pratique courante. Une des grandes limitations des méthodes actuarielles est qu'elles se fondent uniquement sur des comparaisons statistiques, faisant l'impasse sur l'apport d'un jugement clinique. En prenant l'exemple de l'utilisation du VRAG, l'évaluation fondée sur cet outil ne prend pas en compte la gravité de l'évènement que l'on cherche à prédire. De plus, elle ne donne aucune indication sur les dynamiques de changement possibles pour le sujet (4).

Il semble important de ne pas s'en tenir à des variables essentiellement statiques mais également de prendre en considération des variables dynamiques qui peuvent évoluer en fonction de l'intervention auprès du patient. Le but n'étant plus de prévoir la dangerosité mais d'évaluer un risque, l'évaluation doit couvrir un champ plus vaste qui tient compte des particularités propres à la situation du sujet et à son milieu social (26). Gravier différencie d'ailleurs « *évaluation du risque de comportements violents* » et « *dangerosité* ». L'évaluation de la dangerosité serait plus large que celle du risque de comportements violents. La notion de dangerosité regrouperait trois concepts : violation des normes sociales (et donc la réponse judiciaire qui s'en suit), origine de l'acte, conséquences de celui-ci en termes de destructivité et de dommage. Elle renvoie alors à la réponse pénale qui lui est faite. L'évaluation du comportement violent reposerait quant à lui sur des faits plus observables que la subjectivité qui infiltre la dangerosité. Gravier situe l'évaluation de la dangerosité dans le cadre de l'expertise avec le risque pour le psychiatre de se trouver à l'intersection entre soins et sanction. Il souligne cependant que les thérapeutes, confrontés à la prise en charge de patients pouvant être violents, sont de plus en plus concernés par cette question. Il insiste sur le caractère aléatoire de la prédiction de comportements violents, le discours du psychiatre sur le crime restant une construction, ainsi que sur le risque pour le psychiatre de traduire une émotion en diagnostic et surtout en pronostic (4, 23).

Côté est quant à lui encore plus critique au sujet des échelles actuarielles qu'il qualifie de simplistes, trop complexes et deshumanisantes. Le clinicien ne peut se satisfaire d'une approche statistique qui ne prend pas en considération les caractéristiques individuelles de la personne et ne s'intéresse pas à l'évolution du patient et aux conséquences de l'intervention. Comme il ne s'agit plus essentiellement de « *prévoir la dangerosité* » mais bien d'évaluer le

risque, la démarche exige « *que l'évaluation couvre un champ plus vaste, qui tient compte des particularités propres à la situation de l'individu et à son milieu social* ». Il n'est plus seulement question de l'évaluation du risque mais également de sa gestion. Seul l'accès aux processus fournit des pistes d'intervention puisqu'ils reposent sur une compréhension des rapports nécessaires et non probabilistes entre les diverses variables engagées. Les échelles actuarielles ne permettent pas la compréhension d'un processus. Si certains auteurs considèrent que la non utilisation des outils actuariels, n'est pas éthique (40), Côté, quant à lui, estime que renoncer à l'idée que la personne dont on s'occupe puisse changer, revient en définitive à renoncer à l'intervention. Des problèmes se posent sur le plan éthique lorsque l'évaluation du risque de comportements violents repose essentiellement sur des variables statiques. La personne doit toujours demeurer au centre des préoccupations. Elle est vivante affectivement et ne peut être abordée sur un plan essentiellement technique. Il importe de reconnaître son potentiel de changement, ce qui exige, selon Côté, un jugement clinique. Il faut restituer l'individu au cœur de la démarche du risque pour éviter les problèmes éthiques (26).

L'approche actuarielle se limite à l'étude d'un nombre prédéterminé de variables, choisies de façon arbitraire lors de l'élaboration de la méthode, et qui ne permet pas la prise en compte globale de chaque situation individuelle, avec ses particularités. Ces méthodes produisent une prédiction passive, n'ayant pas pour but l'identification de facteurs de risque individuels, spécifiques à un individu donné. Une visée préventive, qui s'intéresserait à ces facteurs de risque individuels, dépendant du contexte de vie ou accessibles à des interventions, est alors exclue (4).

En matière de dangerosité criminelle, certains auteurs dont Harcourt dénoncent l'utilisation d'une criminologie actuarielle mise en place dans un objectif économique : « *La dangerosité ne résulte pas d'une évaluation clinique personnalisée, mais d'un calcul statistique qui transpose aux comportements humains les méthodes mises au point par l'assurance pour calculer les risques* » (47). Pour des soucis d'efficacité et de rentabilité, l'approche actuarielle procède à un ciblage de population : une population dans laquelle un risque plus élevé de violence est retrouvé va être ciblée. Par exemple, lors de contrôles de police, on décidera de contrôler uniquement la population ciblée. L'objectif est une amélioration de l'efficacité à moindre coût. Le danger est de cibler une population qui ne peut pas réagir, qui a moins d'élasticité et de réactivité, plutôt qu'une autre population qui elle pourrait réagir et ainsi augmenter l'efficacité de l'action menée (39).

### **2.2.3 Contexte d'utilisation des outils et extrapolation des résultats : les échelles initialement développées dans le domaine criminologique**

Les auteurs favorables à l'utilisation des échelles actuarielles traitent du sujet de l'évaluation d'une dangerosité criminologique dans un contexte judiciaire. Ils prônent l'efficacité prédictive supérieure de ces outils. Pourtant, l'évaluation du risque obtenue à partir des échelles actuarielles présente une pseudo-précision. En effet, ces résultats sont valables dans les limites des caractéristiques de l'échantillon étudié initialement, pouvant différer des sujets concernés. L'évaluation chiffrée du risque de violence est valable « *dans une population donnée, pour un risque donné, sur une période donnée* » (4). Le problème alors posé est celui de la généralisation des résultats. Ces outils ayant été développés auprès de sujets qui possédaient un passé de violence important, il reste à démontrer que ces résultats restent valables en population générale de sujets atteints de troubles mentaux ou de troubles de la personnalité (26). Il faut enfin garder à l'esprit que la validation des outils est souvent restreinte à des populations spécifiques et que leur utilisation aussi bien en recherche qu'en clinique doit être faite en toute connaissance de cause (27). Cette limite se retrouve également pour l'utilisation des outils cliniques. En effet, le HCR-20 est utilisable chez les sujets qui ont un passé de violence. Côté rappelle que les auteurs du HCR-20 présentent l'outil comme un aide-mémoire et non comme un instrument psychométrique (26). De plus, les facteurs contenus dans les échelles sont souvent fortement influencés par le contexte socio-culturel dans lequel elles ont été développées. La validité d'une méthode d'évaluation n'est pas indépendante de la culture dans laquelle elle s'inscrit et il n'est pas toujours justifié de vouloir transposer à toute culture un outil d'évaluation, quand bien même il aurait largement fait ses preuves dans son contexte initial d'application. Ces difficultés sont d'autant plus prononcées lorsqu'il s'agit d'évaluer la dangerosité d'un individu. En effet, la notion de dangerosité est très relative et largement influencée par les valeurs et les normes d'une société donnée. En Europe, la conception de la dangerosité repose sur un modèle clinique tandis qu'en Amérique du Nord le modèle clinique a peu à peu fait place à un modèle socio-préventif (37).

### **2.2.4 Les échelles actuarielles comme outils de stigmatisation**

Gravier exprime sa crainte de voir les outils d'évaluation actuariels utilisés comme facteurs de stigmatisation et d'exclusion. Les critiques sont nombreuses au sujet de tels instruments qui

peuvent être utilisés comme «*tables de la loi*» et qui évacuent toute l'histoire singulière du sujet et toute cohérence clinique. On peut facilement imaginer que de tels instruments peuvent être le support de mesures stigmatisantes ou discriminatoires dans des logiques de défense sociale. Outils cliniques lorsqu'ils ont été créés, ils sont souvent utilisés comme supports de nouveaux modes de gestion des populations pénales, à une époque où on assiste à une évolution préoccupante des pratiques pénales et des attentes sociales, marquée notamment par l'instauration de privations de liberté à durée indéterminée. Ces outils peuvent aussi selon Gravier contribuer à un renforcement de la stigmatisation sociale à l'égard de la maladie psychique en assimilant celle-ci à un risque de violence. L'évaluation du risque de violence mérite donc de rester une pratique avant tout clinique où l'usage d'instruments d'aide à la réflexion garde sa pertinence, mais doit faire l'objet d'une interrogation éthique et d'une définition de règles de bonne pratique (4, 48).

La méthode actuarielle, en tant que méthode de ciblage du comportement à travers des groupes bien particuliers renforce la stigmatisation. Il n'y a plus qu'un pas entre une probabilité plus élevée de violence au sein d'un groupe cible et la simplification qui consiste à dire « *ce groupe commet ce crime de nature* » (39). Selon Rémi Tévisse, un classement «*scientifique*» des sujets risque de ne plus les considérer que comme les véhicules d'indices de dangerosité et d'aboutir ainsi à une stigmatisation (7).

### **2.2.5 Place centrale de la clinique : les échelles comme aide et non comme élément unique de décision**

Millaud présente une approche très clinique, qui se situe dans un contexte plus large que celui de l'unique expertise. Il rappelle que les outils d'évaluation utilisés en clinique pour évaluer le risque de violence associé aux troubles mentaux graves sont les mêmes que ceux utilisés en criminologie dans un contexte d'expertise ou d'évaluation du risque de récidive au terme d'une incarcération. Les objectifs sont pourtant différents : en situation clinique l'objectif est de soigner, alors qu'en criminologie on vise la protection du public voire le contrôle social. L'évaluation clinique de la dangerosité doit selon lui tenir compte de l'ensemble des facteurs identifiés par la littérature scientifique, mais également des enseignements cliniques plus anciens fondés sur l'observation sémiologique et l'expérience clinique. Il défend la supériorité de la bonne connaissance de la clinique du passage à l'acte violent sur l'utilisation d'outils d'évaluation. Les échelles d'évaluation du risque de violence (HCR-20, START et OAS) ne

doivent être utilisées qu'en complément. Mais si les outils comportent des biais et des lacunes, ils ne doivent pas pour autant être laissés de côté. Ils aident à systématiser la pensée, à organiser les connaissances scientifiques et sont de ce fait en constante évolution (9, 49).

Gravier insiste sur la place centrale de la relation thérapeutique dans le processus d'évaluation. La première source dont dispose le clinicien pour évaluer la dangerosité d'un patient sont les entretiens cliniques. C'est dire l'importance que prennent la rencontre interindividuelle et la manière dont se noue la relation dans ce contexte. L'évaluation du psychiatre peut être faussée par l'émotion générée par l'entretien avec le patient, le risque lors de l'évaluation est que cette émotion soit transformée en diagnostic et surtout en pronostic. *«Quand on parle de dangerosité, il n'y a jamais neutralité émotionnelle»* écrit Gravier. Les émotions vont se déployer en fonction de ce que les actes commis vont susciter chez le clinicien : colère, inquiétude, frayeur, mais aussi compassion ou empathie. L'espace relationnel est aussi celui du patient qui peut induire séduction ou inquiétude, banalisation ou curiosité, et peut être dans une tentative de manipulation de l'évaluateur (23). Il semble primordial lors de l'évaluation clinique de différencier les éléments subjectifs qui infiltrent la notion de dangerosité et les éléments observables des comportements violents pour permettre une évaluation du risque de violence (4).

Selon Gravier, l'évaluation de la dangerosité doit tenir compte d'éléments qui ne sont pas répertoriés dans les échelles, comme la peur ressentie par l'évaluateur ou l'influence du lieu d'évaluation. De plus, la temporalité n'est pas la même selon les contextes d'évaluation. Dans la pratique clinique, l'évaluation se fait le plus souvent en urgence, au sujet d'un risque de violence immédiate, pour prendre des décisions thérapeutiques rapides. A la sortie d'hospitalisation, la temporalité est encore différente que lors d'un risque de passage à l'acte au sein de l'institution (4).

Pour Gravier, les échelles actuarielles s'éloignent de ce qui a fondé la réflexion médicale en matière d'évaluation et de compréhension des comportements violents. Evaluer la dangerosité des patients c'est avant tout se poser la question de la manière dont on va les aborder, et parler, avec eux et en équipe, de leur violence et ce qui a pu la déclencher. L'enjeu est bien d'appréhender le sujet dans son histoire. Les instruments doivent permettre la création d'espaces d'échanges appropriés. Leur fonction primordiale est d'aider à construire une clinique enrichie (48). L'évaluation du risque de violence doit être intégrée dans la démarche clinique. L'évaluation du sujet violent doit permettre d'aller vers la construction d'une clinique des comportements violents. Il se questionne sur le rôle du psychiatre face au crime, que ce soit dans l'expertise ou dans l'accompagnement des sujets auteurs de violences (4, 23).

Guilé évoque « *l'ère du chiffre* » où les probabilités prennent une place grandissante et sont non seulement appelées à maîtriser le risque, mais également à guider le décideur. Le chiffre, basé sur une analyse probabiliste du comportement des groupes tend à remplacer le lien interpersonnel. Ceci est décrié en psychiatrie, en raison d'un envahissement de la clinique par cette approche. On en oublie le projet de départ : un encadrement de la subjectivité du clinicien et un complément de l'approche relationnelle où opère le transfert. Il en résulte un effet de déliaison qui atténue le regard sur la relation thérapeutique et la confiance mutuelle entre professionnels (50).

Pham se prononce en faveur des outils semi-structurés et dynamiques qui répondent selon lui aux limites exposées. Cependant ces outils fournissent une information, un éclairage pour l'évaluateur mais ne doivent pas suggérer une prise de décision directe (46).

C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé a récemment émis des recommandations de bonnes pratiques cliniques pour guider les praticiens dans l'évaluation du risque de comportements violents : « *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 semi structurés 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.* » (13).

### **2.2.6 Conclusion : Une littérature en faveur des outils dits cliniques**

La préférence semble être donnée aux outils cliniques par la plupart des auteurs. Ils nous invitent à ne pas nous priver des instruments existant mais à les utiliser pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des aides à la décision, et non comme « *tables de la loi* ». Gravier notamment semble plus favorable aux évaluations cliniques semi-structurées, comme la HCR-20 par exemple, qui a montré son efficacité pour l'anticipation des comportements violents pendant l'hospitalisation ou après lors du retour dans la communauté (4, 23). Cependant, les outils ne doivent pas être utilisés seuls mais associés à une connaissance approfondie de la littérature scientifique et une solide expérience clinique, nécessitant une formation appropriée.

Les préoccupations actuelles des thérapeutes sont de proposer les meilleurs soins possibles et de gérer le risque en fonction d'éléments cliniques que les traitements peuvent modifier.

Les échelles ont une certaine pertinence pour évaluer l'intensité d'une pathologie ou affiner un diagnostic. Mais la finalité des outils d'évaluation du risque de violence n'est pas clairement établie. Le but est-il clinique, thérapeutique, expertal, sociétal ? Ces outils sont utilisés dans différents contextes (médical, pénal) créant ainsi une confusion quant à leur visée (48).

### **III. Observation des pratiques : l'évaluation de la dangerosité lors de la commission du suivi médical en Unité pour Malades Difficiles**

#### **3.1 Matériel et méthode**

##### **3.1.1 Objet de l'étude**

Nous avons assisté à la commission du suivi médical à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) Henri Colin à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif du 14/02/2013. Cette commission est composée de quatre membres nommés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour trois ans renouvelables : le médecin inspecteur de santé publique, trois psychiatres hospitaliers ne pouvant exercer dans l'UMD et leurs suppléants. Sont également présents les médecins psychiatres exerçant à l'UMD, le chef de service de l'UMD, les cadres infirmiers et les secrétaires médicales du service. La commission a lieu tous les mois et les dossiers de chaque patient y sont étudiés au minimum tous les six mois (51).

Les psychiatres membres de la commission sont chargés de s'entretenir avec les patients puis de faire part de leurs observations recueillies lors de ces entretiens. En fonction de l'avis de ces psychiatre, et suite à une discussion de l'ensemble des membres de la commission, trois décisions sont possibles : la sortie de l'UMD (avec retour sur le secteur le plus souvent), le maintien en UMD ou à revoir dans trois mois.

##### **3.1.1.1 Pourquoi le choix de l'UMD ?**

Tous les patients hospitalisés en UMD sont placés en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE) par arrêté préfectoral.

Sont hospitalisées en UMD les personnes qui « *présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique* » (art. L.3222-3 du code de la santé publique).

Les UMD accueillent :

- des patients médico-légaux déclarés pénalement irresponsables en application de l'article 122-1 du Code pénal (ou de son ancien article 64),
- des patients qui présentent des troubles majeurs du comportement que ne peuvent plus contrôler les moyens actuels de surveillance et de soins des unités de secteur en hôpital de psychiatrie générale. Ce sont des patients « perturbateurs » de services psychiatriques traditionnels,
- des détenus condamnés (en application de l'article D398 du Code de procédure pénale).

Le règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, anciennement régi par l'arrêté du 14 octobre 1986, est désormais régi par le décret numéro 2011-847 du 18 juillet 2011.

*« Les patients relevant d'une unité pour malades difficiles doivent présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet. ces patients doivent dans tous les cas relever des dispositions des articles L 343 à L 349 du code de la santé publique relatifs aux placements d'office, et présenter, en outre, un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à recevoir des patients relevant du chapitre III du titre IV de ce même code » (51).*

Le choix de l'UMD comme lieu d'observation des pratiques nous semblait pertinent car les patients qui y sont hospitalisés sont connus pour présenter au moins un antécédent de passage à l'acte violent hétéro-agressif ; nous avons vu précédemment que les échelles d'évaluation de la dangerosité avaient été validées chez ces populations.

### **3.1.1.2 Rôle de la commission du suivi médical**

La sortie du patient d'UMD répond aux critères médico-administratifs prévus par le décret numéro 2011-847 du 18 juillet 2011. Le transfert dans une unité de soins relevant d'un secteur psychiatrique d'origine du patient est préconisé par la commission de suivi médical composée de médecins psychiatres. Comme nous l'avons vu, la Commission examine le cas de chaque patient hospitalisé en UMD une fois tous les six mois au minimum (2).

Le choix de la commission du suivi médical comme situation clinique pour l'observation des pratiques nous semblait pertinent car la décision de sortie ou de maintien repose sur la persistance ou non d'une dangerosité psychiatrique chez les patients évalués.

### 3.1.2 Intervention

Les exposés des psychiatres ainsi que les discussions lors de la commission ont été retranscrits puis analysés. Les éléments cliniques relevés par les psychiatres ont ensuite été comparés à ceux présents dans l'échelle HCR-20.

L'analyse de la littérature précédemment réalisée nous a permis de choisir une échelle qui va être utilisée pour l'analyse de l'observation des pratiques. Aux vues des données de la littérature, nous avons décidé d'exclure les échelles actuarielles et de retenir uniquement les échelles cliniques traduites en langue française. Dans ces échelles cliniques, nous avons sélectionné le HCR-20, échelle la plus décrite et la plus utilisée dans d'autres pays, qui nous semble l'échelle la mieux adaptée en situation clinique courante.

### 3.1.3 Objectifs

L'objectif principal consistait à relever les critères utilisés par les psychiatres dans leurs observations lors de la commission et à les comparer à ceux d'une échelle de dangerosité, le HCR-20, puis d'analyser la place des différents critères dans la prise de décision.

Les objectifs secondaires ont été d'étudier les critères supplémentaires dans l'observation du psychiatre mais non présents dans l'échelle, ainsi que de s'intéresser à la place de la notion de dangerosité dans le discours du psychiatre.

## 3.2 Résultats

	sexe	âge	entrée UMD	décision
Mr BH	H	29	10/02/2008	maintien
Mr EM	H	24	17/06/2008	à revoir
Mr LA	H	28	16/02/2012	sortie
Mme CV	F	40	20/08/2012	sortie
Mr AAM	H	43	29/12/2009	maintien
Mr GF	H	30	07/06/2011	à revoir
Mr DA	H	30	11/02/2011	maintien
Mme LM	F	22	18/06/2012	maintien
Mr MR	H	35	30/08/2012	maintien
Mr YPN	H	25	25/08/2009	maintien

10 patients ont vu leur dossier étudié et discuté en commission de suivi médical, dont 8 hommes et 2 femmes, âgés de 22 à 43 ans. L'âge moyen des patients est de 30,6 ans. Sur les

10 patients, 2 obtiennent une sortie de l'UMD, 2 sont à revoir dans trois mois et les 6 autres justifient un maintien.

### 3.2.1 Résultats de l'objectif principal

#### 3.2.1.1 Résultats pour les items cliniques du HCR-20

	C1	C2	C3	C4	C5
Mr BH	x	x	x		x
Mr EM	x	x	x		x
Mr LA	x	x	x	x	x
Mme CV	x	x	x	x	x
Mr AAM			x		x
Mr GF	x	x	x	x	x
Mr DA	x		x		x
Mme LM		x	x		
Mr MR	x		x		
Mr YPN	x		x		x
<b>Nombre de patients</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>8</b>

C1 : Introspection difficile ; C2 : Attitudes négatives ; C3 : Symptômes actifs de la maladie mentale grave ; C4 : Impulsivité ; C5 : Résistance aux traitements

Les items cliniques du HCR-20 sont les plus représentés dans l'observation du psychiatre, nous les retrouvons à 70%.

L'item *symptômes actifs de la maladie mentale* est retrouvé chez tous les patients.

Les items *introspection difficile* et *résistance au traitement* sont tous deux retrouvés chez 8 patients.

L'item *attitudes négatives* est retrouvé chez 6 patients.

L'*impulsivité* est l'item clinique le moins représenté. Il est seulement retrouvé chez 3 patients.

#### 3.2.1.2 Résultats pour les items chroniques du HCR-20

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10
Mr BH	x	x				x			x	x
Mr EM	x	x				x				x
Mr LA				x		x				x
Mme CV	x	x	x		x	x			x	x
Mr AAM	x					x				x
Mr GF	x					x				x
Mr DA	x			x		x				
Mme LM	x					x	x		x	x
Mr MR	x	x				x				
Mr YPN	x					x				
<b>Nombre de patients</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

H1 : Violences antérieures ; H2 : Premier acte de violence durant la jeunesse ; H3 : Instabilité des relations intimes ; H4 : Problèmes d'emploi ; H5 : Problème de toxicomanie ; H6 : Maladie mentale grave ; H7 : Psychopathie ; H8 : Inadaptation durant la jeunesse ; H9 : Troubles de la personnalité ; H10 : Echecs antérieurs de la surveillance

Les items chronologiques sont peu représentés, nous les retrouvons à 38%.

On peut présupposer que l’item *maladie mentale grave*, retrouvé chez tous les patients, est une condition nécessaire à une hospitalisation en UMD et est donc peu pertinent dans ce contexte. Si nous soustrayons cet item, nous obtenons un taux de 31% de représentation des items chronologiques.

L’item *violence antérieure*, présent chez 9 patients, est le plus représenté des items chronologiques. L’item *échec de la surveillance antérieure* est lui aussi largement représenté comparativement aux autres.

Les items *premier acte de violence durant la jeunesse*, *trouble de la personnalité* et *problème d’emploi* sont respectivement présents chez 4 patients, 3 patients et 2 patients.

Les items *instabilité des relations intimes*, *toxicomanie* et *psychopathie* sont présents chez 1 seul patient. L’item *instabilité durant la jeunesse* n’est retrouvé chez aucun patient.

### 3.2.1.3 Résultats pour les items gestion du risque du HCR-20

	R1	R2	R3	R4	R5
Mr BH				x	
Mr EM	x	x		x	x
Mr LA				x	
Mme CV					
Mr AAM					x
Mr GF					
Mr DA				x	
Mme LM					
Mr MR					
Mr YPN					
<b>Nombre de patients</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

R1 : Plans irréalisables ; R2 : exposition à des facteurs déstabilisants ; R3 : Manque de soutien personnel, R4 : Inobservance des mesures curatives, R5 : Stress

Les items de gestion du risque sont très peu représentés, nous les retrouvons à 16%.

L’item *inobservance des mesures curatives* est le plus présent, retrouvé chez 4 patients.

L’item *stress* est retrouvé chez 2 patients. Les items *plans irréalisables* et *exposition à des facteurs déstabilisants* sont chacun présents chez 1 seul patient.

L’item *manque de soutien personnel* n’est retrouvé pour aucun patient.

### 3.2.2 Résultats des objectifs secondaires

#### 3.2.2.1 D'autres éléments cliniques présents dans l'observation des psychiatres

	Symptomatologie	persécution	froideur	reconnaissance des troubles	discours du patient sur sa violence	souhait du patient	prise en charge	évolution clinique
Mr BH	x		x	x				x
Mr EM	x				x			
Mr LA	x			x	x			x
Mme CV	x				x			
Mr AAM	x	x						
Mr GF	x	x					x	
Mr DA	x				x		x	x
Mme LM	x					x	x	x
Mr MR	x		x	x	x	x		
Mr YPN	x		x					
<b>Nombre de patients</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Des éléments cliniques non représentés dans le HCR-20 sont retrouvés dans les observations des psychiatres. Ainsi, la description de la symptomatologie est retrouvée pour tous les patients.

Une froideur est retrouvée chez 3 patients, un sentiment de persécution chez 2 patients.

La reconnaissance ou non des troubles est explicitée pour 3 patients.

La parole du patient bénéficie d'une attention non négligeable : le discours du patient sur sa violence est relaté pour 5 patients et le souhait du patient pour 2 patients.

La prise en charge actuelle est décrite pour 3 patients et l'évolution clinique pour 4 patients.

#### 3.2.2.2 Des items chronologiques supplémentaires

	âge	sexe	ATCD psy	Gravité du passage à l'acte	ATCD de violence auto-agressive	Violences subies
Mr BH	x	x	x	x		x
Mr EM	x	x	x	x		x
Mr LA	x	x	x	x		
Mme CV	x	x		x	x	
Mr AAM	x	x		x		
Mr GF	x	x		x		
Mr DA	x	x		x		
Mme LM	x	x		x		
Mr MR	x	x		x		
Mr YPN	x	x	x	x		
<b>Nombre de patients</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

L'âge et le sexe sont exposés pour tous les patients. De même, la gravité du passage à l'acte antérieur est précisée pour tous les patients.

Les antécédents psychiatriques sont décrits pour 4 patients.

Les antécédents de violences auto-agressives ainsi que les antécédents de violences subies sont tous deux présents chez 2 patients.

### 3.2.2.3 D'autres éléments absents du HCR-20

	explication du passage à l'acte	victime potentielle	facteur protecteur	ressenti évaluateur	utilisation du terme dangerosité
Mr BH	x	x		x	x
Mr EM	x			x	
Mr LA	x		x		x
Mme CV	x				
Mr AAM					
Mr GF	x	x		x	x
Mr DA	x				
Mme LM					
Mr MR	x			x	
Mr YPN					
<b>Nombre de patients</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

L'explication de la survenue du passage à l'acte violent est donnée pour 7 patients.

Une victime potentielle est évoquée pour 2 patients, un facteur protecteur est mentionné pour 1 seul patient.

### 3.2.2.4 Ressenti de l'évaluateur

Le ressenti de l'évaluateur est exposé pour 4 patients :

- Patient 1 : « m'a fait froid dans le dos », « glaçant ».
- Patient 2 : « ne m'a pas fait mauvaise impression ».
- Patient 6 : « gentil garçon ».
- Patient 9 : « inquiétant ».

### 3.2.2.5 Place de la notion de dangerosité

Le terme « dangerosité » est employé par le psychiatre pour 3 patients.

## IV. Discussion

### 4.1 Biais et limites de l'étude

L'étude clinique de notre mémoire est d'une portée limitée, du fait du petit nombre d'observations cliniques étudiées. L'intérêt était principalement d'apporter des éléments cliniques pour nourrir notre réflexion. Les résultats discutés sont donc à relativiser. De plus, la population choisie – des patients hospitalisés en UMD –, est restreinte et nos observations ne sont pas nécessairement généralisables à la pratique psychiatrique dans son ensemble.

L'exposé du psychiatre a été étudié et non les entretiens menés avec les patients. Cela a permis d'analyser la discussion entre les membres de la commission, mais pas de connaître tous les éléments effectivement recherchés par l'évaluateur. L'absence de certains items du HCR-20 dans l'exposé du psychiatre lors de la commission ne signifie pas nécessairement qu'ils n'ont pas été recherchés, mais peut-être simplement qu'ils n'ont pas été retrouvés chez les patients.

La validité du HCR-20 n'ayant pas été démontrée chez une population de patients hospitalisés en UMD, notre choix méthodologique peut être critiquable. Les limites des échelles exposées dans la partie revue de la littérature s'appliquent ici. Néanmoins, le choix de comparer l'exposé du psychiatre au HCR-20 nous a permis de structurer notre réflexion.

Lors du semestre d'internat effectué à l'Unité pour Malades Difficiles Henri Colin, nous avons suivi un certain nombre des patients dont les dossiers ont été étudiés lors de la commission. Notre analyse des résultats peut de ce fait être biaisée par la connaissance de certains dossiers.

La définition de la présence de l'item *psychopathie* dans le HCR-20 nécessite l'utilisation de l'échelle de psychopathie de Hare PCL-R. Il s'agit d'un instrument développé pour cerner le fonctionnement criminel, sous l'angle des traits de personnalité et des comportements antisociaux ou associés au comportement antisocial, comme par exemple l'impulsivité (52). Les psychiatres n'utilisant pas cette échelle lors des entretiens précédant la commission, nous avons évalué la présence de psychopathie sur des éléments cliniques rapportés par les évaluateurs.

Enfin, n'ayant pas été formés à l'utilisation du HCR-20, notre analyse des items peut se révéler inexacte. La littérature rappelle que l'utilisation des outils nécessite une formation spécifique (49).

## 4.2 Réflexion sémantique : de l'évaluation de la dangerosité à la gestion des risques

L'analyse de la littérature nous a permis de voir que les outils d'évaluation s'attachaient plus à estimer un risque de violence qu'à réellement évaluer la dangerosité. L'échelle choisie pour l'observation des pratiques est, rappelons-le, nommée HCR-20 : *Historical Clinical Risk-20*. Dans la littérature de langue anglaise, le terme de *risk assessment* est en effet préféré à celui de *dangerousness* (25).

Dans notre partie d'observation des pratiques, nous remarquons que le terme dangerosité n'est retrouvé que pour 3 patients sur 10. On peut alors s'interroger sur le caractère adéquat de l'utilisation de ce vocable dans la pratique clinique psychiatrique. Si on lui préfère le terme de risque, il semble crucial de mener une réflexion sur cette notion et sa place dans la pratique médicale. Nous avons vu en introduction la critique faite par Debuyst à cette notion de dangerosité, qui n'a pour lui aucune valeur scientifique (19). Nous pouvons nous demander si la notion de risque est plus scientifique ?

Le risque tient une place importante en médecine : risque thérapeutique et survenue d'effets indésirables pour le patient, risque d'erreur diagnostique, facteurs de risque des différentes pathologies. Dans le cadre de l'évaluation de la dangerosité, une erreur de l'estimation du risque de passage à l'acte violent entraîne un risque pour le patient de devenir violent mais également pour autrui d'être victime de cette violence. Nous sommes ici dans une situation particulière où la dimension collective tient un rôle primordial.

### 4.2.1 Une nouvelle conception du danger : le danger devient risque

Nous avons vu en introduction que nous nous dirigeons vers une modification terminologique de la définition de la dangerosité, lui préférant le terme de risque de violence. De l'avis même des criminologues, la dangerosité est une notion floue, aussi difficile à définir qu'à mesurer. En pratique, les criminologues définissent la dangerosité en termes de risques de violence physique contre soi ou contre autrui. Les criminologues ne sont pas sans éprouver un certain malaise face à la dangerosité. Malaise provenant pour une bonne part des difficultés que pose son évaluation (53). On s'accorde aujourd'hui à considérer que la dangerosité est multifactorielle, associant des facteurs anamnestiques (relatifs à la biographie du sujet concerné), événementiels (relatifs aux passages à l'acte antérieurs), contextuels (relatifs à la

situation du moment), environnementaux (relatifs à la qualité du support social et de l'insertion sociale), cliniques (état psychologique ou psychopathologique), comportementaux (rupture du traitement, abus de substances) et éventuellement diagnostiques (troubles de la personnalité de forme psychopathique, antisociale, paranoïaque, mélancolie, héboïdophrénie et variantes). (5) Ces différents facteurs sont désormais nommés facteurs de risque. Mais cette nouvelle notion de risque de violence est-elle vraiment différente de la notion de dangerosité ? N'est-elle pas simplement l'évolution historique de la dangerosité, teintée d'un vernis plus scientifique ?

#### **4.2.2 Qu'est-ce que le risque ?**

Selon Yates et Stone, il n'existe aucune définition universellement valable du risque (54). Nous allons néanmoins tenter de préciser ce que cette notion recouvre.

##### **4.2.2.1 Un danger sans cause**

Le terme « risque » vient de l'italien *risco*, dérivé du latin *resecum*, « ce qui coupe ». Il désignait à l'origine l'écueil qui menaçait les navires, puis plus généralement tout danger encouru par les marchandises en mer. Cette étymologie associe dès le début le risque aux assurances maritimes. Le risque n'est donc pas simplement synonyme de danger. Il est associé à une volonté d'entreprendre tout en maîtrisant les coups du sort.

Le terme « danger » vient du latin *dominarium*, « le pouvoir de dominer ». Le danger suppose l'existence d'une cause directe. La notion de risque est quant à elle exclusive de celle de faute. Le risque serait donc un danger sans cause, accidentel (55).

##### **4.2.2.2 Place importante de l'assurance et introduction de la notion de responsabilité**

Le lien entre la notion de risque et le domaine de l'assurance est présent dans l'étymologie même du mot risque. Si le risque est un danger sans cause, à qui revient la responsabilité de la réparation du dommage ? Peretti-Watel soulève cette interrogation : « *concevoir un dommage comme un accident pose problème : c'est un dégât sans cause, ou du moins sans faute, il exige réparation mais n'est pas imputable. C'est ici qu'intervient l'assurance : elle permet de rembourser la victime, sans qu'il soit nécessaire de trouver un coupable* ».

Pour qu'il soit pris en charge par l'assurance, le danger doit être prévisible et calculable. Il faut que l'accident soit suffisamment prévisible pour que l'assureur puisse calculer la prime

correspondante. Une nouvelle science va alors naître dans le domaine de l'assurance, l'actuariat (55).

#### **4.2.2.3 Une nouvelle conception du danger qui s'appuie sur des arguments chiffrés**

Le risque, initialement appréhendé à travers le prisme de la fatalité, du domaine culturel, appartient désormais au seul domaine technique. Le savoir technique a en effet succédé à la pensée mythique. La nécessité de se garantir contre la menace est de longue date un moteur de progrès technique. La responsabilité de l'homme est alors engagée là où avant il n'était question que de la main de Dieu (56). Selon les périodes, les régions, les groupes, différentes choses sont craintes. Dans le passé, il s'agissait principalement de la crainte de la colère de Dieu. La notion de risque implique de se détacher d'une fatalité et de voir derrière les événements le jeu des circonstances. « *La notion de destin s'efface en même temps que la main de Dieu s'éloigne* », les événements ne sont plus le fruit de la providence mais de la seule action de l'homme sur la nature ou sur le lien social. La notion de risque est alors corrélée à celle de responsabilité. (57).

Le risque, danger sans cause, dommage sans faute, devient prévisible et calculable. Cette nouvelle conception du danger est inséparable des développements de la statistique publique et des calculs des probabilités. Elle témoigne d'une nouvelle volonté de contrôler les caprices de la nature et du destin (55).

#### **4.2.3 L'évaluation du risque**

*« Il est régulièrement demandé aux cliniciens de se prononcer sur la dangerosité posée par un individu, que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation involontaire, d'une démarche judiciaire ou à l'occasion d'une libération conditionnelle. Dans sa formulation " populaire ", la question est alors de savoir si la personne est dangereuse ; dans sa formulation plus technique, formulation qui prévaut ici, il s'agit de savoir quel est le risque que cette personne manifeste un comportement violent, au cours d'une période définie, dans un contexte défini »* (52).

#### 4.2.3.1 Un recueil de facteurs de risque

La notion de risque induit une nouvelle conception du lien causal. Nous avons vu qu'un risque est un danger sans cause, accidentel. Toutefois, ce danger n'est pas purement aléatoire, sa probabilité d'occurrence varie selon les individus et les situations. A chaque risque sont ainsi associés des facteurs de risque, dont la présence accroît la probabilité de survenue d'un événement. Appréhender un danger en risque, c'est donc considérer qu'il n'a pas une cause simple, nécessaire ou suffisante, mais une multiplicité de causes probables, de facteurs. Les éléments des échelles sont à ce titre les facteurs de risque du passage à l'acte décrits dans la littérature (27).

Une des principales critiques faite à cette méthode est que la compréhension du lien entre un risque et l'un de ces facteurs n'est pas requise. Elle met en évidence des relations statistiques, souvent interprétées comme des liens de cause à effet partiels, sans pour autant fournir de clé pour les comprendre. Le nombre de facteurs de risque théoriquement envisageables pour un risque donné est incalculable, il croît directement en rapport avec notre capacité à recueillir et traiter des informations chiffrées : le monde est de plus en plus risqué car notre capacité à mettre en évidence de nouvelles corrélations statistiques augmente chaque jour (55).

Les différents facteurs de risques sont ensuite intégrés pour définir un risque. Ces facteurs sont reliés les uns aux autres, ne peuvent être pris indépendamment. Il ne s'agit pas uniquement d'un recueil d'informations mais également d'une prise en compte du caractère dynamique et complexe des situations. La difficulté d'évaluation réside moins dans la sélection des informations que dans leur pondération et leur intégration (54).

Le risque, défini par l'ensemble de facteurs de risque, ne semble pas si différent de la dangerosité décrite comme multifactorielle (5).

#### 4.2.3.2 L'évaluation du risque est dépendante de sa perception

Le risque, en étant souvent assimilé au danger et à la menace ressentis, souligne l'existence d'aspects subjectifs, au sens étymologique du terme, « *propre à un sujet* » (54). Le risque est souvent vécu comme une donnée négative, venant menacer un équilibre antérieur et échappant à tout contrôle (57).

Pour les sciences sociales, le risque est socialement construit et dépend de la perception des acteurs, c'est-à-dire des significations et des valeurs mises en jeu dans leur appréhension des situations. Dans notre étude, le ressenti de l'évaluateur est exprimé pour 4 patients : « *m'a fait froid dans le dos, glaçant* », « *ne m'a pas fait mauvaise impression* », « *gentil garçon* », «

*inquiétant* ». Fait remarquable, les 2 patients pour lesquels une décision de « à revoir dans trois mois » a été prise ont suscité chez le psychiatre l'expression d'un ressenti subjectif lors de la commission. Nous pouvons alors nous demander si l'émotion ressentie par l'évaluateur ne vient pas perturber son jugement, nécessitant ainsi une nouvelle évaluation. Cependant, même lorsque le ressenti de l'évaluateur n'est pas clairement exprimé, il est fort probable que son estimation du risque soit influencée par sa propre subjectivité. En effet, si la perception des risques des profanes est influencée par leur subjectivité, il n'y a pas de raison qu'il n'en soit pas de même pour les experts.

### **Les déterminants de la perception du risque**

Les déterminants sociaux et culturels jouent un rôle important en matière de perception et d'évaluation des risques et le risque peut être abordé comme une construction sociale (54). Il existe deux types de variables dans la perception des risques, les variables sociodémographiques et les variables psychosociales. Le jugement des risques sera différent en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'expertise scientifique, de l'exposition médiatique, de la cible du risque (soi ou autrui), du niveau socio-économique (58).

Nos opinions et attitudes vis-à-vis des risques dépendent aussi de nos valeurs et de notre culture. L'anthropologue britannique Mary Douglas définit quatre types culturels - Hiérarchique, Egalitaire, Individualiste et Isolé - chacun de ces ancrages sociaux tendant à marquer des perceptions propres du danger. Pour elle, la substitution contemporaine du risque au danger est révélatrice d'une nouvelle culture individualiste. L'individualisme, à l'origine d'une perte de confiance, entraîne une rupture du lien social et majore ainsi le sentiment d'incertitude et donc le risque perçu. Ce biais culturel rend souvent inopérants les arguments scientifiques. A chaque culture correspondent de bons et de mauvais risques. Si le risque d'agression par un malade mental est nettement moindre que le risque d'accident de la circulation, il est cependant moins bien toléré (55).

Slovic définit deux déterminants principaux qui sont le sentiment de peur inspiré par un risque et le manque de connaissances sur ce risque (58). Si nous prenons l'exemple du risque de passage à l'acte violent d'un patient schizophrène, le sentiment de peur est important et le public est peu informé sur les réalités épidémiologiques de la violence chez les malades mentaux. Ainsi le risque sera perçu comme majeur.

La psychologie sociale considère l'homme comme un être relationnel. Elle relie trois éléments : soi, autrui et le contexte. La seule prise en compte des variables personnelles serait une erreur car grande est l'importance du contexte et du rôle joué par le sujet dans celui-ci.

Les représentations et perceptions sociales déterminent nos attitudes et comportements à l'égard d'un objet donné. La manière dont nous nous représentons les individus et les situations que nous rencontrons est tributaire de nos différents ancrages socioculturels et professionnels, expliquant ainsi la pluralité des représentations sociales de la dangerosité. Risque et danger sont tous deux associés à une situation, d'où la perspicacité de l'approche de psychologie sociale (59). Là encore, nous pouvons nous interroger sur la différence entre risque et dangerosité.

### **Experts versus profanes**

Le point de vue des scientifiques diffère souvent de celui des populations concernées. Les uns et les autres n'évaluent pas les dangers à travers les mêmes filtres. Les experts vont classiquement procéder à une estimation qui se veut objective et analytique ; les profanes auront quant à eux une perception plus qualitative, plus subjective. En prenant l'exemple du nucléaire, le risque pour l'expert dépend de la dose alors qu'un risque élevé est associé au nucléaire par le profane (57, 58).

Il peut paraître important dans l'évaluation d'un risque de prendre en compte l'avis des profanes car mêmes les experts les plus qualifiés verront leur évaluation influencée par le contexte. Cette perception différente ne dépend pas uniquement du niveau de connaissances techniques de chacun et ne se limite donc pas à une opposition entre experts et profanes (55).

Nous devons accepter de dire, en tant que professionnel, que notre patient est inquiet, pas seulement parce qu'on le ressent comme tel, mais parce qu'on est capable de nommer certains aspects justifiant l'inquiétude (48).

### **Biais de perception du risque**

Contrairement à l'erreur qui est aléatoire, le biais est systématique et se produit à chaque occasion dans une direction toujours identique. Le sentiment d'insécurité n'est pas toujours en lien avec les dangers qui menacent la population. La mesure objective du risque est une fiction politique et sociale.

Les recherches en psychologie sociale et cognitive montrent que l'évaluation est susceptible d'être entravée par de nombreuses distorsions. Parmi les principaux biais citons le biais de sur-confiance, qui amène à sous-estimer le niveau de risque ; le biais de rétroactivité qui consiste à juger, après qu'un événement se soit produit, qu'il était facile de le prévoir ; ou encore la psychologisation marquée par la surestimation du déterminisme psychologique au détriment des facteurs du milieu, des circonstances ou de la situation. Enfin, il ne faudrait pas

sous-estimer la possibilité d'un biais de confirmation lorsque ne sont pris en considération que des éléments qui convergent, en omettant les informations allant à l'encontre de l'opinion initiale. C'est par exemple la non prise en compte des facteurs protecteurs dans l'évaluation du risque de violence (54, 59).

Comme nous pouvons le constater au travers des résultats de nombreuses études en psychologie, nous ne sommes pas toujours conscients de tous les biais qui affectent nos actions, tant du point de vue du traitement de l'information que de celui des influences normatives et idéologiques. En termes d'évaluation de la dangerosité, la solution pourrait être une évaluation pluridisciplinaire. Mise en œuvre dans certains services, elle permet de prendre en compte les représentations différentes selon la fonction et d'avoir une évaluation plus complète. Cette confrontation permet en outre de pondérer les différents biais de jugement présents dans toute démarche évaluative (59). Mais selon Debuyst, cette pluridisciplinarité est fictive car elle rapporte les préoccupations des diverses disciplines à un présupposé : la dangerosité et son appréciation. Elle ne permet pas aux logiques propres de ces diverses disciplines de se développer et de mettre en cause ce présupposé. (19).

#### **4.2.4 Principaux enjeux de la notion de risque**

##### **4.2.4.1 Une probabilité et non une certitude : le problème de l'acceptabilité du risque résiduel**

En abordant la difficile évaluation de la dangerosité, il est important de souligner combien « *prédire un destin, quelles que soient les méthodes 'scientifiques' utilisées, laisse un doute résiduel. Toute la question est alors de savoir si ce doute doit condamner ou libérer, de savoir si le drame d'une victime putative est plus intolérable que celui d'un responsable potentiel* ». (60)

##### **Culture du risque**

Nous sommes confrontés à un paradoxe étonnant : le monde est de plus en plus sûr, comme en témoigne la progression de l'espérance de vie, et pourtant le risque et le sentiment de vulnérabilité augmentent. La prolifération du risque est avant tout verbale et ce terme est de plus en plus utilisé par les compagnies d'assurance qui définissent également de plus en plus de situations à risque (une inondation est par exemple devenue un risque naturel). Si l'on observe une prolifération des risques, ce n'est pas que le monde actuel est devenu plus

dangereux mais que le rapport au danger a changé et avec lui le rapport au monde. On peut alors parler d'une « *société du risque* », expression que l'on doit au sociologue allemand Ulrich Beck (55).

Les médias, nous l'avons vu précédemment, ont leur part de responsabilité dans l'amplification ou au contraire l'atténuation de la perception des risques par l'opinion publique. Des études montrent que nous surestimons la fréquence des événements spectaculaires ou très médiatisés (catastrophes aériennes, homicides) tandis que nous sous-estimons les menaces plus discrètes (accidents de la route, maladies) (55).

Il est souvent reproché aux médias d'encourager cette « *culture du risque* » en s'emparant des incertitudes scientifiques pour nourrir un véritable cercle vicieux : en entretenant les craintes irrationnelles du public, ce dernier pousserait des politiques sous pression à prendre des mesures réglementaires ou législatives excessives. Ces mesures peuvent s'avérer contre-productives : en luttant contre un risque faible mais très médiatisé on en favoriserait d'autres, plus dangereux. On rejoint ici les critiques d'Harcourt sur les méthodes statistiques et actuarielles utilisées dans la police qui, en ciblant certaines populations « *à risque* », favorisent l'augmentation de la criminalité (39).

Cette culture du risque s'accompagne d'une intolérance vis-à-vis du risque résiduel. Si le psychiatre est en charge de l'estimation du risque de passage à l'acte violent de ses malades, est-ce à lui de décider si ce risque résiduel est acceptable pour la société ?

### Acceptabilité d'un risque et responsabilité

Quand les perceptions du public ont commencé à peser sur les décisions des politiques, la question de l'acceptabilité du risque est devenue médiatique. Cette acceptabilité semble notamment répondre à l'attribution d'une responsabilité. La question du risque nous confronte à un nouveau paradoxe : la notion de risque est censée mettre entre parenthèses la recherche de cause ou de faute, mais on tend de plus en plus à définir une responsabilité.

Comment peut-on accepter un risque de violence physique ? Qui est responsable de la survenue d'un passage à l'acte, la maladie abolissant le discernement du patient ? Le médecin ? L'institution ?

### **Un risque faible et pourtant inacceptable**

L'évaluation d'un risque va combiner deux éléments : la probabilité de survenue d'un événement et la gravité ou l'utilité des conséquences. Le risque n'est acceptable que parce que l'activité qui le crée permet d'atteindre des objectifs positifs ou souhaités. L'acceptabilité

d'un risque va se définir par la balance entre avantages et inconvénients. L'évaluation doit prendre en compte ces deux dimensions, assimilables à la balance bénéfice/risque si chère à la prise de décision en médecine. Dans le cas de l'évaluation du risque de violence, l'avantage espéré est la liberté du patient, l'inconvénient redouté le passage à l'acte violent. Mais si la sortie du patient empêche les soins, l'avantage est-il vraiment réel ? L'acceptabilité du risque évolue notamment en fonction de sa perception. Le risque perçu est inversement proportionnel aux bénéfices attendus : une activité est perçue comme d'autant moins risquée qu'elle procure plus de bénéfices (54). La sortie des patients, qui procure peu de bénéfices pour l'opinion publique, est donc perçue comme très risquée.

Le risque de récurrence de passage à l'acte est faible et se situe aux alentours de 10% dans les différentes études. Peu de patients sortis d'institutions psychiatriques sécuritaires sont dangereux pour autrui. Comme l'ont signalé plusieurs auteurs, les tentatives visant à prédire des événements rares conduisent inévitablement à de nombreuses affirmations erronées (individus classés dangereux par erreur). Les auteurs montrent comment, avec une méthode de prédiction ayant une validité de 80%, on fait plus d'erreurs qu'en laissant sortir tous les patients. Les erreurs surviennent dans les 2 sens avec la méthode de prédiction : des non dangereux ne sont pas libérés et des dangereux le sont. En faisant sortir tout le monde, le risque est uniquement de libérer des dangereux. Avec la méthode de prédiction, la majorité des erreurs est due à la prudence (61).

### **L'erreur par excès de prudence plus acceptable ?**

Quel type d'erreur est le plus acceptable ? Enfermer des personnes de manière injustifiée ou libérer des patients dangereux ? Une solution pourrait être de décider de la sortie non en fonction de la dangerosité mais du caractère actif des symptômes et de la maladie. Quand un patient sorti de l'hôpital commet un meurtre, on crie au scandale, comme ce fut le cas à Marseille où une psychiatre s'est vue attribuer la responsabilité du passage à l'acte de son patient. Mais qui s'offusque de la privation de liberté de certains patients psychiatriques, en dépit de toute dangerosité ? (61)

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a rendu un avis en date du 17 janvier 2013 critiquant notamment les modalités de sortie des personnes hospitalisées contre leur gré en Unités pour Malades Difficiles (UMD). Il rappelle dans son avis que les malades mentaux ne peuvent être arbitrairement privés de liberté (33).

### **Le risque zéro n'existe pas**

Si un effet a une cause unique, nécessaire et suffisante, il suffit d'agir sur cette cause pour en supprimer l'effet. Mais si un effet a des causes multiples, il n'est pas possible de le prévenir de façon exhaustive. Si la notion de risque permet de dompter l'aléa, elle ne saurait l'éradiquer. Au niveau des perceptions individuelles, cette impossibilité du risque zéro peut aussi devenir le vecteur de craintes irrationnelles (55).

On pourrait penser que l'application du principe de précaution permettrait de tendre vers ce risque zéro. Mais ceux qui réclament l'application de ce principe oublient souvent les garde-fous de la loi, qui fait seulement mention de risques « *graves et irréversibles* », et n'envisage que des mesures « *proportionnées* ». Sans ces restrictions, ce principe conduit à toujours envisager le pire et à payer très cher pour viser un risque zéro hors d'atteinte (Peretti). Le principe de précaution appliqué à l'humain, pourtant par essence imprévisible, conduit à concevoir une prévention absolue du risque. Les experts médecins sont désormais sollicités pour participer à cette utopie du risque zéro. Ceci justifie que les médecins affirment les limites de leur art (25).

### **Gestion de l'incertitude et responsabilité médicale**

Dans une politique actuelle du risque zéro, toute erreur médicale est pointée du doigt. Un psychiatre qui laisserait sortir un patient qui présenterait des comportements violents ou troublerait l'ordre public serait accusé d'avoir mal évalué sa dangerosité. Tout dysfonctionnement est perçu comme un désastre, une catastrophe, surtout en cas de passage à l'acte grave. Cette difficulté dans laquelle nous plonge l'incertitude engendre un souci constant d'évaluer, de réduire, de maîtriser comme de réglementer le risque qui devient une préoccupation constante (62). Mais le psychiatre est-il responsable de l'avenir incertain de son patient ?

Il ne suffit plus de consulter un expert pour déterminer si un risque est acceptable, il faut aussi informer l'opinion, la convaincre d'accepter un risque présenté comme résiduel, minime. On peut se demander dans quelle mesure les psychiatres devraient se saisir de ce rôle d'information. Mais la communication des risques et de leur acceptabilité n'est pas chose aisée, et communiquer des chiffres, même en les expliquant, ne semble pas suffire.

#### 4.2.4.2 La prévention du risque partie intégrante du rôle du psychiatre

La dimension collective est une dimension inhabituelle de la logique médicale et s'oppose au concept du colloque singulier entre le médecin et le patient. Pourtant, une lecture attentive du code de déontologie introduit cette dimension collective. Le médecin est au service de l'individu mais également de la santé publique (63).

La gestion du risque fait partie intégrante de la pratique médicale (risque cardio-vasculaire, hypertension artérielle...) et travailler à sa réduction est un acte médical. Si répondre aux questions sur le risque associé à une situation clinique et œuvrer à la réduction de ce risque fait partie de la responsabilité du psychiatre, nous pouvons penser en revanche qu'il ne lui appartient pas de savoir si le risque résiduel est acceptable par la société (13).

On peut demander au psychiatre d'évaluer et de prendre en charge un risque de violence mais il n'est pas de son ressort de prédire l'avenir et la survenu d'un éventuel passage à l'acte. Ainsi nous considérerons que la prédiction du risque de récurrence n'appartient pas au champ de la médecine mais à celui de la justice.

#### Le rôle de prévention du médecin

A partir du moment où l'autorité publique tente d'anticiper les pathologies, on voit apparaître la prévention. L'Etat manifeste une préoccupation grandissante en termes de normativité : on encourage les habitudes de vie saines et on proscriit les comportements à risque. De grandes lignes de conduite sont dictées pour être en bonne santé. Les comportements déviants ou à risque sont définis comme de trop grands écarts par rapport à ces normes. Les groupes non conformes deviennent les cibles privilégiées des interventions publiques, ce qui pose la question de la liberté de choisir son mode de vie et sa hiérarchie de valeurs (62).

La démarche de prévention est l'objet de nombreuses critiques, lui reprochant de stigmatiser un comportement mais surtout les personnes qui le pratiquent. Les comportements que la médecine cherche à éradiquer au nom de la santé publique sont souvent associés au plaisir, ce qui les rend d'autant plus difficile à combattre (57). Il arrive aussi que la mise en exergue d'un risque permette de réaffirmer des valeurs et de dénoncer plus fortement des comportements considérés comme déviants. Le risque devient alors une ressource dans un conflit de valeurs, un cheval de Troie utilisé pour promouvoir une morale particulière. Nous pouvons alors parler de « *risques épouvantails* ». (55)

Les sujets dits dangereux, et parmi eux particulièrement les malades mentaux, sont alors projetés sur le devant de la scène politique et médiatique.

## Evaluation de la dangerosité : un objectif de prévention et non de prédiction

Une démarche de prévention de la dangerosité en pratique clinique apparaît envisageable dans la mesure où l'on observe souvent une consultation auprès d'un professionnel de santé dans les semaines précédant un passage à l'acte agressif. De même l'annonce d'un passage à l'acte violent par le patient apparaît comme un signe annonciateur de violence future. C'est ainsi que dans notre étude, les psychiatres de la commission accordent une place non négligeable au discours du patient sur sa violence. L'observation clinique de Mr. E.M rapporte que ce patient avait annoncé son passage à l'acte survenu dans l'institution (Annexe 1). La bonne connaissance et le repérage des critères de dangerosité peuvent alors permettre de percevoir un risque de violence avec une certaine pertinence. L'incertitude demeure quant à la survenue dans le temps et l'espace de ce passage à l'acte.

La présence d'incertitudes est caractéristique d'une situation à risque : l'évaluateur est amené à faire un pronostic à partir des informations présentes (54). Le risque de basculer de la prévention à la prédiction est posé par la notion même de la dangerosité, notion éminemment probabiliste. L'évaluation de la dangerosité doit se faire comme on évalue un pronostic en matière médicale, en termes de potentialité, de possibilité de passage à l'acte, « *dont la valeur de fiction reste reconnue* ». On ne doit pas accorder de valeur prédictive quantifiée aux signes cliniques. Il faut préserver la valeur d'hypothèse, au risque d'aboutir à un « *sophisme scientifique* » (7).

La prévention de la dangerosité ne se réduit pas à une prédiction de cette dernière, d'autant que nous savons aujourd'hui que la prédictivité de la dangerosité est d'une fiabilité modeste (7). L'évaluation de la dangerosité par le médecin, sensé s'intéresser en premier lieu aux intérêts et au bien être de son patient, doit permettre de proposer des soins les plus adaptés possibles. L'objectif doit être préventif et non punitif.

Les soins apparaissent comme une bonne modalité de prévention. L'intérêt d'une prise en charge psychiatrique dans la réduction du risque d'un passage à l'acte hétéro-agressif a été clairement démontré par l'étude Mac Arthur qui révélait que le risque de violence de la part de patients malades mentaux était inversement proportionnel à l'intensité de leur suivi psychiatrique. Ainsi, le groupe de patients suivis toutes les quatre semaines avait un risque de violence quatre fois plus élevé que le groupe suivi toutes les semaines (60). Pour parvenir à diminuer le risque de violence des patients, nous devons leur proposer une meilleure prise en charge, qui passe tout d'abord par une meilleure évaluation de ce risque de violence.

Le risque peut être appréhendé comme une valeur construite par le sujet évaluateur, en ne s'appuyant pas seulement sur ses connaissances techniques mais en allant bien au-delà.

L'évaluation du risque cesse alors d'être une démarche de mesure pour devenir une réponse holistique individuelle. Le risque zéro étant, nous l'avons vu, une utopie, l'objectif n'est pas d'éliminer le risque mais plus modestement de le gérer. Nous pouvons nous demander à quoi sert cette évaluation du risque ? Quelles sont les mesures et les prises en charge qui en découlent ? Le but est-il une meilleure gestion sociale ?

### **4.3 Gestion du risque et protection sociale**

Nous avons vu ce que recouvrait la notion de risque ainsi que les enjeux en termes d'acceptabilité et de prévention. Mais la gestion du risque ne semble pas se limiter à sa prévention. En effet, le fait de définir un risque de passage à l'acte violent chez une personne va entraîner des conséquences pour elle et des mesures institutionnelles seront prises. Devant les préoccupations grandissantes vis-à-vis du risque dans notre société, un « *devoir de précaution* » va s'imposer aux pouvoirs publics, aux médecins voire à tout citoyen (56).

#### **4.3.1 Gestion du risque et facteurs contextuels de violence**

Les items de gestion du risque du HCR-20 sont peu présents dans l'exposé du psychiatre lors de la commission. Nous pouvons nous en étonner, la gestion du risque semblant importante pour définir l'intervention. L'item retrouvé le plus souvent est *observance des mesures curatives*. C'est en effet un des éléments majeurs pour la décision de sortie d'UMD.

Nous avons vu que l'évaluation du risque se faisait selon différentes temporalités. Rappelons que l'évaluation à court terme apparaît comme la plus fiable et permet de mettre l'accent sur l'urgence d'une situation (4). Une des explications possibles de la faible présence des items de gestion du risque du HCR-20 dans la discussion est qu'ils ne correspondent pas à la réalité de l'hospitalisation en UMD. Ils semblent être pertinents lorsque le patient est dans son milieu habituel mais non adaptés au contexte d'hospitalisation. Dans le contexte d'une hospitalisation, si une sortie prochaine n'est pas envisagée, l'évaluation de la plupart des items de gestion du risque ne semble en effet pas pertinente. On peut supposer que durant l'hospitalisation le patient ne sera pas ou peu exposé à des *facteurs déstabilisants* et que le *soutien personnel*, fourni en grande partie par l'équipe soignante, sera de qualité.

Il est intéressant de remarquer que le patient pour lequel les items de gestion du risque sont les plus représentés est passé à l'acte dans l'institution, du fait des incohérences de

fonctionnement de cette dernière. Cet élément pointe l'importance du contexte de l'évaluation. Si ces items sont plus présents que pour les autres patients c'est peut-être parce qu'il existe, dans ce cas, un contexte qui entraîne un risque de violence. Sans ce contexte, le patient ne présente pas de dangerosité, une décision de sortie ayant d'ailleurs été prononcée (Annexe 1). Ce résultat est en accord avec la littérature qui expose le fait que la dangerosité est influencée par la relation de l'individu à son environnement (17).

#### **4.3.1.1 L'évaluation de la dangerosité dépend du contexte**

Il faut garder à l'esprit que les variables associées à l'homicide sont différentes des variables associées à d'autres formes de comportements violents. De plus, il est vraisemblable que les facteurs associés auxdits comportements violents varient en fonction du contexte dans lequel s'exprime l'acte violent (26). Pourtant, l'appréciation du contexte entourant le comportement délinquant n'est pas suffisamment prise en compte. Elle est cependant indispensable pour la compréhension, mais aussi pour la gestion et la prévention des comportements délinquants (46).

L'évaluation clinique non structurée, contrairement aux échelles, pourrait permettre une meilleure prise en compte du contexte. Jean-Pierre RUMEN décrit la clinique de l'expertise dans un chapitre intitulé « *Pour une clinique de l'expertise* ». Ses observations peuvent être étendues à l'évaluation de la dangerosité en clinique psychiatrique classique. Selon lui, la situation doit être prise en compte dans sa totalité, incluant l'observateur mais également l'institution où ont lieu l'observation et l'interprétation. La symptomatologie mise en évidence va dépendre en partie du « *style relationnel* » noué par le clinicien et le patient : « *l'observé dépend largement de l'observant et des circonstances où ils sont placés* ». L'évaluateur doit donc prendre en compte cette dimension transférentielle et se garder du « *fantasme de toucher au savoir absolu* ». Si la dangerosité de certains états mentaux est incontestable, comme par exemple la dangerosité d'une psychose paranoïaque, il faut toutefois garder à l'esprit que la structure pathologique de ces sujets peut se trouver modifiée par l'entourage social ou le mode de vie (7).

Il ne faut enfin pas sous-estimer l'importance du lieu de l'évaluation. En prison par exemple, on pourra observer une tendance à majorer la dangerosité d'un sujet qui pourrait être simplement considéré comme triste dans un autre contexte. A l'inverse, dans d'autres lieux comme l'hôpital, la dangerosité peut être minimisée car l'objectif premier est l'écoute et le soulagement (4).

Nous l'avons vu, la dangerosité est une notion dynamique qui dépend d'un contexte. La place majeure du contexte social nous porte à penser que la psychiatrie seule ne peut prendre en charge la dangerosité. Il conviendrait désormais que chaque Agence Régionale de Santé définisse les besoins d'accueil médicosocial au long cours de ces populations vulnérables pour en assurer la prise en charge dans des conditions d'hébergement dignes avec une sécurité suffisante pour la société (25).

#### **4.3.1.2 Importance des facteurs de protection**

La recherche de facteurs protecteurs est retrouvée dans notre étude pour un seul patient. Ils sont absents du HCR-20. Pourtant, la littérature insiste sur leur importance dans l'appréciation d'un risque de violence (27). Certains auteurs proposent l'utilisation de l'échelle START, qui intègre les facteurs de protection, comme un complément au HCR-20 (info psy 4). Nous pouvons nous interroger sur la faible importance qu'il leur est accordée par les cliniciens et nous demander si une meilleure connaissance et recherche de ces facteurs ne serait pas souhaitable.

#### **4.3.1.3 L'institution violente**

Nous avons vu avec le cas de M. E.M que l'institution, dans un contexte d'impossibilité administrative de sortie, peut être à l'origine d'une décompensation de la symptomatologie du patient. Le Contrôleur général des lieux de privation de libertés rappelle dans son avis que les malades mentaux ne peuvent être arbitrairement privés de liberté. Les difficultés relevées par le Contrôleur se caractérisent notamment par un maintien du malade en UMD contre l'avis de la commission de suivi et en dépit d'un arrêté préfectoral. Il arrive que l'établissement de santé d'accueil ne souhaite pas accueillir de nouveau le patient à l'origine d'un passage à l'acte dans cet établissement. Ces craintes sont entendues par le Contrôleur mais ne peuvent remettre en cause les conclusions de la commission de suivi médical ayant préconisé la sortie de l'UMD et le retour dans l'établissement d'origine. Parfois, la situation est plus complexe. C'est notamment le cas lorsque le parcours du malade associe des séjours dans plusieurs UMD ou lorsque, comme M. E.M, il fait l'objet d'une interdiction judiciaire de séjour dans le département de l'établissement d'origine. Dans ces cas, l'absence d'une autorité administrative unique permettant de déterminer et d'imposer l'établissement d'accueil reste problématique (33).

Si les dysfonctionnements de l'institution peuvent être angoissants pour les patients et engendrer des passages à l'acte violents, les moyens thérapeutiques dont nous disposons en psychiatrie peuvent apparaître eux aussi d'une extrême violence. De nombreux films, comme *Vol au-dessus d'un nid de coucou* ou encore *L'échange*, dénoncent des moyens tels que les électrochocs, la contention, l'enfermement sous contrainte. Pour Basaglia, il est nécessaire de s'intéresser non plus à la violence du malade mais à celle du psychiatre dont on parle nettement moins. Notre rapport au malade est conditionné par la violence censée caractériser la maladie mentale, cela étant vrai pour le psychiatre comme pour le reste de la société. Ey et Basaglia ont insisté sur l'angoisse du malade, renforcée par les attitudes de discrimination à son égard et l'exposant à des actes incontrôlables. La « *pathologie de la liberté* » désigne le fait que la maladie mentale fait perdre au patient sa capacité d'autonomie. Le rôle du psychiatre est alors d'accompagner le malade afin qu'il retrouve cette liberté qui fonde l'humain. Basaglia mettait en outre l'accent sur tous les éléments d'oppression qui s'abattent sur l'individu hospitalisé en psychiatrie. Ces deux auteurs dénonçaient les effets délétères de l'enfermement voire même contestaient l'hospitalisation comme voie unique de la guérison (64).

#### **4.3.2 Des lieux de prise en charge entre soin et sanction**

Nous l'avons vu, la notion de dangerosité est née dans un but de gestion sociale (19). La question de son évaluation peut s'étendre à la question du lieu de prise en charge des personnes présumées dangereuses. De plus en plus de malades mentaux se retrouvent en prison et des injonctions de soins sont prononcées sur décision de justice. Le risque de confusion entre établissement de soins et établissements pour peine se fait alors sentir.

##### **4.3.2.1 La place de la dangerosité dans le système pénal**

La dangerosité prend de plus en plus de place dans les décisions judiciaires et constitue un instrument essentiel dans la gestion de la délinquance. Elle intervient au moment du procès où elle sert à déterminer la sentence, pendant l'incarcération dont elle permet d'établir le déroulement (programmes thérapeutiques proposés, privilèges et restriction accordés ou imposés) et en cas d'éligibilité à la libération conditionnelle elle déterminera en grande partie si celle-ci doit être accordée ou si une surveillance doit être mise en place.

Pour les criminologues, la dangerosité constitue le critère majeur de leurs recommandations. La catégorisation des délinquants en êtres dangereux ou non dangereux sert de plaque

tournante au moment du choix des politiques à adopter. Les comportements de violence individuelle qu'on retrouve dans les groupes démunis sont mis exagérément en évidence et servent de centre d'attraction. Aidée par les medias, qui ont tendance à accorder une place démesurée aux délits spectaculaires, la dangerosité permet au système pénal de projeter dans le public l'image de délinquants dangereux et d'une criminalité sans cesse débordante, dont il importe d'endiguer les flots. Par la crainte qu'elle suscite et entretient, la dangerosité justifie d'une part l'intervention massive du système pénal, et favorise d'autre part la mise en place de mécanismes de surveillance et de contrôle de plus en plus raffinés.

Plus encore, cette croyance en l'existence d'une classe dangereuse a pour effet, comme le souligne Baratta, de susciter la méfiance des couches sociales aisées à l'égard des plus démunis, creusant davantage le fossé qui les sépare. En second lieu, l'image du délinquant dangereux contribue à laisser croire de façon exagérée que la criminalité constitue une des préoccupations cruciales de notre époque, laissant dans l'oubli d'autres problèmes sociaux plus fondamentaux, tels que la pauvreté et les inégalités (53).

#### **4.3.2.2 Quelques éléments sur la loi sur la rétention de sûreté**

La loi du 25 février 2008, modifiée par la loi du 10 mars 2010, instaure la possibilité de placer dans un lieu de soin (centre socio-médico-judiciaire de sûreté), pour une durée d'un an renouvelable, une personne qui, après avoir purgé sa peine, est considérée comme particulièrement dangereuse, malgré la prise en charge médicale, sociale et psychologique dont elle aurait bénéficié pendant son incarcération. Cette loi fait entrer la justice dans une zone dangereuse où se trouvent confondues sa dimension première de sanction et une logique de prévention qui lui est ontologiquement étrangère. La justice peut à présent intervenir *ante factum*, le soupçon devenant cause suffisante pour qu'une décision de justice vienne supprimer la liberté et la responsabilité retrouvées. S'agit-il d'une nouvelle peine, c'est-à-dire de la punition d'un acte non commis, ou seulement d'une mesure de prévention ? C'est la présence d' « *un trouble grave de la personnalité* » qui est donnée, dans le texte de loi, comme déterminant la dangerosité d'une personne (5).

Cette loi, qui amène des modifications importantes de la prise en charge des malades mentaux délinquants et des personnes particulièrement dangereuses, s'inscrit directement dans une démarche de gestion des risques. La notion de dangerosité, pierre angulaire du dispositif de rétention de sûreté, a été utilisée par l'école positiviste, puis par la défense sociale et enfin par la défense sociale nouvelle. Cette notion qui a connu une période d'éclipse réapparaît. « *La*

*croyance populaire confond crime fou et crime d'un fou, et cette loi, en prenant dans un même texte des dispositions concernant les personnes dangereuses et les personnes irresponsabilisées en raison d'un trouble mental, renforce cet amalgame* ». (8)

#### **4.3.2.3 L'exemple belge : la loi de défense sociale**

En Belgique, il existe une loi de défense sociale datant de 1930 modifiée par la loi du 1er juillet 1964. Elle introduit le concept de « *défense sociale* », qui se substitue à la peine dès lors qu'au moment du jugement l'auteur est dans un des états prévus par la loi et qu'il constitue « *un danger social* ». Il s'agit en fait d'une mesure d'internement à durée indéterminée qui sera, en principe, exécutée dans un des établissements de défense sociale prévus à cet effet. Aux termes de la loi de 1930, l'internement n'est pas considéré comme une peine : les faits n'étant pas imputables à leur auteur. Il s'agit « *d'une mesure de sécurité sociale et d'humanité* », dont le but est de « *mettre le dément ou l'anormal hors d'état de nuire et, en même temps, de le soumettre, dans son propre intérêt, à un régime curatif scientifiquement organisé* ». L'internement est donc une mesure hybride qui oscille entre souci sécuritaire (protéger la société contre des individus dangereux qui échappent à la sanction pénale) et objectif curatif (65). Cette loi de défense sociale semble assez proche de notre loi sur la rétention de sûreté.

La création d'établissements de défense sociale défend l'idée que l'on peut être à la fois aliéné et criminel et que ces deux catégories ne s'excluent pas. Nous rejoignons ici le recoupement entre dangersités criminologique et psychiatrique exposé précédemment. Ce lieu spécifique est un intermédiaire entre la prison et l'asile, avec ces établissements de défense sociale parfois qualifiés, de manière symptomatique, de « *prison-asile* » ou d'« *asile-prison* » (65).

Pour être interné en défense sociale, il faut avoir commis un crime ou un délit et représenter un « *danger social* ». A priori, la population des internés est donc une population d'aliénés criminels auteurs de faits graves et représentant un état de dangerosité important. Si les deux populations les plus représentées dans ce type d'établissement sont les auteurs d'infractions sexuelles affectés d'un trouble mental et des patients qualifiés d'antisociaux, on y trouve également des auteurs d'infractions peu importantes à l'occasion desquelles s'est révélée une altération mentale. Ces patients vont se voir attribuer un diagnostic initial de dangerosité qui leur colle à la peau tout au long de leur trajectoire, avec des effets désastreux en termes de réintégration sociale. Ils restent prisonniers d'une logique de réduction des risques et peuvent se chroniciser en défense sociale, les lieux d'internement devenant un lieu de vie (65).

La dangerosité est également la pierre angulaire des politiques d'internement en psychiatrie: si cette notion est largement critiquée, elle est pourtant très utilisée et justifie les hospitalisations sous contrainte pour les malades dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, notamment en UMD. Mais l'objectif est-il vraiment le soin ? Les institutions sanitaires accueillant des patients dangereux ne risquent-elles pas de basculer dans une démarche de défense sociale ? « *En défense sociale, toutes structures confondues, il s'agit moins de tenter de guérir que, au mieux, de 'stabiliser' des patients à propos desquels on se fait peu d'illusion* » (65).

#### **4.3.2.4 Le malade mental perçu comme un risque**

Michel Foucault, dans son cours au Collège de France « *les anormaux* », dénonce la biographie de l'infracteur demandée à l'expert. Selon lui, les scènes infantiles que va décrire l'expert vont servir à reconstituer une prédisposition innée au crime qui annonce le fonctionnement criminel. Foucault ne distingue pas l'expert du juge, il les associe tous les deux dans une entreprise de correction de la personnalité.

Le jugement est fondé parce que le fou représente une dangerosité inacceptable pour la société. Ce n'est plus un regard sur la psychologie de l'individu mais sur l'aléa de la sécurité, inacceptable pour la société. C'est alors le risque qui est pris en compte. Ceci peut expliquer l'augmentation du nombre de jugements des malades mentaux, qui sont vus comme un risque, un aléa, une insécurité, ce qui explique qu'ils soient traduits devant les tribunaux. Nous ne regardons plus la folie de la même manière, nous la regardons à travers le risque qu'elle impose à notre société (66).

#### **4.3.2.5 Evaluation du risque et détermination de la juste peine**

Aux Etats-Unis, les tribunaux ont commencé à s'appuyer sur l'ajustement de l'évaluation des risques pour augmenter les peines des délinquants sexuels condamnés. Finalement, c'est cette recherche de connaissance technique qui a aidé à façonner notre conception actuelle de la justice : « *l'histoire de la connaissance technique l'emporte sur la juste peine* ». Le tournant actuariel a été adopté à cause de notre désir de connaître les criminels, de les classer et de nous assurer contre les risques à venir. Aujourd'hui, nous croyons profondément qu'il est juste de déterminer la peine en grande partie sur la base d'une évaluation actuarielle du risque. Nous en sommes venus à associer prédiction de la criminalité future et juste peine. L'émergence de l'actuariat était elle-même née du désir de connaître les criminels

scientifiquement, et cette démarche scientifique a produit les connaissances techniques qui ont modifié notre conception. Aujourd'hui, la peine que nous infligeons est grandement déterminée par la probabilité de récidive (67).

#### **4.3.2.6 Des rôles flous entre les différents intervenants dans le domaine de la dangerosité**

Il paraît essentiel, devant la complexité du phénomène de la dangerosité, de définir le rôle de chacun des intervenants. Les fonctions et les prérogatives associées au médecin ne doivent pas déborder sur celles des autres acteurs. Chacun doit assumer les responsabilités liées à son champ de compétence. L'importance de reconnaître les limites du savoir et de la compétence de chaque professionnel semble primordiale.

L'humilité du savoir médical doit être mise en avant, en particulier dans le registre de l'anticipation d'un avenir incertain. Mais le médecin doit défendre en priorité le médical, et cela dans l'ensemble des actions qui se nouent autour de la relation singulière entre médecin et patient, notamment les investigations diagnostiques et les actes de soins. Il ne doit pas déléguer à d'autres ce qui appartient au domaine de ses compétences et doit assumer sa part de responsabilité dans la prise en charge d'une dangerosité liée à un processus morbide. En revanche, la prédiction d'une probabilité statistique de dangerosité future semble plus relever de la justice que de la médecine. Devant la rareté statistique des actes violents commis par des malades mentaux, de telles anticipations à l'apparence scientifique présentent un caractère éminemment incertain. L'évaluation du risque de violence gagnerait en crédibilité par la reconnaissance des limites du savoir médical qui ne peut prétendre avoir réponse à tout (60).

En parlant de dangerosité, le risque n'est-il pas d'avoir pour objectif du traitement la prévention de la récidive et non le bien être du patient et la stabilité de sa maladie ?

À ce jour, aucune étude validée ne permet de déterminer avec certitude que la seule action sur le psychisme puisse avoir une incidence sur le risque de violence. La psychiatrie doit en ce sens revendiquer les limites de ses moyens d'action mais aussi celles de son savoir. Elle doit également revendiquer les principes fondamentaux de son action : il ne peut y avoir de soins sans indication médicale. Cela suppose d'avoir identifié un trouble et de savoir quel impact les soins peuvent avoir sur ce trouble. La pathologie mentale n'est que rarement pourvoyeuse de dangerosité (39). Mais quand c'est le cas, cette dangerosité est malheureusement spectaculaire et incompréhensible, ce qui la rend médiatique. Cette dangerosité secondaire à la pathologie mentale est certainement plus accessible aux soins qu'aux mesures de

répressions et d'enfermement, même si souvent l'enfermement est nécessaire. La dangerosité existe le plus souvent en dehors de la pathologie mentale. Cependant il faut reconnaître que dans un certain nombre de cas, même s'il ne s'agit pas de pathologie au sens classique du terme, les processus psychiques conduisent au passage à l'acte et témoignent d'un trouble de la personnalité qui fait passer le délinquant comme un malade mental aux yeux du corps social (8).

#### **4.3.2.7 Approche sécuritaire et principe de précaution**

La société ne s'intéresse réellement aux malades mentaux potentiellement dangereux qu'à l'occasion de tel ou tel fait divers qui défraye la chronique. Que fait-on alors avec ces personnes ? L'opinion publique serait souvent d'avis de les enfermer pour les mettre hors d'état de nuire. Or, la maladie mentale est avant tout une souffrance, même lorsqu'elle s'exprime sous la forme d'un comportement jovial ou d'un état d'excitation. L'approche purement sécuritaire (certes nécessaire dans certains cas de violence irresponsable, qui justifient la plupart des situations d'internement d'office) est aux antipodes de l'éthique. L'usage du principe de précaution, réduit à la protection des responsabilités de l'équipe soignante, se retourne nécessairement contre l'intérêt de la personne. L'enfermement psychiatrique n'est certes pas inéthique, il comporte une efficacité thérapeutique importante, mais il constitue toujours une inquiétude sur la façon dont cette personne privée de liberté sera respectée. L'histoire de la psychiatrie a toujours oscillé entre la répression, l'enfermement et l'ouverture des établissements. Le plus grand problème contemporain demeure le transfert des malades mentaux sur l'univers carcéral, totalement inadapté à une prise en charge thérapeutique réelle (68).

Le danger, en voulant à tout prix protéger la société, serait une surévaluation de la dangerosité des patients, incitant à une prise en charge, pas toujours nécessaire, afin de réduire les risques pour l'environnement. Dans une logique de précaution, certains patients pourraient être reconnus potentiellement dangereux, même à tort (60). Le spectre de l'hospitalisation arbitraire et de l'instrumentalisation de la psychiatrie à des fins de régulation sociale risque alors de resurgir.

#### **4.3.3 Le changement de vocable ne semble pas une solution satisfaisante**

*« Une analyse des fonctions idéologiques de la dangerosité à l'intérieur du système pénal permet de faire ressortir que celle-ci contribue à maintenir les inégalités sociales dans la*

*société. Il en découle que, pour rendre le système pénal plus juste et plus équitable, la notion de dangerosité devrait être abolie. Il ne suffit pas en effet que le terme de dangerosité disparaisse du vocabulaire courant des professionnels pour faire que l'utilisation de ce concept soit véritablement évacuée des pratiques pénales. Non seulement est-il possible de voir rejaillir cette notion sous une autre forme, par exemple sous le vocable de risque de violence, mais celle-ci semble si profondément ancrée dans les fondements mêmes du système pénal que toute action dans ce domaine suppose qu'on devra sérieusement remettre ceux-ci en question » (53). Debuyst est lui aussi favorable à un éclatement de la notion de dangerosité, qu'il propose de remplacer par une notion plus neutre, comme l' « habitude prise », toute habitude prise amenant le sujet à recommencer le comportement dont il a pris l'habitude (19). Aborder les rapports entre violence et maladie mentale ne peut se faire sans prendre en compte l'évolution de nos sociétés démocratiques infiltrées par l'insécurité et le développement des peurs. L'abandon du modèle social de l'état providence est parallèle à la remise en cause du modèle pénal qui l'accompagnait, croyant en la capacité de réintégration sociale de la personne, grâce à l'individualisation de la peine et un accompagnement social et éducatif. L'évolution du droit se fait pour une meilleure gestion des risques : nous ne nous contentons plus de punir mais également de traiter, pour rétablir le lien social. La gestion des risques est alors colorée d'un vernis humaniste et thérapeutique. Le malade mental peut devenir, si on n'y prend garde, le bouc émissaire des politiques pénales sécuritaires de tolérance zéro. La clinique médico-légale doit être soigneusement préservée et transmise dans la culture des équipes soignantes, sans nier ni banaliser les risques de violence de nos patients. La vigilance des soignants est dans ce contexte plus que jamais sollicitée pour appréhender les passages à l'acte des malades sous un angle clinique, les prévenir et réinscrire la maladie et la souffrance dans une humanité à même d'en faciliter l'acceptation collective (31).*

## 4.4 L'évaluation dans une perspective clinique

### 4.4.1 Sur quoi repose la décision du psychiatre pour décider d'une sortie d'UMD ?

#### 4.4.1.1 L'intensité des symptômes comme élément majeur de décision

Les items cliniques du HCR-20 sont les plus représentés dans l'observation du psychiatre. Si les items *introspection difficile*, *attitude négative*, *symptômes actifs de la maladie mentale grave* et *résistance aux traitements* sont retrouvés chez plus de la moitié des patients, l'item *impulsivité* est quant à lui moins présent. De plus, des items absents du HCR-20 sont retrouvés dans la présentation du psychiatre, comme la description de la symptomatologie, systématiquement présente, le discours du patient sur sa violence, le souhait du patient ou encore l'évolution clinique et la prise en charge thérapeutique.

Le psychiatre accorde une place importante à l'évaluation symptomatique et semble justifier sa décision majoritairement par des éléments cliniques. Les 3 patients pour lesquels les items du HCR-20 sont le moins représentés présentent un tableau clinique grave et non stabilisé ; la décision médicale semble évidente : le patient souffrant d'une maladie active doit être pris en charge et cela en dépit des facteurs de risque de dangerosité.

Certains auteurs considèrent à ce titre que le critère de dangerosité, pour autrui ou soi-même, comme élément justifiant un traitement sous contrainte est inapproprié. L'utilisation de ce critère comme élément unique de décision serait responsable d'une inégalité d'accès aux soins ; les patients considérés non dangereux ne se verraient pas donner des soins. Rappelons que pour les enfants ou les handicapés, des soins sans consentement peuvent avoir lieu en dehors de tout contexte de dangerosité. Nous savons qu'un retard de prise en charge entre l'apparition des premiers symptômes et le premier épisode caractérisé est préjudiciable pour le patient. L'utilisation du critère de dangerosité comme élément de décision expose-t-elle le patient à une perte de chance ? Ce retard de prise en charge exposerait-il à son tour la société à un risque accru d'agression ? Des études montrent qu'une longue période sans traitement en début de maladie est associée à une plus grande dangerosité future, le délai de prise en charge étant relié à la sévérité de la maladie (69).

#### 4.4.1.2 Une place modérée accordée aux antécédents

La symptomatologie délirante n'est pas systématiquement associée à une plus grande dangerosité. Si les schizophrènes sont décrits comme plus à risque de passage à l'acte que la population générale, c'est surtout l'association de la maladie à d'autres facteurs, comme l'abus de substance ou les troubles de la personnalité, qui engendre une majoration du risque (15).

Dans notre étude, les items chronologiques sont relativement peu présents dans l'observation du psychiatre. Si les items *maladie mentale grave*, *violences antérieures* et *échec antérieure de la surveillance* sont largement représentés, les autres items chronologiques sont en revanche plus rarement retrouvés, notamment les items *problème de toxicomanie*, *psychopathie* et *troubles de la personnalité*.

#### Principaux facteurs de risque de la dangerosité

Toutes les études dans le monde donnent du psychotique violent les mêmes caractéristiques : l'acte est contemporain d'une efflorescence délirante ou d'un moment de déstructuration ; il est commis le plus souvent à l'occasion d'une rupture de soin, avec interruption du traitement ; l'usage d'alcool et de cannabis est fréquent ; des troubles de la personnalité sont associés ; il existe des antécédents de violence lors des précédentes décompensations (14).

Les problèmes de toxicomanie, les troubles de la personnalité et les antécédents de violence sont décrits dans la littérature comme étant les principaux facteurs de risque de dangerosité (15, 27) et certains auteurs considèrent que les antécédents médicaux, judiciaires et sociaux pèsent le plus dans la décision des experts (70). De nombreux travaux ont mis en évidence que les contacts pénaux antérieurs (arrestations, condamnations et incarcérations) constituaient le meilleur indice de récidive. Par conséquent, les systèmes de détermination de peine ont progressivement reposés principalement sur les antécédents judiciaires (67). Ces constatations sont en contradiction avec nos données. Le contexte de l'expertise serait-il différent ? L'évaluation faite en hospitalisation se veut-elle plus détachée d'une logique pénale ?

L'item *violence antérieure* est retrouvé chez 9 patients sur 10. Les antécédents personnels de violence sont considérés comme le meilleur facteur prédictif de violence, dans la population générale comme chez les malades mentaux. Les antécédents d'actes délictueux ou violents précoces sont très souvent associés à d'autres facteurs de risques reconnus de violence (consommation de toxiques, rupture de soins, mauvaise observance médicamenteuse) qu'il est important de repérer (24). De plus, la gravité du passage à l'acte antérieur, non retrouvé dans

le HCR-20, est décrite pour tous les patients et semble tenir une place non négligeable dans la prise de décision.

L'item *problème de toxicomanie* est étonnement peu présent dans les observations des psychiatres de notre étude. Le risque de passage à l'acte étant contextuel, nous pouvons considérer qu'au cours d'une hospitalisation en UMD, les patients n'étant pas sensés avoir accès aux toxiques, il peut être difficile d'évaluer l'impact de la toxicomanie. Et la prévision d'une consommation future introduirait une nouvelle donnée probabiliste dans l'évaluation.

### Le problème posé par les troubles de la personnalité

Dans les items chronologiques, les *items psychopathie et trouble de la personnalité* sont étonnement peu représentés. Ces deux items peuvent de plus se recouper. L'item *impulsivité* est peu représenté en comparaison aux autres items cliniques. Pourtant, la dimension d'impulsivité est largement impliquée dans le risque de passage à l'acte. Des études ont montré que plus l'impulsivité est importante, plus le risque de passage à l'acte est grand (27). L'impulsivité est un élément retrouvé dans les critères de différents troubles de la personnalité, notamment dans la personnalité antisociale ou la personnalité borderline (71). La personnalité dite perverse n'est pas retrouvée dans les classifications internationales comme le DSM-IV ou la CIM-10. Les éléments cliniques correspondant à cette structure de personnalité ne sont de ce fait pas dans les échelles, le fonctionnement pervers étant pourtant considéré comme un facteur de risque de dangerosité par les psychiatres, comme c'est notamment le cas pour M. B.H.

Les psychopathes, définis sur la base de l'échelle de Hare, récidivent davantage, plus rapidement et sous une forme plus violente en comparaison des non psychopathes. Ils posent également plus de problèmes lorsqu'ils sont incarcérés ou hospitalisés. L'évaluation de la psychopathie s'avère être un aspect important dans l'évaluation des risques posés par un individu atteint d'un trouble mental sévère et persistant (52).

Dans l'histoire de la psychiatrie, certaines catégories, aujourd'hui tombées en désuétude, semblent se rapprocher des troubles de la personnalité actuels et notamment de la personnalité antisociale. L'ancienne notion de monomanie homicide, utilisée pour définir des personnes ayant commis un passage à l'acte et présentant une folie partielle, était insuffisante pour étiqueter la personne comme aliénée, mais suffisante pour que sa responsabilité ne soit pas entière. Les limites floues de cette entité, qui n'a jamais pu être définie clairement, ont conduit à son abandon. Est venue ensuite la théorie du criminel né de Cesare Lombroso, qui différenciait criminel né et fou criminel. Le criminel né était caractérisé par une impulsivité

fondamentale, avec peu d'accès aux sentiments de culpabilité et de crainte. Une nouvelle catégorie apparaît ensuite, le pervers. Il est caractérisé par son excitabilité particulièrement incontrôlable et indépendante des facultés morales. Une différence est établie entre perversité, relevant d'une qualification morale et religieuse et perversion, fragilité explicable biologiquement et physiologiquement. La définition de la perversion narcissique donnée par Dupré puis reprise par Ey puis Racamier correspondait à une dégénérescence biologique qui devait inclure une sorte de choix moral en faveur du mal. Nous voyons apparaître un jugement moral dans l'évaluation du psychiatre. Les figures de la perversité réapparaissent à l'époque contemporaine, dans un contexte de souci très marqué de contrôle social. Le pervers narcissique présente des troubles psychotiques sans qu'ils répondent à une véritable psychose. La place du pervers est, selon beaucoup de psychiatres, en prison. Cette entité serait une sorte de monomanie à l'envers, le fou n'étant en fait pas si fou que cela et relevant de la prison (72).

L'expertise psychiatrique a évolué et s'est déplacée de la détermination de la responsabilité à celle de dangerosité, d'une démarche rétrospective à une démarche prospective, de la maladie mentale aux troubles de la personnalité. Le psychiatre en vient à être interpellé pour des individus dangereux et non plus uniquement pour des malades mentaux. Zagury dénonce, en étendant cette discipline en dehors de la maladie mentale, un risque d'instrumentalisation : *« la psychiatrie, qui n'a plus besoin de l'aliénation ou du délire pour légitimer son intervention, peut désormais tout englober »*. Cette confusion vient selon lui en partie de la difficulté posée par les troubles de la personnalité : *« C'est sur le pronostic des troubles de la personnalité que nous sommes attendus, c'est-à-dire hors du cœur de notre discipline »*. Si le psychiatre a un mot à dire de la dangerosité criminologique, il n'en a pas l'exclusivité, au risque de confondre mal et maladie, crime et folie (14). Un trouble mental est une maladie psychiatrique dûment diagnostiquée selon des critères qui relèvent des sciences médicales. À ce titre, la personne qui souffre d'un trouble mental nécessite des soins médicaux et psychologiques. Le trouble de la personnalité est une catégorie bâtarde qui se rapproche dangereusement de la notion de caractère déviant. En effet, que désigne le terme de personnalité si ce n'est une configuration particulière du caractère de quelqu'un, des habitudes de fonctionnement, une constitution, innée ou acquise au cours du développement, définissant des tendances comportementales ? Dans la pratique expertale, l'existence d'un trouble de personnalité peut entraîner une conclusion d'altération du discernement sans que celui-ci soit pour autant aboli. Dans le code pénal, *« 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 ».* L'évocation dans le rapport de l'expert de ce type de trouble a souvent l'effet inverse de celui probablement escompté par le législateur : au lieu d'être considérée comme circonstance atténuante, la présence de ce trouble conduit la juridiction à plus de sévérité dans la détermination de la peine. On voit bien là comment, aux yeux du public, une caractéristique de personnalité marque le sujet qui en est porteur du sceau indélébile de la dangerosité potentielle. Le trouble de la personnalité, qui a du sens en psychopathologie, se trouve instrumentalisé lorsqu'il est transposé dans la vie publique et utilisé par la justice (5).

Nous pouvons volontiers reconnaître que des troubles de la personnalité appartiennent au champ de la pratique psychiatrique, ce que devrait admettre n'importe quel psychiatre de service public en analysant la file active de ses patients. Les sujets présentant des troubles de la personnalité ont plus d'addictions aux drogues et à l'alcool ; ils évoluent plus souvent vers la maladie mentale ; ils ont une espérance de vie plus courte ; ils se suicident plus. Mais la distinction entre maladie mentale et trouble de la personnalité demeure valide. Le danger d'étendre la psychiatrie en dehors de la maladie mentale serait de promouvoir le mal, la violence et la perversité au rang de maladie (14).

### **Un passé devenu omniprésent pour prédire le futur ?**

Les antécédents - notamment de passages à l'acte violent, connus pour être le plus grand facteur de risque de violence - laissent de plus en plus une empreinte indélébile. L'individu qui a fait tel acte, ou qui a eu telle maladie, ne peut plus en sortir ; c'est comme si cet épisode de son passé l'avait transformé à jamais et devenait l'expression d'un état inchangeable. La dimension probabiliste que présentent les facteurs de risque tels que les antécédents de violence est encore une fois oubliée. L'événement passé est alors perçu comme le révélateur d'une essence qui a entraîné et qui entraînera d'autres actes analogues (73).

La volonté de création d'une sorte de casier psychiatrique dans la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, en est un exemple probant. Ce texte de loi stipule qu'un patient ayant fait un séjour d'hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles (UMD) dans les dix ans précédents pourra bénéficier uniquement de soins en hospitalisation complète lors d'une prochaine décompensation de sa maladie. Cette disposition applicable uniquement à des cas particuliers a été considérée anticonstitutionnelle.

On perçoit ici le danger du déterminisme et les pas qu'il ne faut pas franchir pour éviter une simplification réductrice. Si l'expérience clinique nous indique que certains sujets, dans une situation donnée, peuvent présenter un risque de violence, rien, actuellement, n'autorise à affirmer qu'être dangereux est une disposition établie qui ressort de la génétique. La théorie du criminel-né ne peut à ce jour être validée (4).

« Identifier une personne de façon réductrice conduit nécessairement à une discrimination, voire à une stigmatisation » (68). Toute la difficulté est que la limite entre une attention particulière, qui favorise la prise en compte des spécificités, et une distinction, qui offre un substrat à la stigmatisation, est parfois ténue.

La stigmatisation est un poids qui écrase les malades et accable les individus sains qui lui sont soumis. Déstigmatiser fait donc partie du rôle préventif et thérapeutique du médecin. Le soin va désormais au-delà de la maladie ; il ne s'agit plus seulement pour le psychiatre de combattre le mal, mais de rendre le malade à la société et la société au malade. La lutte contre la stigmatisation s'insère de ce fait dans l'accomplissement du soin (73).

#### **4.4.1.3 Discours du patient sur sa propre violence et sa maladie et importance de la prise en charge et de l'évolution clinique**

Les facteurs de risque de violence liés aux soins sont d'une importance non négligeable. Ils sont pourtant peu présents dans le HCR-20. De plus, une attention particulière est portée au discours du patient lors de l'évaluation. En regroupant les items reconnaissance des troubles, discours du patient sur sa propre violence et souhait du patient, 7 patients sur 10 présentent au moins un des trois. Ceux auxquels on n'a pas demandé leur avis semblent présenter des symptômes très actifs de la maladie et n'étaient peut-être pas en mesure de donner cet avis. L'évolution clinique du patient est exposée dans l'observation du psychiatre pour 4 patients sur 10 et la prise en charge est explicitée pour 3 patients sur 10.

#### **Le déni des troubles**

L'item *introspection difficile* est fortement représenté dans le discours du psychiatre. Dans le cadre de la maladie schizophrénique, la difficulté d'introspection, aussi appelée défaut d'insight, est fréquemment décrite et concernerait près de 85% des sujets (74). On peut alors se questionner sur la pertinence de cet item comme facteur de risque de violence. Cependant, il peut être un élément utile à évaluer pour adapter la prise en charge au patient et à ses difficultés. Le défaut d'insight englobe le déni des troubles mais ne s'y résume pas.

Le déni total ou partiel des troubles est lui aussi souvent présent chez les patients violents. Pourtant, selon les propos de Zagury lors du dernier congrès de l'Encéphale, le déni ou la banalisation des troubles ou des actes sont des mauvais facteurs d'évaluation du risque de passage à l'acte, le plus important à évaluer étant la prise en charge et son efficacité sur l'évolution du patient (75). Si le déni peut représenter un risque important de dangerosité, c'est parce qu'il est source de rupture de soins, de mauvaise observance médicamenteuse majorant le risque de violence. Il paraît donc important de prendre en compte l'ampleur du déni mais surtout de son évolution au cours de la prise en charge. Une bonne reconnaissance des troubles permettra une meilleure alliance thérapeutique (76). Certains auteurs rappellent également que le déni de la maladie ou de la violence par l'entourage des patients souffrant de troubles psychiatriques constitue un facteur de risque de passage à l'acte violent (27).

### **Rupture de soins, observance médicamenteuse et risque de violence**

Les traitements médicamenteux permettent la stabilisation de l'état mental, et la bonne observance participe au maintien de cette stabilité psychique. L'observance joue donc un rôle central dans la diminution de la dangerosité. Un manque de rigueur clinique, un traitement inapproprié ou d'une durée insuffisante, la désinstitutionnalisation sans dispositif de soins alternatifs en ambulatoire sont des facteurs de risque de violence (27).

L'étude de Mac Arthur apporte de nombreuses informations sur les particularités des événements violents commis par des patients après une hospitalisation en psychiatrie. Dans cette étude, 60 % des agressions ont lieu durant les vingt premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. 7 % des schizophrènes qui n'avaient pas d'antécédents d'arrestation ou de violence physique et avaient été traités l'année précédente à l'hôpital sont apparus violents dans ces vingt premières semaines. Cette impressionnante proportion confirme l'intuition clinique des praticiens qu'il convient de proposer aux patients un suivi plus particulièrement serré durant cette période critique, pendant laquelle le patient est fragilisé et présente des difficultés de réinsertion et de resocialisation. Par ailleurs dans la même étude, les patients suivis toutes les quatre semaines ont quatre fois plus de risque de violence que les patients suivis de façon hebdomadaire. En d'autres termes, le nombre de violence est inversement proportionnel à l'importance du suivi (27).

La littérature montre qu'il existe une corrélation positive entre alliance thérapeutique et résultats thérapeutiques. L'établissement d'une authentique alliance thérapeutique de qualité est un élément qui contribue à la diminution de la dangerosité (9).

### Capacité à demander de l'aide

Plusieurs études montrent qu'avant le passage à l'acte, il peut exister des demandes d'aide soit directes vers une équipe soignante, soit indirectes via la verbalisation d'idées suicidaires ou une tentative de suicide, ou bien encore, à travers l'interpellation des forces de l'ordre (77). Mais pour la majorité des patients qui se montrent violents, il n'y a pas de demande d'aide. Dans une étude visant à évaluer les éléments, basés sur l'observation clinique, permettant d'établir une prédiction de dangerosité à court terme, Millaud repère une demande d'aide chez 40 % des patients psychotiques. Cette demande d'aide est souvent associée à des symptômes dépressifs qui constituent le moteur de la demande. Lorsqu'il existe une recrudescence ou une réapparition des symptômes psychiatriques pouvant conduire au passage à l'acte violent, la capacité à demander de l'aide auprès d'une équipe de soins ou à tolérer son intervention, contribue grandement à la réduction de la dangerosité (9). Cette capacité à demander de l'aide est un bon marqueur de l'acceptation de la maladie et du risque de violence mais également de la qualité de l'alliance thérapeutique, ce qui constitue un facteur de protection plutôt qu'un facteur de risque de violence.

Nous percevons ici l'importance de la place du patient dans la démarche d'évaluation, patient qui doit rester au cœur de cette démarche.

### Importance de la continuité des soins

Avant d'accepter une hospitalisation à l'UMD Henri Colin, le médecin responsable des demandes d'hospitalisation exige du service qui fait la demande un engagement de reprise à la sortie de l'UMD. Un engagement est d'ailleurs signé par le Préfet de ré-hospitaliser la personne dans un délai de 20 jours à compter de l'arrêté de sortie de l'UMD. Le législateur a donc prévu un mécanisme permettant d'assurer un suivi médical continu (33). La Situation de sortie d'UMD étant particulièrement délicate et à risque, la continuité des soins semble primordiale, la prise en charge se poursuivant après la sortie d'UMD. Kottler insiste à ce propos sur l'importance du travail de liaison avec les secteurs (34). Si la prise en charge et l'évolution clinique sont des éléments importants de l'évaluation de la dangerosité, nous comprenons qu'une bonne continuité des soins va diminuer le risque de passage à l'acte.

Si les termes mêmes de dangerosité ou de risque de violence peuvent paraître inadaptés, nous voyons ici que l'évaluation de la dangerosité telle qu'elle existe à ce jour ne semble pas correspondre pleinement à la pratique du psychiatre clinicien et il semble intéressant de

réfléchir à d'autres moyens de procéder à cette évaluation du risque de passage à l'acte violent.

#### **4.4.2 L'exemple de l'évaluation du risque suicidaire comme nouvelle appréhension de l'évaluation de la dangerosité**

##### **4.4.2.1 Deux évaluations semblables**

En s'intéressant à l'évaluation du risque suicidaire, nous remarquons de nombreux points communs avec l'évaluation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif. Tout d'abord, les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire (affections psychiatriques, troubles de la personnalité, impulsivité, abus de substances, histoire familiale individuelle, évènements de vie douloureux...) comme les facteurs de protection (soutien social et familial, le fait de ne pas se sentir isolé, prise en charge thérapeutique) sont semblables aux facteurs de risque de violence hétéro-agressive décrits dans la littérature (27). Comme pour le risque de violence, la présence d'antécédents de geste suicidaire est un des facteurs de risque les plus importants de nouvelle crise suicidaire (78, 79).

Dans les textes de recommandations pour la prise en charge de la crise suicidaire, les facteurs de risques sont différenciés des signes avant-coureurs. Ils sont corrélés au suicide alors que les signes avant-coureurs peuvent déclencher le processus menant au suicide. Autrement dit, les signes avant-coureurs indiquent le niveau de risque de suicide de la personne et peuvent correspondre à un contexte de vulnérabilité, tandis que les facteurs de risque potentialisateurs précisent les aspects sur lesquels il faut cibler les interventions (78, 79).

Les phénomènes suicidaires répondent à un modèle plurifactoriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques. Ces différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Il ne s'agit pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une sommation de différents facteurs de risque, mais d'un modèle intégratif. Ces facteurs de risque ne sont, dans leur majorité, ni spécifiques ni exceptionnels pris isolément. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport au comportement habituel qui doit alerter (78, 79).

L'objectif de l'évaluation du risque suicidaire n'est pas de prévoir le suicide, mais plutôt de comprendre le fondement de la suicidalité et de permettre une intervention plus éclairée. Là encore nous rejoignons la visée de prévention et non de prédiction décrite pour le risque de passage à l'acte hétéro-agressif. L'évaluation du risque de suicide doit être plutôt considérée

comme partie intégrante d'un processus thérapeutique. Selon la conférence de consensus sur la crise suicidaire, il est essentiel de repérer une telle crise suicidaire car elle justifie une prise en charge et constitue un moment fécond où une action thérapeutique est possible. Le terme de « *crise* » est intéressant et mérite que l'on s'y attarde. Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Cet état est réversible et temporaire (78, 79).

#### **4.4.2.2 Une place identique pour les outils d'évaluation**

L'évaluation du risque suicidaire est, comme l'évaluation du risque de passage à l'acte hétéro-agressif, un processus en plusieurs étapes. Bien que les outils d'évaluation du risque suicidaire fassent partie de ce processus, ils ne doivent servir qu'à soutenir ce processus, et non à l'orienter. Le processus d'évaluation du risque de suicide est tout aussi important que l'outil utilisé pour cette évaluation. Les outils ne servent qu'à faciliter le processus. Les recommandations pour la pratique aux urgences préconisent une évaluation du risque suicidaire associant les constatations cliniques et l'utilisation d'échelles, comme l'échelle de désespoir de Beck ou l'échelle d'intentionnalité suicidaire. Si l'intérêt de ces échelles est indéniable en recherche, leur utilisation systématique en pratique clinique peut être un obstacle à l'établissement d'une relation de confiance, si la recherche d'un score devient l'unique enjeu de l'entretien. Une place essentielle est réservée aux liens dans la prise en charge des personnes en crise suicidaire. Le sentiment d'être compris, reconnu et accepté par l'intervenant, la capacité d'établir un bon contact avec la personne suicidaire, ne peuvent être remplacés par aucune technique standardisée. Ces outils doivent donc être considérés comme un des aspects du processus qui éclaire le jugement clinique du risque sans toutefois s'y substituer. Le recours à des outils dans le cadre du processus d'évaluation du risque doit permettre à l'évaluation de rester centrée sur la personne et d'être intégrée à l'entrevue clinique. Ces outils peuvent être utilisés lorsqu'une relation thérapeutique est établie (78, 79).

#### **4.4.2.3 La « *crise homicide* » : une évaluation inspirée de celle du risque suicidaire**

Selon certains auteurs, l'homicide et le suicide seraient intimement liés sur les plans clinique, psychopathologique, neuropsychologique et biologique. Ils susciteraient les mêmes interrogations chez les cliniciens : présence d'idées suicidaires ou homicides ? Pathologie psychiatrique sous-jacente ? Antécédents de tentative de suicide ou de violences envers autrui ? Ils évoquent donc une « *crise homicide* » dont l'évaluation reposerait sur le même

trépied que pour la crise suicidaire : facteurs de risque d'homicide, urgence et imminence du passage à l'acte, danger de l'acte homicide. La crise homicidaire serait « *la cristallisation progressive d'idéations homicidaires en un point de résolution d'une impasse cognitive* ». Autrement dit, l'idée d'homicide apparaît comme la dernière solution à une souffrance quand toutes les autres ont échoué auparavant.

Les trois étapes de l'évaluation de la dangerosité seraient alors :

- **Recherche des facteurs de risque de passage à l'acte**, dont les antécédents de violence semblent le plus probant. Les autres facteurs de risques sont ceux évoqués précédemment comme l'abus de substances, la pathologie sous-jacente, etc. Cette recherche est complétée par une évaluation clinique classique.
- **Mesure de l'urgence du passage à l'acte** en explorant les idées, intensions et fantasmes de violence. Quel est le scénario envisagé ? Le sujet critique-t-il ses intentions de violence ?
- **Evaluation du danger du passage à l'acte** en s'intéressant à la létalité et l'accessibilité du moyen choisi.

Cette évaluation permet de définir un risque faible, moyen ou élevé de passage à l'acte, dont pourra dépendre l'orientation des soins ultérieurs (thérapeutique, mode d'hospitalisation, etc.) (36).

Dans l'évaluation du risque suicidaire nous avons vu l'existence d'échelles s'intéressant à l'intentionnalité et à ce que pense le patient. Selon les recommandations, il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles. Nous pourrions peut-être extrapoler ces recommandations à la crise homicidaire et questionner les patients sur leurs idéations homicidaires. Pourtant, nous remarquons que les idées de violences sont absentes des critères d'évaluation du HCR-20 (78, 79).

Si les outils d'évaluation ont une place non négligeable dans l'évaluation de la dangerosité, ils sont loin d'être l'élément principal de décision et la qualité de la relation entre le patient et l'évaluateur semble un élément phare d'une évaluation de qualité. Mais cette relation est particulière, notamment en raison du sentiment de peur qu'elle peut inspirer chez l'évaluateur.

#### **4.4.3 Une relation soignant/soigné qui introduit un sentiment de peur**

« *Le patient dangereux fait peur (c'est peut-être sa seule définition)* ». Il est important de rappeler que le premier motif d'hospitalisation en UMD est la violence envers les soignants (34).

Le soignant qui est confronté dans sa pratique à des patients potentiellement dangereux ne peut ignorer les émotions que provoquent chez lui de tels patients. Ce sont justement ces émotions qui engendrent la subjectivité dénoncée par l'approche scientifique. Si cela est vrai dans toute relation soignant/soigné, c'est particulièrement le cas dans l'évaluation de la dangerosité. La peur ne doit pas fausser le jugement clinique et il est important de toujours reconnaître l'existence de l'autre en prenant conscience qu'un certain nombre de projections sont les nôtres et pas directement le problème de l'autre (63).

La Haute Autorité de Santé pointe du doigt cette part de subjectivité qui peut être source d'erreurs : « *le volet éthique est un élément essentiel dans la prise en charge des patients concernés. Cela suppose un questionnement serein et une distanciation indispensable compte tenu de l'importance des émotions et des contre-attitudes désorganisantes pour l'équipe soignante* » (13).

« *La violence ou la crainte de la violence suscite chez le clinicien de l'angoisse, de la peur, de l'impuissance, de la colère... Ces réactions émotives peuvent conduire à une surestimation ou une sous-estimation de la dangerosité, et secondairement à des contre-attitudes anti thérapeutiques. Afin de minimiser ces biais dans le processus d'évaluation, insistons sur la nécessité que l'évaluateur bénéficie d'un environnement sécuritaire au moment de l'évaluation, et qu'il prenne en compte l'ensemble des facteurs rapportés ici. L'objectivation des faits, la précision sémiologique, la multiplicité des sources d'information, la collaboration multidisciplinaire, et finalement la conscience des émotions que génère chez l'évaluateur le patient, sont autant de facteurs qui contribuent à la qualité de l'évaluation* » (9).

#### **4.4.3.1 Une relation modelée par le transfert**

La notion de transfert a d'abord été élaborée pour désigner le mouvement par lequel un sujet en psychanalyse déplace des figures importantes de sa propre histoire, en particulier les parents, sur la personne du psychanalyste. Par extension, on peut considérer que toute relation intersubjective est conditionnée par les mouvements transférentiels. Si le transfert s'opère du patient sur le soignant, il existe également des mouvements appelés contre-transférentiels qui correspondent à la projection d'éléments propres au soignant, conscients ou inconscients, sur

la personne du patient. Le soignant peut éprouver un sentiment global de sympathie ou d'antipathie, d'intolérance, d'admiration, de curiosité, de dégoût, de rejet vis-à-vis du patient. Le soignant peut se retrouver confronté à un sentiment d'impuissance, reconnaître ses propres limites. Ces mouvements contre-transférentiels peuvent être à l'origine d'un risque d'erreurs, qu'elles soient thérapeutiques ou diagnostiques (80).

Particulièrement dans l'évaluation de la dangerosité, le patient peut mettre à mal les représentations et les valeurs de l'évaluateur et ainsi fausser son évaluation. Par exemple, on peut envisager qu'un soignant ait moins d'empathie pour un patient présentant des traits de personnalité perverse et manipulatrice que pour un patient délirant victime d'injonctions hallucinatoires. De même l'acte commis par un patient ne nous renvoie pas aux mêmes représentations : l'auteur d'agression sexuelle semblera plus dangereux que le patient proférant des menaces verbales. Touchons-nous-là le risque d'une mauvaise évaluation de la dangerosité ?

Différents types d'identification peuvent saisir le psychiatre. Le clinicien vise parfois, inconsciemment, à changer le délinquant pour son propre bien et pour le bien de tous. C'est le cas lorsqu'il s'identifie à la société comme victime. Il risque alors d'être emprisonné dans une vision clivée, opposant d'un côté les bons, ceux qui respectent la loi et ne causent pas de torts aux autres et, de l'autre côté, tous ceux qui se montrent destructeurs et agissent contre ces principes. Le clinicien ne peut alors faire autrement que de réduire le délinquant à ses gestes et il peut devenir tentant d'imposer abusivement le changement au sujet. Lorsque le délinquant ne change pas ou refuse les soins, celui-ci ne peut qu'éprouver cette résistance au changement que comme un refus hostile dirigé contre lui. Au contraire, d'autres cliniciens vont inconsciemment s'identifier à la souffrance intérieure du délinquant. Ils vont alors porter attention à l'état subjectivement ressenti par le sujet. Cependant, en s'identifiant inconsciemment trop massivement à la souffrance intérieure du délinquant, il risque de banaliser les faits et gestes de ce dernier et d'être dans l'impossibilité à imposer des limites (81).

#### **4.4.3.2 Les effets produits par la violence sur la relation clinique font partie intégrante de l'évaluation**

Gravier décrit différentes réactions pouvant survenir chez les soignants confrontés à des phénomènes de violence. Ces réactions diverses peuvent être sources de profondes distorsions dans la communication entre intervenants.

- **Déni de la violence potentielle et non reconnaissance de la peur :** le déni peut entraîner un détachement émotionnel et un désinvestissement du patient considéré comme menaçant. Le déni est dévastateur car il risque de disqualifier le soignant qui tente d'alerter. Il conduit à l'impossibilité de la reconnaissance et de la verbalisation de la peur, comme si avouer sa peur était faire preuve de son incompétence.
- **Fascination et excitation :** les récits de violence peuvent être sources d'une intense excitation psychique qu'il est difficile de reconnaître et d'assumer. On peut parfois observer chez les soignants un goût pour les récits de situations cliniques riches en détails où une fascination pour le morbide transparait.
- **Distorsion dans les communications interpersonnelles, entre activisme, conflits et brouillage :** l'angoisse des soignants peut renforcer la violence des patients, entraînant ainsi une multitude de passages à l'acte. La violence des patients peut alors être à l'origine de conflits interpersonnels au sein de l'institution. On peut ainsi observer des tensions entre équipes médicale, paramédicale et sociale avec des souhaits de transfert des patients dans des lieux plus adaptés à la gestion de la violence.

Il apparaît donc primordial de prendre en considération le vécu et les réactions de chacun face à des situations de violence, faute de quoi des biais considérables pourraient surgir dans l'évaluation de cette violence. L'objectif est ainsi une meilleure évaluation du risque et de sa gestion ultérieure (4). « *Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses mais les jugements qu'ils portent sur elles* » (Epictète).

#### 4.4.3.3 Des soignants qui se sentent de plus en plus menacés

Pour nous protéger, nous assimilons crime et maladie mentale et, régulièrement, nous nous posons la question : comment ce crime horrible commis par quelqu'un à mon image pourrait-il être autre chose qu'un accès de folie ?

Ce phénomène touche aussi les équipes soignantes en psychiatrie avec la diffusion des peurs, l'augmentation des plaintes déposées à l'encontre des malades, le sentiment que ceux-ci sont de plus en plus violents. On observe l'apparition d'un *burn out* - ou syndrome d'épuisement - de plus en plus précoce dans les unités d'urgence ou de crise prenant en charge des malades mentaux ayant des troubles du comportement graves. Cela est d'autant plus perceptible que la clinique médico-légale est oubliée alors qu'elle devrait apporter un éclairage individuel à la psychopathologie et donc au risque de violence (31).

Très concrètement, il est retenu un « *fort sentiment d'insécurité des soignants dans leur quotidien* ». Cela engendre une diminution de la tolérance des soignants avec une augmentation des signalements d'effets indésirables (3, 12).

Une meilleure évaluation et connaissance de la dangerosité pourrait permettre une diminution de ce sentiment de peur éprouvé par les soignants et faciliterait ainsi une prise en charge de plus grande qualité, notamment sur le plan éthique, de ses patients, bien souvent laissés en marge de notre société.

## Conclusion

La dangerosité apparaît comme une notion aux limites floues, partagée entre le domaine de la criminalité et celui de la psychiatrie. La notion de risque de passage à l'acte violent, évolution plus scientifique et plus objective de la notion de dangerosité, est finalement assez similaire à la notion initiale et conduit aux mêmes interrogations. La confusion est grande entre maladie mentale et dangerosité, ce qui complique considérablement la tâche du psychiatre.

Les psychiatres en UMD évaluent des facteurs de risque de violence mais leur décision ne repose pas sur l'unique dangerosité des patients. L'utilisation du critère de dangerosité, étranger à la médecine, comme élément de décision en psychiatrie risquerait même de menacer l'égalité d'accès aux soins. Si les antécédents sont importants en médecine, c'est la clinique actuelle qui reste majoritairement la priorité du psychiatre. Elle évite d'enfermer la personne dans son passé et permet de privilégier le présent et l'évolution future, en fonction de la prise en charge. Les troubles de la personnalité, pourtant classiquement pris en charge dans les services de psychiatrie, ne sont pas non plus des éléments majeurs de décision. Le psychiatre cherche en effet à éviter le terrain glissant où pourrait le conduire ces troubles.

Si les pouvoirs publics s'en remettent au psychiatre pour évaluer et prendre en charge la dangerosité, ce dernier doit s'assurer que l'objectif est bien de prendre soin et non de stigmatiser. Le psychiatre ne peut remplir simultanément deux rôles incompatibles. Il doit se préoccuper de soigner, non de juger et sanctionner. La fonction de gestion sociale de la psychiatrie est interrogée par les origines de la notion de dangerosité mais également par l'existence de lieux de prise en charge qui semblent se situer entre soin et sanction. La dangerosité est une notion servant à la gestion sociale. C'est peut-être en cela qu'elle dérange le psychiatre, mal à l'aise avec ce rôle de protection de la société. Le risque de l'approche sécuritaire est de basculer dans la répression, qui n'appartient plus au domaine de la psychiatrie. Rester soignant est une obligation du code de déontologie et de l'esprit hippocratique. En évaluant la dangerosité d'un patient, l'objectif ne reste-t-il pas de placer l'intérêt du malade au-dessus de tout ? « *Notre mission ne comprend pas d'avoir à proposer des mesures propres à protéger la société* » écrit Rumen. La solution pourrait se trouver dans un retour à la clinique et à la psychopathologie, en privilégiant les soins de nos malades plutôt qu'une pratique de pansement social (7).

La psychiatrie ne saurait devenir un instrument d'application des peines, sous le camouflage d'une loi d'hospitalisation d'office pour tous les troubles d'ordre social. Le danger serait alors

un retour à la notion vague de « dangerosité sociale », comme celle qui a pu entraîner des abus d'internement en Italie fasciste ou en URSS. Ces abus de la psychiatrie à des fins politiques ont été dénoncés par Amnesty International et ont conduit à la Déclaration de Hawaï en 1977 qui condamne les pratiques psychiatriques autres que thérapeutiques. Ces abus, qui consistent à interner de force en vue d'un traitement psychiatrique des personnes ne souffrant apparemment pas de maladie mentale, sont actuellement considérés comme des traitements inhumains et dégradants.

Le rôle du psychiatre face au risque de violence est avant tout un rôle de prévention, par l'intermédiaire du soin. Mais prévention et prédiction ne doivent pas être confondues. La prédiction de la récurrence, déjà critiquable et critiquée dans le domaine de l'expertise, est exclue de la pratique psychiatrique clinique. Si la question de la possibilité d'une prédiction de la dangerosité en criminologie reste à ce jour ouverte, il nous apparaît certain que cette prédiction n'appartient pas au domaine de la médecine clinique. Si le psychiatre a bien un rôle envers la société, c'est plus un rôle d'information, de dédramatisation, de réassurance, qu'un rôle policier de protection. Ce rôle d'information concerne notamment la réalité du risque que présentent les malades mentaux, mais également les limites de nos compétences et l'impossibilité de garantir un risque zéro. Le psychiatre est également chargé de réinsérer le malade dans la société et de lutter contre la stigmatisation dont il est victime.

C'est pour permettre au psychiatre de répondre pleinement à ses fonctions que l'évaluation du risque de violence nécessite d'être pensée autrement. Le vocable utilisé et l'évaluation tels qu'elle est actuellement faite ne semblent pas adaptés. Penser une évaluation autrement demanderait de se détacher de ce vernis de gestion sociale. Même l'évaluation pluridisciplinaire, proposée par certains auteurs, serait fictive si elle rapporte les différentes disciplines au présupposé qu'est la dangerosité. Comme l'écrit Kottler, « *il n'existe pas de malades dangereux ! Constitutionnellement ou définitivement dangereux* » (34). La prise en compte du contexte dans la définition et l'évaluation de la dangerosité est indispensable. L'importance de l'environnement du patient quand on aborde le sujet de la dangerosité montre que la psychiatrie seule ne peut gérer cette dangerosité, qui nécessite une prise en charge médicosociale. La dangerosité doit être conçue comme un processus dynamique dont l'évaluation ne saurait se réduire à celle d'un individu.

Le recours à des instruments standardisés peut sans nul doute être une aide précieuse, permettant de systématiser le recueil sémiologique. Cette systématisation est utile pour le jeune clinicien mais aussi lorsque le clinicien est susceptible d'être en difficulté dans son enquête sémiologique pour des raisons d'organisation, ou, pourquoi pas, émotionnelles. Les

praticiens courent le risque de voir leurs pratiques discréditées s'ils utilisent des faits non démontrés, non scientifiques. La connaissance scientifique semble la clé pour atteindre une visée éthique. Mais dans notre discipline tout n'est pas aussi simple. Vouloir évacuer notre subjectivité en utilisant des outils objectifs est illusoire. La subjectivité, propre à chacun, est justement à prendre en compte dans l'évaluation de la dangerosité, comme le psychanalyste pour qui le contre-transfert fait partie intégrante de la clinique. La psychiatrie ne sera jamais une science pleinement objective. Nous avons donc tout intérêt à utiliser notre subjectivité à bon escient plutôt que de chercher à l'évacuer. L'évaluation du risque de violence doit être intégrée dans une démarche clinique pour penser et construire le protocole de soin dans ces situations de haute tension. Mais il faut garder à l'esprit que ces situations ne sont pas neutres émotionnellement. Le psychiatre ne doit pas se cacher derrière l'utilisation d'outils standardisés pour tenter de contrôler ses émotions. Les caractéristiques propres du patient doivent être prises en compte et la prise en charge doit être adaptée à chaque situation individuelle. Pour éviter toutes dérives, il est important que les psychiatres se posent des questions sur les méthodes d'évaluation de la dangerosité et puissent mettre en critique l'avancée scientifique.

Pour sortir de cette impasse dans laquelle nous a entraînés l'évaluation de la dangerosité, une des solutions pourrait être de penser l'évaluation du risque de violence comme l'évaluation du risque suicidaire. La crise suicidaire appartient pleinement au domaine de la médecine et du soin, il devrait en être de même pour le risque de violence que peuvent présenter certains patients lors de décompensations de leur maladie.

La question de l'évaluation de la dangerosité peut s'étendre à celle du lieu de prise en charge des personnes dangereuses. De plus en plus de malades mentaux se retrouvent en prison et des injonctions de soins sont ordonnées sur décision de justice, ce qui majore le risque de confusion entre établissement de soins et établissements de peines. Si faire de la dangerosité une maladie à part entière n'est pas pertinent d'un point de vue scientifique, il apparaît toutefois nécessaire de se préoccuper de la qualité du lieu dans lequel cette dangerosité, quand elle est liée à une affection psychiatrique, est prise en charge. Si la criminalité ne doit pas être psychiatisée, il ne faudrait pas, à l'inverse, transférer la prise en charge des patients réputés dangereux, du secteur médical vers le secteur pénitentiaire. L'enfermement carcéral ne doit pas devenir l'alternative à la prise en charge institutionnelle. Nous devons nous préserver du glissement de l'hôpital, jugé peu sûr, vers la prison, plus à même d'apporter une réponse définitive et rassurante. Avec la question de la dangerosité, une confusion s'opère entre peine et traitement, hôpital psychiatrique et prison. Dans la réalité, le sort des malades mentaux

criminels en Unité pour Malades Difficiles (UMD) diffère-t-il vraiment de celui des détenus ? C'est en réfléchissant à ses pratiques que le psychiatre pourra améliorer les conditions de prise en charge de ces patients et éviter tout risque de déshumanisation.

Enfin, nous pourrions être amenés à penser que ces conclusions pourraient être applicables au domaine de l'expertise. Comme le rappelle Rumen, « *la situation expertale en psychiatrie doit en outre tenir compte de sa dimension médicale* ». Elle comporte toujours pour le justiciable l'espoir d'un gain, d'une indulgence. L'extrapolation de nos conclusions nécessiterait bien entendu d'autres études propres au domaine de l'expertise.

*« La psychiatrie est une discipline complexe qui traite de la maladie mentale, mais qui n'a pas vocation à être un élément de contrôle social à travers la question de la dangerosité, comme elle a pu l'être ailleurs à des fins de contrôle politique. Le psychiatre tire sa légitimité de ce qu'il fait toujours la part face au patient qu'il soigne de ce qui appartient au sujet-citoyen et de ce qui revient à la maladie mentale. La psychiatrie n'est légitime que dans une perspective de soin et dans le respect des libertés. Toute confusion, tout excès dans l'interprétation de la dangerosité potentielle des malades, toute psychiatrisation abusive des conduites dangereuses seraient des régressions tant sur le plan éthique que politique. » (27)*

## Bibliographie

1. **MAZIER N.** Le drame de Grenoble relance le débat sur la psychiatrie. 16 novembre 2008. [www.francesoir.fr](http://www.francesoir.fr)
2. [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
3. **ALEZRAH C.** Le dernier rapport relatif à la prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité. *L'Information psychiatrique*, 2007 ; 83 : 35-39.
4. **GRAVIER B. et al.** L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Annales médico-psychologiques*, 2005 ; 163 : 668-680.
5. **ANDRONIKOV A.** Peut-on prédire la récurrence ? *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 2011 ; 25 : 16-16.
6. **DANET J.** La dangerosité, une notion criminologique, séculaire et mutante. *Nouvelle revue internationale de criminologie*, 2008 ; 5.
7. **JEAN T.** Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels ? Les dossiers du JFP, Erès, 2009.
8. **SAUTEREAU M. et al.** La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques. *Santé Publique*, 2009 ; 21 : 427-436.
9. **MILLAUD F. et al.** Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Annales médico-psychologiques*, 2005 ; 163 : 846-851.
10. **ROURE L. et DUIZABO P.** Les comportements violents et dangereux. Masson, 2003.
11. **BURGELIN J.F.** Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récurrence. Rapport de la Commission santé-justice, juillet 2005.
12. **GARRAUD J.P.** Réponses à la dangerosité. Rapport de la mission parlementaire, octobre 2006. [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)
13. **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 de la commission d'audition, mars 2011.
14. **ZAGURY D.** La dangerosité, notion à manier avec précaution. *Hommes & Libertés*, 2010 ; 149.

15. **BARATTA A. et al.** La dangerosité des malades mentaux bénéficiant de l'article 122-1. À propos d'une étude rétrospective portant sur 58 cas. *L'Information psychiatrique*, 2012 ; 88 : 559-64.
16. **PRZYGODZKI-LIONET N. et al.** Individu dangereux et situations dangereuses : les représentations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison. *Psychologie française*, 2004 ; 49 : 409-424.
17. **DREYFUS-SCHMIDT.** Qu'appellez-vous dangerosité ? *Journal français de psychiatrie*, 2004 ; 3 : 5-41.
18. **LITINETSKAIA M.** Dangerosité, délinquance et passage à l'acte : psychopathologie et prédictivité. *Annales médico-psychologiques*, 2012 ; 170 : 99-102.
19. **DEBUYST C.** La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie. *Criminologie*, 1984 ; 17 : 7-24.
20. **SENON J.L. et al.** Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'Information psychiatrique*, 2006 ; 2.
21. **FAZEL S. et al.** Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 2009 ; 6. [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)
22. **FAZEL S. et al.** Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *The Journal of the American Medical Association*, 2009 ; 301 : 2016-2023.
23. **GRAVIER B.** Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise psychiatrique et quelles sont les difficultés et les pièges de cette évaluation ? <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/expertise/textesexperts/gravierVD.rtf>
24. **SENON J.L.** L'expertise psychiatrique pénale : les données d'un débat. *Actualités juridiques pénales*, 2006 ; 2 : 66.
25. **ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE et CONSEIL NATIONAL DES COMPAGNIES D'EXPERTS DE JUSTICE.** Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique. <http://www.academie-medecine.fr>
26. **COTE G.** Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*, 2001 ; 34 : 31-45.
27. **HAS.** Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. Textes des experts ; décembre 2010.
28. **MONAHAN J.** Predicting violent behaviour: an assessment of the clinical techniques. Sage Publications, 1981.
29. **DUBREUCQ J.L. et al.** Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico-psychologiques*, 2005 ; 163 : 852-865.

30. **SZASZ T.** Psychiatry and the control of dangerousness: on the apotropaic function of the term « mental illness ». *Journal of Medical Ethics*, 2003 ; 29 : 227-230.
31. **SENON J.L. et al.** États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *L'Information psychiatrique*, 2007 ; 83 : 655-662.
32. **TRAMONI A.V.** Ethique médicale et psychiatrie. MASSON, 1997.
33. **FRIOURET L.** La protection des droits fondamentaux des personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte en Unité pour Malades Difficiles. *Lettre « Actualités Droits-Libertés » du CREDOF*, 24 février 2013.
34. **KOTTLER C.** L'expérience de l'UMD Henri-Colin. *Journal français de psychiatrie*, 2003 ; 19 : 19-20.
35. **BEAUCHAMP T.L et CHILDRESS J.F.** Les principes de l'éthique biomédicale. Les belles lettres, 2008.
36. **RICHARD-DEVANTOY S. et al.** La crise homicide : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène. *Annales médico-psychologiques*, 2010 ; 168 : 62-68.
37. **GIOVANNANGELI D. et al.** Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels. *Psychiatrie et violence*, 2000. [www.psychiatrieviolence.ca/articles/liege1.htm](http://www.psychiatrieviolence.ca/articles/liege1.htm)
38. **BORGES DA SILVA G.** La qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de la littérature et perspectives. *Santé Publique*, 2003 ; 15 : 213-222.
39. **HARCOURT B.E.** La criminologie actuarielle. Bernard Harcourt interviewé par Antoine Garapon. France Culture, Le bien commun, 23 avril 2008.
40. **QUINSEY et al.** Violent Offenders: Appraising and Managing Risk. Washington DC: American Psychological Association, 1998.
41. **WEBSTER et al.** The HCR-20 Scheme: The Assessment of Dangerousness and Risk. Burnaby, BC, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia, 1995.
42. **WEBSTER et al.** Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology*, 1999 ; 4 : 149-184.
43. **BARATTA A. et al.** La vérité sur l'expertise post-sententielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle. *Annales Médico-Psychologiques*, 2012 ; 170 : 96-98.
44. **VOYER M. et SENON J.L.** Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *L'Information psychiatrique*, 2012 ; 88 : 445-53.

45. **HANSON R.K. et al.** The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychol Assess*, 2009 ; 21 : 1-21.
46. **PHAM T.H. et al.** Les limites des moyens actuariels de recherche de la vérité en prédictivité. *Annales médico-psychologiques*, 2012 ; 170 : 103-105.
47. **HARCOURT B.E.** Against Prediction. Profiling, Policing and Punishing in an actuarial Age. *University of Chicago Press*, 2007.
48. **GRAVIER B. et al.** L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales. *L'Information psychiatrique*, 2012 ; 88 : 599-604.
49. **MILLAUD F. et al.** Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *L'Information psychiatrique*, 2012 ; 88 : 431-7.
50. **GUILE J.M.** Le désir sécuritaire et le Psychiatre. *Perspectives Psy*, 2010 ; 49 : 181-184.
51. **LE BIHAN P. et al.** Application de la loi du 5 juillet 2011 en Unité pour malades difficiles. *Annales médico-psychologiques*, 2012 ; 170 : 714-719.
52. **COTE G.** De la dangerosité à l'évaluation du risque. *Psychiatrie et violence*, 2001. Préalablement publié dans *Psychologie Québec*. [www.pinel.qc.ca/psychiatrie\\_violence](http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence)
53. **DOZOIS J. et al.** La dangerosité : un dilemme sans issue ? Réflexion à partir d'une recherche en cours. *Déviance et société*, 1981 ; 5 : 383-398.
54. **CADET B. et al.** Évaluer et modéliser les risques : apports et limites de différents paradigmes dans le diagnostic de sécurité. *Le travail humain*, 2005 ; 68 : 7-35.
55. **PERETTI-WATEL P.** La société du risque. La Découverte « Repères », 2010.
56. **HENRY J.M. et al.** Risque et existence : un éclairage du risque thérapeutique en psychiatrie. *Evolution psychiatrique*, 2009; 74.
57. **LE BRETON D.** Sociologie du risque. P.U.F. « Que sais-je ? », 2012.
58. **CHAUVIN B. et al.** Influence des variables distales sur la perception des risques : une revue de la littérature de 1978 à 2005. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2006 ; 72 : 65-83.
59. **PRZYGODZKI-LIONET N.** Entre risque objectif et risque perçu : de la nécessaire prise en considération des représentations sociales de la dangerosité pour une optimisation de son évaluation. *Psychiatrie et violence*, 2009 ; 9.

60. **GHEORGHIEV C. et al.** Soins et dangerosité : enjeux éthiques. *Perspectives Psy*, 2010 ; 49 : 130-136.
61. **VERNON L.** Politique institutionnelle de libération : identification des individus dangereux. Une revue de la littérature. *Criminologie*, 1984 ; 17 : 53-78.
62. **CAULI M.** Sciences humaines en médecine : questions d'aujourd'hui. Ellipses, 2007.
63. **LEBOUL D. et DAVID P.** Ethique du soin : quels fondements pour quelles pratiques ? Sauramps médical, 2008.
64. **COFFIN J.C.** Liberté du patient et éthique du psychiatre. Paru dans Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, 2009.  
<http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=445>
65. **CARTUYVELS Y. et al.** La défense sociale en Belgique, entre soin et sécurité. *Déviance et Société*, 2010 ; 34 : 615-645.
66. **SALAS D.** Pourquoi punir ? *Journal français de psychiatrie*, 2001 ; 13 : 6-9.
67. **HARCOURT B. E.** Surveiller et punir à l'âge actuariel. *Déviance et Société*, 2011 ; 35 : 163-194.
68. **SICARD D.** L'éthique médicale et la bioéthique. P.U.F. « Que sais-je ? », 2011.
69. **LARGE M.** The danger of dangerousness: why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts. *J Med Ethics*, 2008 ; 34 : 877-881.
70. **SICOT F.** La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? *Déviance et Société*, 2006 ; 30 : 203-232.
71. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** Mini DSM-IV. Critères diagnostiques. Washington DC 1994. Traduction française pas J.D Guelfi et al. Masson, 1996.
72. **SAUVAGNAT F.** « Diabolus in psychopathologia », ou crime, perversité et folie. *Recherches en psychanalyse*, 2004 ; 2 : 73-95.
73. **BENOIST J.** Logiques de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation. *L'Information Psychiatrique*, 2007 ; 83 : 649-54.
74. **PHAM-SCOTTEZ A.** Insight et schizophrénies. *L'Encéphale*, 2007 ; 33 : 383-391.
75. **ZAGURY D.** Hôpital et/ou prison : prédire et prévenir la dangerosité. 11ème congrès de l'Encéphale, janvier 2013.
76. **WITTORF et al.** The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia. *European psychiatry*, 2009 ; 24 : 259-267.

77. **MARLEAU.** A comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults. *International Journal Law Psychiatry*, 2003 ; 26 : 269-279.
78. **ANAES.** La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, octobre 2000.
79. **ADSP.** La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention, décembre 2003.
80. **ZITTOUN R. et DUPONT B.M.** Penser la médecine. Ellipses, 2002.
81. **CASONI D.** Enjeux contre-transférentiels dans le traitement du délinquant. *Topique*, 2007 ; 99 : 79-86.

## Annexe 1

### **Transcription des observations des psychiatres lors de la commission du suivi médical de l'UMD Henri Colin Villejuif - 14/02/2013**

La commission du suivi médical est composée de plusieurs experts psychiatres chargés de s'entretenir avec les patients qui passent en commission, d'un membre de l'ARS ainsi que de l'équipe de l'UMD. Elle a lieu tous les mois et les dossiers des patients y sont étudiés tous les six mois minimum.

Les psychiatres experts m'ont confié lors de cette commission faire reposer leur décision sur la persistance ou non d'une dangerosité psychiatrique chez les patients évalués.

#### Monsieur B. H. 29 ans :

Date d'entrée à l'UMD : 10/02/2008. Décisions antérieures de la commission : maintien.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : Passage à l'acte violent sur son service de secteur, homicide volontaire par étranglement d'une patiente du service.

ATCD familiaux de violence : victime de violence de la part de son père. Son père a menacé sa mère avec un couteau.

ATCD personnels de violence : Violence sur sa sœur dans l'enfance. Violence sur sa mère. Violence contre des objets.

ATCD judiciaires : Homicide involontaire suite à une conduite dangereuse, 1 an de prison. Violence sur sa mère, 1 mois ½ de prison.

ATCD psychiatriques : 1<sup>ère</sup> hospitalisation en 2004 devant un sentiment de persécution, symptomatologie délirante (caméras, plaques minéralogiques), mauvaise adhésion au traitement. Obligation de soins lors de la sortie de prison.

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : Symptomatologie délirante de type automatisme mental (lire dans ses pensées), voulait qu'on lui révèle la vérité concernant son délire, qu'on ait conscience de sa souffrance, ne s'est pas senti écouté ce qui l'a mis dans un état de rage. Passage à l'acte homicide pour attirer l'attention.

Ce que le patient dit de sa violence : banalisation de sa violence et rationalisation par rapport à la violence de son père à son égard. Parcours de violences exposé comme un CV.

Symptomatologie délirante absente actuellement.

Personnalité pathologique avec mécanismes perverses : froideur, absence de culpabilité, éléments paranoïaques, jouissance mégalomane, dans la toute puissance.

Peu de reconnaissance des troubles, se justifie en permanence.

Victime potentielle : sa mère. Menaces de mort anciennes par écrit à son avocate.

Age 30 ans évoqué comme un facteur de risque.

Dangerosité sans l'ombre d'un doute pour l'expert de la commission. Emotion du psychiatre : « m'a fait froid dans le dos », « glaçant ».

Evolution clinique lentement favorable : progression depuis quelques mois, diminution de l'opposition, assouplissement du fonctionnement pervers, dans une élaboration plus authentique, crainte du maintien à l'UMD exprimé.

**Décision de la commission :** les médecins traitants souhaitent valoriser le changement mais devant les éléments de dangerosité persistants un maintien est décidé. La décision a nécessité une discussion courte.

### Monsieur E. M. 24 ans :

Date d'entrée à l'UMD : 17/06/2008. Décisions antérieures de la commission : transfert sur secteur lors des 2 dernières commissions.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : homicide volontaire de son beau-père, L122-1.

ATCD personnels de violence : agression de son beau-père antérieure.

ATCD psychiatriques : Schizophrénie paranoïde suivie depuis l'âge de 17 ans. Hospitalisation en HO à la suite de la première agression de son beau-père.

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : symptomatologie délirante de persécution avec un persécuteur désigné : le beau-père.

Contexte actuel : patient sortant de l'UMD depuis plus d'un an. Passage à l'acte récent sur un patient du service du fait d'un vrai préjudice (maintien injustifié à l'UMD en raison d'une impasse administrative, le patient étant interdit de séjour sur son département il ne peut retourner dans son hôpital de secteur) et insultes de la part des autres patients (« pigeon »). Ce passage à l'acte a entraîné un retour sur le pavillon des entrants.

Ce que le patient dit de sa violence actuelle : avait annoncé son passage à l'acte. A besoin de justifier son maintien à l'UMD.

Symptomatologie délirante absente actuellement. Contact plutôt bon, le patient semble en confiance malgré un sentiment de méfiance ancien.

Impression subjective du psychiatre : « ne m'a pas fait mauvaise impression ».

**Décision de la commission :** à revoir. Donner un cadre et préparer la sortie. La décision a nécessité une discussion courte.

### Monsieur L. A. 28 ans :

Date d'entrée à l'UMD : 16/02/2012. Décision antérieure de la commission : maintien.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : double homicide volontaire de voisins, en attente d'expertise (très probable L122-1).

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : Symptomatologie délirante interprétative. Délire de persécution avec les voisins comme persécuteurs désignés.

ATCD psychiatriques : premier épisode délirant

Bon niveau cognitif : ingénieur.

Ce que le patient dit de sa violence : critique du passage à l'acte. Lors du passage à l'acte, souffrance extrême, ne voyait pas d'autre solution, « c'était eux ou moi ».

Symptomatologie actuelle : disparition des idées délirantes et critique d'une partie de l'interprétation. Conscience de la maladie et de l'intérêt du traitement. Pas de trouble du comportement du fait d'un important contrôle. Accessible au doute. Bonne adhésion aux soins. Hypervigilance, flashes visuels où il se voit blessé mais diminution du sentiment de peur.

Evolution favorable depuis 6 mois. Travail psychothérapeutique à poursuivre mais prise en charge possible sur le secteur.

Absence de dangerosité actuellement.

**Décision de la commission :** retour sur le secteur en organisant le lien avec le secteur. La décision n'a pas nécessité de discussion.

### **Madame C. V. 40 ans :**

Date d'entrée à l'UMD : 20/08/2012. 1<sup>ère</sup> commission.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : responsable d'un accident de travail (entorse) d'une soignante de son secteur qui voulait lui faire respecter le cadre (lui prendre son portable).

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : intolérance à la frustration, impulsivité et non contrôle des actes.

ATCD judiciaires : arrestation pour exhibition et conduite masturbatoire.

ATCD de violence subie : dit avoir été victime de viol à l'âge de 8 ans

ATCD de violence personnelle : auto-agressivité type scarifications et tentative de suicide.

Evaluation de l'entourage : présence de sa mère, deux frères dont un toxicomane.

Consommation de toxiques.

Ce que la patiente dit de sa violence : rationalisation « je suis malade à cause de mon copain ».

Toxicomanie chez son copain.

Symptomatologie actuelle : pas de symptômes délirants. Symptomatologie en faveur d'un trouble de personnalité borderline. Peut se montrer agressive et euphorique mais pas de problème de comportement récent.

**Décision de la commission :** retour sur le secteur. La décision n'a pas nécessité de discussion.

### **Monsieur A. A. M. 43 ans :**

Date d'entrée à l'UMD : 29/12/2009. Décisions antérieures de la commission : maintien.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : a défenestré son fils âgé de quelques années.

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : symptomatologie délirante dans un contexte de rupture de traitement.

ATCD psychiatriques : schizophrénie paranoïde évoluant depuis l'âge de 27 ans.

Symptomatologie actuelle : délire flou de persécution envahissant. Délire mégalomane.

Sentiment d'être menacé. Dissociation importante.

Passage à l'acte difficile à prévoir car peut se sentir persécuté à tout moment.

Pas assez accessible à la réassurance.

**Décision de la commission :** maintien. La décision n'a pas nécessité de discussion

### **Monsieur G.F 30 ans :**

Date d'entrée à l'UMD : 07/06/2011. Décisions antérieures de la commission : maintien ; à revoir dans 2 mois ; maintien.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : agression de son père avec un sabre japonais.

ATCD psychiatriques : schizophrénie paranoïde avec plusieurs hospitalisations dont la première à l'âge de 27 ans.

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : dégradation clinique avec apparition d'un délire mystique dans un contexte d'arrêt des traitements.

Symptomatologie actuelle : symptomatologie délirante type automatisme mental envahissant qu'il doit contrecarrer par des invocations. Délire mystique toujours présent et non critiqué.

Pas de trouble du comportement.

Bon contact et bonne présentation.

Impression subjective de l'évaluateur : « gentil garçon ».

Possible persécuteur désigné : le père. Le patient a la certitude d'avoir été victime d'attouchements sexuels de la part de ce dernier.

Dangerosité persistante possible à l'encontre du père.

Evolution de la prise en charge : entretiens familiaux depuis peu, les médecins traitants souhaitent poursuivre cette prise en charge.

**Décision de la commission :** à revoir dans 3 mois. La décision a nécessité une discussion courte.

**Monsieur D.A. 30 ans :**

Date d'entrée à l'UMD : 11/02/2011. Décisions antérieures de la commission : maintien.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : double homicide volontaire de voisins. L122-1.

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : symptomatologie délirante de persécution avec hallucinations auditives. Persécutrice désignée : la voisine. Est allé chez sa voisine armé d'un couteau mais le mari et le fils de cette dernière se sont interposés et ont été tués.

Agent de sécurité.

Ce que le patient dit de sa violence : critique du passage à l'acte.

Symptomatologie actuelle : persistance des idées délirantes sans aucune critique du délire.

Evolution récente : amélioration en lien avec un changement thérapeutique, disparition des hallucinations. Nécessité d'une meilleure critique du délire.

**Décision de la commission :** maintien. La décision n'a pas nécessité de discussion.

**Madame L.M. 22 ans :**

Date d'entrée à l'UMD : 18/06/2012. Décision antérieure de la commission : à revoir dans 2 mois.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : trouble du comportement et agression sur le personnel.

Passages à l'acte graves sur le secteur.

Ce que dit la patiente : veut rester à l'UMD.

Symptomatologie actuelle : absence d'idée délirante. Troubles du comportement, sortie récente de chambre d'isolement. Traits de personnalité psychopathique.

Modification de traitement en cours.

**Décision de la commission :** maintien. La décision n'a pas nécessité de discussion.

**Monsieur M.R. 35 ans :**

Date d'entrée à l'UMD : 30/08/2012. 1<sup>ère</sup> commission.

Motif d'hospitalisation à l'UMD : agression de sa voisine à coups de couteau.

ATCD de violence : violence sur sa mère à l'âge de 18 ans.

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : symptomatologie délirante présente au moment du passage à l'acte avec probable sentiment d'être menacé par la voisine « qui l'avait déjà tué plusieurs fois ».

Symptomatologie actuelle : aucune critique du délire. Sentiment d'être menacé probable.

Absence totale de reconnaissance des troubles. Froideur.

Ce que dit le patient : aucune critique du passage à l'acte, se sent en sécurité à l'UMD.

Emotion de l'évaluateur : « inquiétant ».

**Décision de la commission :** maintien. La décision n'a pas nécessité de discussion.

**Monsieur Y.P.N. 25 ans :**

Date d'entrée à l'UMD : 25/08/2009. Décisions antérieures de la commission : maintien.

Motif d'hospitalisation en UMD : Agression de sa mère au hachoir pour la tuer et la manger.

ATCD psychiatriques : Début des troubles en 2006 avec états dissociatifs et délirants.

Contexte du passage à l'acte ayant motivé l'hospitalisation en UMD : symptomatologie délirante dans un contexte de rupture de traitement.

Symptomatologie actuelle : Délire et hallucinations très présents.

Ce que dit le patient de sa violence : froideur par rapport au passage à l'acte.

**Décision de la commission :** maintien. La décision n'a pas nécessité de discussion.

## Annexe 2

### HCR-20 Feuille de cotation

Nom

Date

Evaluateur :

<b>Items Chronologiques</b>		<b>Code (0, 1, 2)</b>
H1	Violence antérieure	
H2	Premier acte de violence durant la jeunesse	
H3	Instabilité des relations intimes	
H4	Problèmes d'emploi	
H5	Problèmes de toxicomanie	
H6	Maladie mentale grave	
H7	Psychopathie	
H8	Inadaptation durant la jeunesse	
H9	Troubles de la personnalité	
H10	Echecs antérieurs de la surveillance	
<b>Total aux facteurs chronologiques</b>		<b>/20</b>

<b>Items cliniques</b>		<b>Code (0, 1, 2)</b>
C1	Introspection difficile	
C2	Attitudes négatives	
C3	Symptômes actifs de maladie mentale grave	
C4	Impulsivité	
C5	Résistance au traitement	
<b>Total aux facteurs cliniques</b>		<b>/10</b>

<b>Items de gestion du risque</b> <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out		<b>Code (0, 1, 2)</b>
R1	Plans irréalisables	
R2	Exposition à des facteurs déstabilisants	
R3	Manque de soutien personnel	
R4	Inobservation des mesures curatives	
R5	Stress	
<b>Total aux facteurs de gestion du risque</b>		<b>/10</b>

<b>Total HCR-20</b>	<b>/40</b>
<b>Jugement final du risque</b>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Elevé

## Résumé

La dangerosité est une notion floue dont la prise en charge se situe entre soin et sanction. Elle intéresse de plus en plus les pouvoirs publics qui confient au psychiatre son évaluation. Cette difficile évaluation met le clinicien en difficulté pour trouver sa juste place. Une réflexion sur la place de la dangerosité en psychiatrie apparaît indispensable pour aider le psychiatre à préciser son rôle. Cette interrogation ne peut se dispenser d'une réflexion sémantique autour de cette notion ni d'une étude attentive des outils permettant son évaluation.

Une revue de la littérature a permis de préciser les intérêts et les limites des différentes échelles d'évaluation de la dangerosité et de déterminer celle qui apparaissait la plus pertinente en pratique clinique, le HCR-20 (*Historical Clinical Risk-20*). Les observations des psychiatres lors d'une commission du suivi médical en Unité pour Malades Difficiles ont été recueillies et les éléments cliniques exposés ont été comparés au HCR-20 et analysés. L'objectif de l'étude était de mettre en évidence les éléments sur lesquels se basent les psychiatres pour justifier leur décision en s'intéressant notamment à la place de la dangerosité dans cette prise de décision.

Dix patients ont été vus par les psychiatres de la commission. Les items cliniques du HCR-20 sont retrouvés à 70%, les items historiques à 38% et les items de gestion du risque à 16%. D'autres critères, non présents dans le HCR-20, sont également évalués, notamment le discours du patient sur sa violence et sa maladie ou encore l'évolution clinique et la prise en charge. La dangerosité est mentionnée explicitement pour 3 patients sur 10.

Le psychiatre se base principalement sur des éléments cliniques pour justifier sa décision. Le terme de dangerosité et l'évaluation telle qu'elle est actuellement abordée ne correspondent pas à la pratique psychiatrique clinique et méritent d'être repensés.

## Abstract

Dangerousness in psychiatry is a rather vague concept, and its care falls somewhere between medical treatment and judiciary sanction. However hazy, the concept of dangerousness has begun to attract interest from public authorities, who have handed its assessment over to psychiatrists. The complexity of this assessment therefore places the psychiatrist in a difficult position, where one has to define its own role. Further considerations regarding the place and importance of dangerousness in psychiatry thus seem necessary in order to help psychiatrists in this definition attempt. Such considerations cannot dispense with a semantic discussion regarding the very concept of dangerousness, or with a thorough study of the different tools that enable its proper assessment.

A carefully conducted literature review has pointed out the pros and cons of the different scales used in the assessment of dangerousness, and has determined the most relevant scale in the field of clinical practice, namely the HCR-20 (*Historical Clinical Risk-20*). The present study gathers the observations made by several psychiatrists of the commission of clinical monitoring from "*Unité pour Malades Difficiles*" (in French "*Unit for Difficult Patients*"). Once presented, the clinical facts were compared to the HCR-20 scale and subsequently analyzed. The study's purpose was to highlight the criteria used by psychiatrists to justify their decisions, with a focus on the importance taken by dangerousness in this decision-making process.

Ten patients were examined by the commission's psychiatrists. The psychiatrist's observations match the clinic items of the HCR-20 at 70 %, the historical items at 38% and the risk management items at 16%. Besides the ones present in the HCR-20, other criterions were assessed, namely the patient's opinion on its own violence and disease, the clinical evolution and the medical care. Dangerousness was explicitly mentioned by 3 patients out of the 10.

Psychiatrists mainly rely on clinical criterions to justify their decisions. The term "dangerousness" and its assessment, as it is currently addressed, do not match the current practise of clinical psychiatry, and should therefore be put into perspective.