

Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

De la dangerosité à l'évaluation du risque

Gilles Côté

Special Issue, 2001

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074837ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074837ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Côté, G. (2001). De la dangerosité à l'évaluation du risque. *Psychiatrie et violence*. <https://doi.org/10.7202/1074837ar>

De la dangerosité à l'évaluation du risque.

Gilles Côté

Directeur
Centre de recherche - Institut Philippe Pinel
Psychiatrie et violence www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence
Juin 2001. Préalablement publié dans «Psychologie Québec».
Reproduit avec autorisation.

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 pose un comportement violent au cours d'une période définie, dans un contexte défini.

Les études conduites au cours des années 1960 à 1980 ont brossé un tableau assez pessimiste de la capacité des cliniciens à établir la dangerosité. Dans un ouvrage maintenant classique, Monahan (1981) évaluait que les cliniciens estiment adéquatement la dangerosité une fois sur trois. En pratique, cela revient à dire que le jugement clinique relève ici de l'aléatoire. Dans les faits, les cliniciens sont portés à surévaluer le nombre de patients qui présentent un risque de comportement violent (Steadman & Coccozza, 1974; Thornberry & Jacoby, 1979).

Pour soutenir le jugement clinique, divers instruments ont été développés depuis le début des années 1980. Dans le champs du comportement criminel, l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R) (Hare, 1991) s'avère particulièrement utile; il s'agit d'un instrument développé pour cerner le fonctionnement criminel, sous l'angle des traits de personnalité (facteur 1) et sous l'angle des comportements antisociaux ou des comportements associés au comportement antisocial, tel par exemple l'impulsivité (facteur 2). Les psychopathes, définis sur la base de cet instrument, récidivent davantage, récidivent plus rapidement et sous une forme violente en comparaison des non psychopathes. Ceux-ci posent également plus de problèmes lorsqu'ils sont incarcérés ou hospitalisés. L'évaluation de la psychopathie demeure un aspect important dans l'évaluation des risques posés par un individu atteint d'un trouble mental sévère et persistant ; l'échelle de psychopathie est intégrée à l'instrument de Webster, Douglas, Eaves & Hart (1997), cet instrument étant connu sous l'appellation de HCR-20.

Ce dernier instrument porte spécifiquement sur l'évaluation et la gestion du risque de comportement violent. En plus d'aspects statiques, c'est-à-dire des aspects sur lesquels le clinicien ne peut intervenir directement (ex. : avoir présenté des problèmes sérieux de comportement en bas âge), sont aussi pris en compte des aspects cliniques (symptomatologie, introspection, ...) et des aspects liés à la gestion du risque (soutien social, encadrement professionnel, événements stressants prévisibles...). Des instruments cliniques ont également été développés pour l'évaluation du risque dans le cadre de la délinquance sexuelle (Sexual Violence Risk (SVR-20) : Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997) et de la violence conjugale (Spousal Assault Risk Assessment guide (SARA); Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1995). Ces instruments sont dits cliniques du fait qu'ils gardent un rôle au clinicien dans l'évaluation. Par ailleurs, devant le pessimisme qui a prévalu, et qui prévaut encore parfois, sur la capacité du clinicien d'évaluer le risque de comportement violent, des échelles actuarielles ont été développées. McNeil & Binder (1994) ont développé une grille actuarielle pour prédire les comportements violents sur les unités psychiatriques. Au chapitre des grilles actuarielles, celles développées par Quinsey, Harris, Rice & Cormier (1998) sont certes les plus connues. L'une est adaptée à l'évaluation du risque posé par les patients atteints d'un trouble sévère et persistant (VRAG : Violence Risk Appraisal Guide), l'autre s'adresse essentiellement à la clientèle délinquante sexuelle (SORAG : Sex Offender Risk Appraisal Guide). Dans le cadre des instruments actuariels, l'objectif n'est pas de comprendre pourquoi tel ou tel aspect est associé au comportement violent; il est uniquement de prédire le comportement violent d'un individu en s'appuyant essentiellement sur une probabilité statistique.

Avantages liés à l'utilisation d'instruments dans l'évaluation du risque de comportements violents.

Lorsque l'instrument d'évaluation s'avère essentiellement un instrument diagnostique, telle l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R), l'avantage premier repose sur une définition opérationnelle et partagée d'une

entité clinique spécifique. En plus de permettre une certaine prévision, l'instrument vient définir un sous-groupe particulier de sujets antisociaux qui présentent un mode d'aménagement spécifique. Cette spécificité de la psychopathie s'observe notamment à travers l'absence presque totale de recoupement avec des troubles mentaux sévères et persistants. Ce sous-groupe pose des difficultés de prise en charge, de sorte qu'il constitue un défi pour l'intervention. En identifiant un mode de fonctionnement spécifique, l'instrument vient non seulement aider au niveau d'une définition partagée, mais il favorise également une recherche mieux ciblée. Par contre, quelque soit l'instrument retenu parmi ceux précédemment mentionnés, celui-ci constitue un aide-mémoire qui permet au clinicien de prendre en compte les indices d'évaluation du risque qui s'avèrent particulièrement pertinents. Les études ont démontré que les cliniciens améliorent grandement leur capacité de prédiction en comparaison de ce qui était observé par Monahan (1981). Ces instruments permettent de prendre une distance par rapport aux biais susceptibles d'affecter le clinicien, lesquels peuvent à l'occasion relever du milieu culturel dans lequel ce dernier est inscrit. À titre d'exemple, nous avons pu observer que les cliniciens intervenant auprès d'individus antisociaux portaient une attention trop accentuée à l'absence de remords ou de culpabilité, au détriment d'aspects liés au fonctionnement narcissique, aspects qui s'avèrent particulièrement associés au mode de fonctionnement psychopathique (Côté & Hodgins, 2000); n'est-ce pas là l'effet de notre culture judéo-chrétienne ? En cherchant à cerner les aspects les plus pertinents pour évaluer le risque de comportement violent, ces instruments arrivent à la fois les préoccupations cliniques et les préoccupations de recherche, l'un et l'autre domaine contribuant au développement desdits instruments.

Risques liés à l'utilisation d'instruments dans l'évaluation du risque de comportements violents.

Un engouement pour ces instruments est observé depuis quelques années. Celui-ci est manifeste par le nombre de publications parues dans le domaine, de même que par les demandes accrues de formation auxdits instruments. Toutefois, cela s'accompagne d'un certain nombre de préoccupations. Les questions méthodologiques, épistémologiques et éthiques qui animent un débat entre les tenants des instruments cliniques (PCL-R, HCR-20, SVR-20,...) et les tenants des instruments actuariels (VRAG, SORAG,...) ont déjà fait l'objet de publications (Côté, sous presse); elles ne seront pas reprises ici. Au chapitre des préoccupations, il s'avère important de rappeler que ces instruments ont été développés sur la base d'analyses de tendance centrale et que, au moment de procéder à l'évaluation, il est toujours de la responsabilité du clinicien de voir si l'individu qu'il a devant lui présente des caractéristiques qui exigent de nuancer les résultats obtenus. Ces instruments sont souvent peu sensibles au changement; par ailleurs, certains aspects idéosyncrasiques échappent à ces instruments, de sorte que l'individu peut parfois présenter un risque plus élevé qu'il n'en paraît aux résultats obtenus avec l'instrument d'évaluation. Tout instrument, quel qu'il soit, ne peut faire abstraction de l'analyse du clinicien. Un risque important est de se reposer sur la technique psychométrique pour pallier le déficit d'analyse. Les divers instruments correspondent à diverses problématiques liés à un fonctionnement essentiellement antisocial, à la violence conjugale, à la délinquance sexuelle, à un comportement violent chez un individu présentant un trouble mental sévère et persistant, etc. Le clinicien s'arrête-t-il à l'aspect extérieur pour sélectionner l'instrument, oubliant le tableau général de fonctionnement ? Ainsi, un viol peut faire partie du tableau général de comportement délictuel, de sorte que le fonctionnement peut être davantage à considérer sous l'angle du fonctionnement antisocial que sous l'angle de la délinquance sexuelle. De plus, le nombre d'années d'expérience dans le domaine ne peuvent remplacer un entraînement formel à l'utilisation de ces instruments; certains exigent une formation intensive pour la maîtrise des aspects opérationnels et techniques.

Loin de remplacer l'expertise clinique, ces instruments doivent être considérés comme des moyens de standardiser la démarche d'évaluation. Ils offrent également un terrain fructueux de rencontre entre la recherche et la clinique. Ce faisant, ils assurent une meilleure opérationnalisation des aspects pertinents, renforçant ainsi la fidélité de l'évaluation, et une validation accrue de la démarche, en raison du souci de pertinence et de vérification des jugements cliniques.

Références

Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). The Sexual Violence Risk - 20 guide (SVR-20). Burnaby, British Columbia, Canada: The Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Côté, G. (sous presse). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie*.

Côté, G., & Hodgins, S. (2000). Remords, culpabilité et confession: la pratique à la lumière de l'échelle de psychopathie de Hare. Présentation lors du 25^{ième} congrès de l'Académie internationale de droit et de santé mentale. Sienne (Italie).

Hare, R. D. (Ed). (1991). The Hare Psychopathy Checklist: Revised . Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc. Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1995). Spouse Assault Risk Assessment guide (SARA). Toronto: Multi-Health Systems Inc.

McNiel, D. E., & Binder, R. L. (1994). Screening for risk of inpatient violence: Validation of an actuarial tool. *Law and Human Behavior*, 18(5), 579-586.

Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: an assessment of the clinical techniques*. Beverly Hills (CA): Sage.

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.

Steadman, H. J., & Coccozza, J. J. (1974). *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.

Thornberry, T. P., & Jacoby, J. E. (1979). *The criminally insane: A community follow-up of mentally ill offenders*. Chicago: The University of Chicago Press.

Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence: Version 2*. Burnaby, BC: Simon Fraser University.