



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

L'évaluation du risque de violence. Comment évaluer le risque sans concession sur la primauté de la clinique ?

Violence risk assessment: How to assess risk for violence without compromising clinical priorities

Louis De Page*, Jérôme Englebort, Pierre Titeca

Centre hospitalier Jean-Titeca, 11, rue de la Luzerne, 1030 Bruxelles, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 15 mai 2019

Mots clés :
Comportement à risque
Échelle d'évaluation
Historique
Psychiatrie médico-légale
Psychométrie
Violence

Keywords:
Risk behavior
Rating scale
Historical
Forensic psychiatry
Psychometrics Violence

RÉSUMÉ

L'évaluation du risque de violence est une démarche à la fois de plus en plus incontournable dans la psychiatrie médico-légale et à la fois fortement critiquée sur les plans éthique, sociétal et scientifique. Dans cet article, nous retraçons les différentes générations d'outils d'évaluation du risque de violence. L'évaluation structurée du risque a été créée en réponse aux manquements du jugement clinique non structuré. Il a été démontré dans maintes recherches antérieures que le jugement clinique non structuré comportait différents biais (surévaluation du risque, incohérence intercotateur, etc.). L'utilisation des échelles d'évaluation du risque répond en partie à ces manquements, mais comporte d'autres défauts (dangers d'utilisations erronées, utilité clinique incertaine, etc.). En analysant la littérature issue de ces différentes perspectives, nous décrivons les enjeux qui pèsent sur l'évaluation du risque de violence. Enfin, nous décrivons plusieurs pistes pour maintenir une attitude résolument clinique tout en intégrant ces outils d'évaluation dans la pratique.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – Describe how (routine) structured risk assessment can be used in clinical practice without putting clinical commitment in jeopardy.

Background. – Violence risk assessment has become unavoidable in forensic psychiatry. Although it has become a routine task in many clinical settings, it has been criticized on ethical, societal and scientific grounds. In this article, we analysed literature stemming from different perspectives in order to present the both current and historical debates surrounding violence risk assessment. We remind that structured risk assessment was elaborated because of the many flaws of unstructured clinical judgement (overestimation of risk, lack of interrater agreement, etc.). On the other hand, structured risk assessment has its own flaws (risk of misuses, uncertain clinical usefulness, etc.). We feel that this scientific debate has also been complexified by the many fears and resistances of clinicians, especially in the Roman-European traditions.

Methods. – Literature review from different literature threads. We review historical, empirical and statistical, clinical and philosophical literature on the subject of risk assessment.

Conclusions. – We argue that every new technology (in this case, structured risk assessment) brings about its own share of concern and suspicion, but that careful appraisal is better than steep resistance. To this end, we describe methods and perspectives on how to use structured risk assessment without compromising clinical priorities. For example, specifying the nature of the assessed risk to decrease confusion and amalgamation, communicating about risk assessment inferences with patients, using risk assessment data as a third in clinical discussions, developing the capacity to translate empirical research findings into clinical practice, clarify the advantages of routine monitoring, etc.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : louis.de.page@gmail.com (L. De Page).

1. Introduction

Ces dernières décennies, on demande à la psychiatrie médico-légale d'évaluer et de prédire « le risque de violence » [6,18]¹. Des systèmes d'évaluation psychométriques, d'indicateurs, la détection précoce du risque de violence deviennent progressivement incontournables. Il est presque impensable qu'un service psychiatrique médico-légal n'évalue pas le risque de violence à l'aide d'instruments psychométriques. On attribue cette évaluation du risque à des cliniciens qui ont avant tout la vocation d'accompagner plus que de contenir le patient dangereux à l'écart de la société. Car nous parlons bien du risque qu'un individu représente pour la société et ses membres. Il s'agit principalement de cerner le risque de violence sur autrui et, *in extenso*, tout comportement qui pourrait mener à un préjudice.

Soyons honnêtes et reconnaissons que l'implémentation de ces outils dans ces lieux de soins se fait, parfois sur base volontaire, mais fréquemment sur demande des autorités subsidiaires (e.g. [4]). Ces autorités peuvent choisir de se faire conseiller, souvent par des membres de la communauté scientifique, mais cela se fait rarement par un consensus académique représentatif et formel. Ce n'est donc pas habituellement une démarche scientifique des cliniciens qui propulse ces évaluations, mais plutôt une demande de la société [18]. Les tragédies liées à des patients psychiatriques, aussi rares soient elles, horrifient sans discontinuer au XXI^e siècle. Notre société évoluant vers un besoin de contrôle grandissant, il n'est pas rare d'entendre le citoyen s'interroger : « Comment a-t-on bien pu laisser faire cela ? »

Est-ce pour autant illégitime de la part de la société, et donc des pouvoirs qui organisent et subsidient les soins aux patients malades mentaux à risque de violence, d'exiger la passation d'échelles d'évaluation du risque ? Non, au contraire. La littérature scientifique abonde d'études plaçant pour que le soignant en psychiatrie médico-légale s'aide d'échelles d'évaluation. La plupart des études sur l'évaluation psychométrique sont nées aux États-Unis, suite au constat que le seul jugement du clinicien, bien que souvent cohérent, était trop souvent basé sur des éléments trop actuels, surévaluait souvent le risque et manquait de systématisation [1,4,5]. Les estimations du risque réalisées par des cliniciens pointent des facteurs de risque qui sont souvent présents, mais omettent des variables protectrices et médiatrices. Les évaluations manquent de cohérence entre cliniciens, et il peut manquer de cohérence entre différents patients évalués par un même clinicien. Les méta-analyses par rapport à la validité des prédictions faites par des cliniciens sans s'appuyer sur la psychométrie concluent que les cliniciens prédisent modestement mieux que le hasard. Un soutien était donc nécessaire pour améliorer nos prédictions.

2. Contexte historique et évolution de l'évaluation du risque

Les manquements du jugement clinique ont poussé à chercher des facteurs « objectifs » (≈ qui se passent du filtre du clinicien) pour prédire le risque de violence. Ces facteurs de risques sont appelés statiques, actuariels ou historiques. Dans ces modèles (voir par e.g. la VRAG, [19]), la probabilité de risque de violence est la résultante d'une longue équation comprenant, d'une part, la présence/absence de certains facteurs statiques et des coefficients, d'autre part. Par exemple, *être un homme ou avoir eu un parent alcoolique* augmente également le risque de violence, *s'en être pris violemment à un homme plutôt qu'à une femme* diminue la probabilité, etc. Le problème principal de ces modèles, c'est leur invariabilité, leur manque de nuances et la pauvreté des pistes de travail qu'ils suggèrent. Si un patient obtient un score indicatif

« d'une très grande probabilité de violence », il sera alors continuellement et immuablement à très haut risque de violence, même s'il est soigné, apaisé et pris en charge dans un contexte suffisamment contenant. Englebert (2013, p. 219) rappelle et précise que « les échelles actuarielles ne permettent pas de prédire la récurrence [...] mais déterminent la mesure dans laquelle le profil du sujet est comparable au profil moyen d'un échantillon de personnes qui ont récidivé [...] ». Ces outils, bien que dépassés par les générations suivantes, gardent néanmoins une pertinence, car ils permettent facilement d'identifier les individus chez qui une évaluation du risque plus nuancée et dynamique est nécessaire [5]. Ces outils permettent, en d'autres termes, de faire un premier « tri » rapide dans les niveaux de dangerosité, mais n'ont aucune valeur clinique intrinsèque [6,13,22].

La génération suivante d'outils d'évaluation du risque se présente comme des guides d'évaluation qui viennent en appui au jugement clinique [5]. Il s'agit ici de manuels qui regroupent un ensemble de facteurs qui peuvent être statiques, mais aussi et principalement des facteurs dynamiques. Ces derniers sont des caractéristiques qui peuvent fluctuer selon le temps, le contexte de l'évaluation ou de l'environnement (par e.g. : l'état psychique, la disponibilité d'aide professionnelle, la motivation, etc.). Dans ces manuels, chaque facteur est détaillé, opérationnalisé et illustré. Les auteurs de ces manuels fournissent de plus amples références scientifiques pour justifier comment les facteurs retenus sont associés à la violence. L'évaluateur est ici invité à juger de la présence ou de l'absence de ces facteurs au moment de l'évaluation et à estimer si ce facteur contribue pertinemment au risque au moment de l'évaluation. Ces outils permettent d'identifier des pistes de travail qui pourraient réduire le risque de violence. Un des exemples les plus connus de ces outils est la HCR-20 [11].

La dernière génération d'outils, en plus de s'intéresser aux facteurs de risque, en est venue à évaluer les facteurs protecteurs, c'est-à-dire, ce qui fait qu'un patient est moins susceptible de passer à l'acte violemment [10,21,23]. Ces facteurs de protection sont, par exemple, le fait de pouvoir donner un sens à sa vie, d'accéder à des loisirs, à des relations stables, etc. Ce tournant dans la recherche permet à l'évaluation de se rapprocher de la clinique. En effet, en hôpital médico-légal, beaucoup de patients ont à peu près le même niveau de facteurs de risque. Mais, ce qui différencie les patients en crise des patients stabilisés, c'est la présence de facteurs protecteurs et/ou la possibilité d'en implémenter [6,22]. Ces facteurs reprennent fréquemment les pistes cliniques que les soignants tentent de mettre en place avec leurs patients : des occupations structurées comme des formations ou des bénévolats, des relations stables, la compliance au traitement, etc. En plus d'être cliniquement utiles, la prise en compte des facteurs protecteurs dans l'évaluation du risque est une valeur empiriquement ajoutée (e.g. [20], c'est-à-dire que les prédictions faites en tenant compte des facteurs protecteurs sont plus précises que les prédictions faites sans ces facteurs protecteurs). La communauté scientifique s'accorde sur la valeur ajoutée des facteurs protecteurs, tout en maintenant qu'évaluer uniquement les facteurs protecteurs (sans les facteurs de risque) est un non-sens. C'est pourquoi des outils tels que la SAProF [10] viennent en complément d'outils comme la HCR-20.

Les évolutions dans les générations d'outil d'évaluation du risque ne font que suivre l'évolution des paradigmes théoriques sur la prévention du risque de violence. Les outils actuariels et l'identification des facteurs de risque sont en concordance parfaite avec le *Risk Need Responsivity Model* (RNR, Andrews et Bonta, 2014). Ce modèle se résume par trois grands principes. Premièrement, que le risque peut être mesuré de manière fiable et que le traitement doit être proportionnel au risque mesuré (Risk). Deuxièmement, que le traitement doit se focaliser sur les « besoins criminologiques » (en d'autres termes : les facteurs de risques

¹ Pour une discussion de la perspective carcérale, voir Englebert (2013, p. 216–227).

[Need]). Et troisièmement, le soin doit être adapté aux capacités de la personne pour une meilleure réponse au traitement (*Responsivity*). L'apport des facteurs protecteurs partage la même philosophie que le *Good Lives Model* (GLM [Barnao, Robertson, et Ward, 2010]). Le *Good Lives Model* part du principe que tout individu cherche à améliorer sa condition et donner sens à sa vie, et la criminalité est une manière erronée de parvenir à ses fins et qu'il ne suffit donc pas de réduire les facteurs de risques pour garantir une vie satisfaisante et une intégration sociale.

3. Validité et utilité de l'évaluation du risque

De tout temps, la recherche quant à l'évaluation du risque de violence s'est inscrite dans une logique positiviste ; le fait de comprendre les facteurs en lien avec la violence permet d'intervenir pour la prévenir. Mais là encore, la science vient contrarier l'attente du citoyen en demande de sécurité et de contrôle, car la science est la première à reconnaître la complexité du phénomène violent ; elle pointe par conséquent le manque de fiabilité de ces modèles de prédiction en termes de dialogue avec la complexité [13]. La plupart des auteurs s'attellent à documenter le manque de fiabilité de ceux-ci, à examiner leur prédictivité et à très précautionneusement suggérer « là où » et « comment » ces outils peuvent être utiles. Le discours scientifique est beaucoup plus modéré que ce que les représentants de la société peuvent faire valoir dans leurs demandes envers la clinique [5].

Néanmoins, que pouvons-nous dire sur l'utilité de faire passer ces évaluations du risque ? La plupart des études sur l'efficacité de l'évaluation du risque s'organisent sur le principe de la prédictivité de ces échelles. Dit simplement : « Est-ce qu'un score élevé aujourd'hui prédit adéquatement un risque endéans un certain nombre d'années, et inversement, est-ce qu'un score faible prédit l'absence de ce risque ? » Un grand nombre de méta-analyses concluent à l'efficacité aspécifique des outils reconnus en la matière [16,24]. Cela veut dire que, si on utilise les outils des dernières générations (voir ci-dessus), dans les règles de l'art, on arrivera adéquatement à identifier le groupe des patients à risque de récurrence violente et surtout les facteurs déclenchants, médiateurs ou modérateurs (pour une discussion approfondie de ces effets dans la prédiction voir [21]). Par contre, il n'est pas possible de prédire ni la nature ni la temporalité de la violence de celle-ci.

Une explication succincte des problèmes et des tensions éthiques qui découlent de la validité prédictive nous semble de mise. La littérature empirique décrit la validité des échelles de prédictions avec des notions statistiques telles que la spécificité et de sensibilité, les faux-positifs et les faux-négatifs, les « base-rates » ou encore des analyses *Receiver-Operating Curve*. Il est crucial de comprendre les logiques de ces analyses, que ce soit pour le jugement clinique non structuré ou pour les échelles psychométriques. Si un outil a une spécificité et une sensibilité de 90 % pour prédire un événement qui advient dans 10 % des cas (par exemple, un non-respect de condition de libération à l'essai), cela veut dire que sur 100 patients, l'outil identifiera adéquatement neuf personnes qui ne respecteront pas leurs conditions de libération (vrai positif), ratera une personne (faux négatif), mais en identifiera erronément neuf qui ne manqueront pas à leurs conditions (faux positifs). Les implications humaines de ces faux positifs sont immenses et dévastatrices [22]. Pour rappel, le jugement clinique non structuré a tendance à émettre plus de faux positifs que les échelles. Et plus l'événement qu'on veut prédire est rare (homicides, attentats, tueurs en série, etc.), plus les taux de spécificités, sensibilités, valeurs prédictives présenteront des manquements.

Mis à part cet aspect essentiel, mais froidement empirique, des études suggèrent que la simple passation d'outils d'évaluation du

risque de violence, le simple fait de se pencher sur la question de manière structurée (la logique de la « check-list » ou pense-bête), contribue déjà à réduire l'agressivité observée ainsi que les mesures coercitives pour la contenir [2]. En d'autres termes, demander à des soignants de réaliser ces échelles semble induire une compréhension commune, préventive et bénéfique.

4. Les critiques (in)justifiées

Une frange considérable des cliniciens et une part de sujets académiques et scientifiques s'opposent à l'évaluation du risque. Les critiques énoncées vont du registre de la stigmatisation de la personne, de la surévaluation de la validité psychométrique des échelles de risque, de l'idée de dépossession du patient, de l'idée que l'évaluation du risque sert la justice plutôt que le soin, en passant par l'idée de remplacer le clinicien par un technicien [3,5,6,13,17,21]. Ces conceptions sont probablement plus présentes dans la psychiatrie francophone que dans la psychiatrie anglo-saxonne. Il est d'ailleurs intéressant d'observer que la vaste majorité, sinon l'ensemble, des échelles proviennent également du monde anglo-saxon. Certaines de ces critiques nous semblent légitimes, d'autres amalgament « évaluation psychométrique » et « recherche de productivité behavioriste » ou « contrôle managérial ». Certains manifestes, aussi soutenus soient-ils, sont parfois simplistes et font fréquemment fi des études quant aux manquements du jugement du clinicien et des apports de la science empirique.

Parmi les critiques que nous pensons légitimes, il y a le risque que ces échelles représentent si elles sont mal utilisées (utilisées à charge, utilisées sans connaissances suffisantes des données scientifiques qui les accompagnent, etc.). Mais cela n'est pas spécifique à l'évaluation du risque. Nous pensons également que l'usage des prévalences de récurrence (ou « base-rates ») peut se révéler inapproprié, voire dangereux (e.g. [13]). Il s'agit d'une probabilité de récurrence présentée, endéans un certain laps de temps, par une catégorie à laquelle le sujet appartient selon l'échelle (par e.g. : une personne obtient un score X à la VRAG, ce qui le place dans la catégorie Y, catégorie qui a 43 % de probabilité de récidiver endéans les trois ans). Il est essentiel de garder à l'esprit que :

- ces prévalences statistiques n'ont pas été répliquées en Europe ;
- les trajectoires de récurrence spécifique à la population psychiatrique médico-légale ne sont pas prises en compte ;
- il a été adéquatement pointé que les outils d'évaluation du risque sont plus fiables et précis quand il s'agit de trouble de la personnalité que quand il s'agit de psychopathologie [8,9,17].

Par exemple, le trouble de la personnalité psychopathique a une influence bien plus stable et prégnante sur l'évaluation du risque que la psychose. Quand il s'agit de psychose, le risque est nettement plus complexe à prédire. Enfin, ces pourcentages empêchent tout argumentaire constructif ou élaboration clinique. Toutefois, une alternative pourrait être de recommander, si l'évaluateur souhaite citer le pourcentage de risque de récurrence (ou s'il y est contraint d'une quelconque manière), de toujours fournir ces chiffres avec les arguments permettant de les contextualiser et de relativiser leur valeur intrinsèque (*construct validity*).

5. Comment évaluer « cliniquement » ?

D'un point de vue institutionnel et sociétal, l'évaluation du risque, qu'on le veuille ou non, est devenue incontournable pour de nombreux contextes de prise en charge clinique. Il nous semble

plus judicieux de pro-activement s'approprier l'évaluation du risque de violence de manière clinique, plutôt que de se mettre hors-jeu vis-à-vis des autorités, des demandes institutionnelles et sociétales. Alors, comment trouver une zone de compromis entre les demandes de la société, la complexité scientifique et les résistances vis-à-vis de l'évaluation du risque ? En d'autres termes, comment évaluer sérieusement le risque tout en maintenant une attitude clinique rigoureuse ?

Il faut avant tout être au clair : à quels risques avons-nous affaire ? La société se préoccupe avant tout de préjudice, et donc de violence envers autrui ou de criminalité. Et celui-ci n'est pas toujours lié à la maladie mentale. Tout acte commis par un patient psychiatrique n'est pas forcément en lien avec sa maladie mentale [12,25]. Les soignants doivent tenter de manier cette clarté conceptuelle autant que possible : les actes qui découlent majoritairement de la maladie mentale doivent être repris dans un contexte clinique, les autres doivent être signalés et traités par la justice (bien que nous devons reconnaître qu'il s'agit là d'un idéal théorique et que la réalité clinique et judiciaire peut fournir des configurations mixtes). Notre position est de traiter la dangerosité clinique et donc d'évaluer les comportements qui mènent à celle-ci (par e.g. : le risque de rechute de la psychose, les négligences de soi, le risque de consommation de toxiques, etc.). Un patient n'est pas simplement « à risque », mais il est « à plusieurs risques » qu'il faut définir et séquencer. Par la nécessité de sérier les risques, nous entendons qu'il est souvent considéré que les dangers d'une rechute clinique mènent à des violences. C'est pour cela qu'évaluer le risque de rechute clinique est pertinent pour le risque de violence.

Les échelles ou toute autre forme d'indicateurs sont une expression de la probabilité d'un comportement endéans une période donnée. Il faut donc les comprendre comme une suggestion plus qu'une certitude, afin d'éviter toute stigmatisation [5]. En ce sens, les inférences qui découlent de ces outils d'évaluation ne sont pas différentes d'autres indications que nous donne le patient ; elles servent à soutenir ou à infirmer des hypothèses cliniques que le clinicien génère de par sa formation et son expérience professionnelle. On sait par exemple que les difficultés de prise en charge augmentent avec la comorbidité psychopathologique ; si tel est le cas, cela devrait se refléter dans les échelles psychométriques. Si le construit sur lequel s'appuie le clinicien existe, alors les indications qui en résultent doivent pouvoir être observables/mesurables. La nature des indications découlant des évaluations peut différer d'autres sources d'informations cliniques, car les indications psychométriques permettent de situer le patient par rapport à une population normative (détenus, patients médico-légaux, etc.). Il faut alors se rappeler que deux patients avec le même score sur une échelle de risque peuvent avoir la même probabilité de risque, mais pas forcément au même type de risque, et encore moins pour les mêmes raisons.

Afin de maintenir une attitude clinique, nous partons du principe qu'il faut être le plus transparent et honnête possible dans le lien clinique. Il est d'autant plus constructif de commencer ce débat avec les patients, car c'est selon ces perspectives qu'il sera appréhendé et écouté par les tribunaux qui décideront de son parcours. Néanmoins, il n'est pas facile de parler de risque de violence dans un lien clinique où la conscience morbide et la conscience de la nécessité de soins sont souvent précaires. Par contre, cette difficulté n'est pas différente de celle à communiquer les résultats d'un test de personnalité ou d'un diagnostic. Malheureusement la littérature scientifique (et les autorités) semble(ent) plus préoccupée(s) par la manière de communiquer avec la justice qu'avec les patients [15,21]. Nous pensons qu'il vaut en effet mieux parler des risques et des besoins criminogènes, et de la réponse à leur apporter, que de discuter psychométrie, statistiques et études scientifiques.

Dans la psychiatrie médico-légale, nous sommes fréquemment amenés à prendre en charge des patients chez qui les tentatives de soins (si elles ont eu lieu) ont fréquemment échoué. Nous avons donc à faire à des personnes avec des parcours chaotiques, peu suivis et souvent précairement documentés. Les échelles d'évaluations du risque permettent, grâce aux manuels et aux guides d'entretien, d'élucider rapidement des informations importantes et de pointer efficacement les domaines à investiguer. Les manuels des outils d'évaluation ne contiennent certainement pas la panacée de l'essence clinique, mais offrent un vocabulaire et proposent des modèles qui peuvent servir comme point de départ pour l'élaboration clinique. Et ensuite, les résultats des échelles peuvent fonctionner comme tier pour réguler la réinsertion du patient. Si le jugement clinique (individuel ou émis par une équipe) diffère des indications psychométriques, il convient d'élucider la source de la discordance. Si, par exemple, l'opinion de l'équipe soignante est positive par rapport à un projet de réinsertion social alors que l'évaluation du risque indique un score élevé de récurrence, alors la première a potentiellement omis certains facteurs de risques dans son appréciation ou alors l'évaluation n'a peut-être pas tenu compte des facteurs protecteurs identifiés par l'équipe soignante. S'engager dans une dialectique entre ces sources d'informations ne peut être qu'au bénéfice de la clinique.

Selon nous, l'utilité de l'évaluation du risque se situe dans la systématisation des domaines examinés [4], ainsi que dans la récurrence de cette évaluation (\approx examiner chaque fois une même liste de facteurs). L'avis clinique est fortement biaisé par l'actualité clinique, et nous savons que notre attention est plus facilement attirée vers les caractéristiques productives (délires, passages à l'acte intra-muros, etc.) que vers les caractéristiques aproductives (symptômes négatifs, anhédonie, etc.), surtout dans la situation groupale de l'institution. *A contrario*, le focus/les items d'une évaluation ne varient pas avec cette actualité clinique, et permettent donc d'historiser l'évolution d'un patient et de le comparer à lui-même sans les biais de la mémoire du clinicien ou de la mémoire collective (ou en complément à celles-ci). L'historisation et la récurrence de l'évaluation sont l'occasion de remettre les hypothèses cliniques sur le métier à intervalle régulier, d'en examiner l'évolution et d'identifier les facteurs opérants de la prise en charge.

En réponse aux résistances qui caractérisent l'évaluation du risque comme réductrice, nous trouvons que l'exercice de la cotation des échelles permet une abstraction et stimule la concision de la pensée. Évidemment que coter « 0 aucun problème », « 1 problème modéré » ou « 2 problèmes présent » à un item comme « Compliance au traitement » est réducteur par rapport à l'entièreté de la dynamique du patient. Néanmoins, cet exercice permet de sérier (dans leur priorité et leur importance) une série de points de travail cliniques. Il y a, peut-être, derrière ce problème apparent, une difficulté à conceptuelle plus vaste. Il peut être difficile de concilier les logiques narratives, littéraires, analogiques et les logiques mathématiques, numériques ou digitales. Il est aisément compréhensible qu'une grande partie des cliniciens (étant prioritairement formés en sciences humaines et attirés par l'idéal humaniste de celles-ci) se retrouvent sensiblement plus facilement avec le pouvoir évocateur et l'infinie capacité à rendre compte des nuances des premières, que des apports de l'abstraction, fonctionnels et de modélisation des autres.

La clef de voûte à une implémentation « clinique » de l'évaluation du risque est de pouvoir interpréter, traduire et rendre partageables les résultats de celle-ci aux soignants qui ne sont pas formés ou qui ne se tiennent pas à jour des études et avancées psychométriques, empiriques ou statistiques. En d'autres termes, intégrer narrativement les inférences d'un monde quantitatif. Il faut pouvoir utiliser et potentialiser les outils d'évaluation

que les conventions de soins enjoignent à réaliser. Les ranger dans un classeur ou les faire hâtivement ne fera pas bénéficier le patient de la réflexion que ces outils auront générée. Mais opérationnaliser la science qui sous-tend ces évaluations dans la pratique est probablement plus difficile que de faire avancer la science [4,5,7,14].

6. Conclusions

Dans cet article, nous avons souhaité dresser un tableau historique et l'état de l'art en matière d'évaluation du risque de violence. Celle-ci a été largement critiquée et la pratique clinique reste sceptique par rapport à cette demande qui lui est faite. En tant que cliniciens, nous soutenons qu'il est possible et souhaitable de s'approprier l'évaluation du risque comme un outil qui vient en appui de la démarche clinique, sans concession sur celle-ci.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Nous remercions Monsieur Francisco Repiso pour l'inspiration, son ouverture intellectuelle sur ces sujets ici discutés, et son soutien. Nous tenons à remercier chaleureusement le Dr L. De Smet et M. R. Gôsig pour leurs commentaires et révisions de ce manuscrit. Nous tenons également à remercier l'équipe Hegoa du Centre Hospitalier Jean-Titeca pour sa patience et son assiduité envers les efforts de recherches.

Références

- [1] Abbott BR. Throwing the baby out with the bath water: is it time for clinical judgment to supplement actuarial risk assessment? *J Am Acad Psychiatry Law Online* 2011;39:222–30.
- [2] Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193:44–50.
- [3] Aflalo A. L'évaluation : un nouveau scientisme. *Cites* 2009;37(1):79–89. <http://dx.doi.org/10.3917/cite.037.0079>.
- [4] Borum R. Improving the clinical practice of violence risk assessment: technology, guidelines, and training. *Am Psychol* 1996;154:945.
- [5] Carroll A. Are violence risk assessment tools clinically useful? *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:1–307.
- [6] Chaimowitz GA, Mamak M, Padgett R. Management of the mentally abnormal offender. *Brief Treat Crisis Interv* 2008;8:15.
- [7] Côté G, Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC. Risk assessment instruments in clinical practice. *Can J Psychiatry* 2012;57:238–44.
- [8] De Page L, Englebert J. Réflexion psychopathologique sur le diagnostic d'héboïdophrénie; 2016.
- [9] De Page L, Matteucci M, Englebert J. The shortcomings of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in a forensic schizophrenic sample. *Ann Med Psychol* 2018;176:954–66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2017.10.011>.
- [10] De Vogel V, De Ruiter C, Bouman Y, de Vries Robbé M. SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk, Second Ed., Utrecht: Forum Educatief; 2012 [English version].
- [11] Douglas K, Hart S, Webster C, Belfrage H. HCR-20 version 3: assessing risk for violence. Burnaby, BC, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 2013.
- [12] Durst R, Jabotinsky-Rubin K, Fliman M. Pseudopsychopathic schizophrenia-A neglected diagnostic entity with legal implications. *Med L* 1997;16:487–98.
- [13] Englebert J. Psychopathologie de l'homme en situation. Paris: Hermann; 2013.
- [14] Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci* 2012;7:50.
- [15] Grisso T, Tomkins AJ. Communicating violence risk assessments. *Am Psychol* 1996;154:928.
- [16] Hogan NR, Olver ME. A prospective examination of the predictive validity of five structured instruments for inpatient violence in a secure forensic hospital. *Int J Forensic Ment Health* 2018;17:122–32.
- [17] Maden A. Standardised risk assessment: why all the fuss? *Psychiatr Bull* 2003;27:201–4.
- [18] Morgan JF. Does the emphasis on risk in psychiatry serve the interests of patients or the public? Yes. *BMJ Br Med J Online* 2013;346:20–1.
- [19] Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Violent offenders: appraising and managing risk, Second Ed., Washington DC: American Psychological Association (APA); 2006.
- [20] Robbé de V M, Vogel de V, Douglas KS. Risk factors and protective factors: a two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2013;24:440–57.
- [21] Rogers R. The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law Hum Behav* 2000;24:595–605.
- [22] Roychowdhury A, Adshad G. Violence risk assessment as a medical intervention: ethical tensions. *Psychiatr Bull* 2014;38:75–82.
- [23] Webster CD, Martin M, Brink J, Nicholls TL, Desmarais SL. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): an evaluation and planning guide. Hamilton, Ont: St. Joseph's Healthcare Hamilton; 2004.
- [24] Yang M, Wong SC, Coid J. The efficacy of violence prediction: a metaanalytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull* 2010;136:740.
- [25] Zagury D. Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique. In: Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2001.