

DANGEROUSITÉ ET COMORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE : FACTEURS DE RISQUE VIOLENT

*DANGEROUSNESS AND PSYCHIATRIC
COMORBIDITY: VIOLENT RISK FACTORS*

Michel BÉNÉZECH*

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Malgré les critiques de certains « penseurs » dogmatiques et moralisateurs, l'auteur indique que l'utilisation d'outils scientifiques modernes est maintenant indispensable à l'évaluation du risque criminel. Il rappelle qu'environ 10 % des homicides « ordinaires » sont commis par des malades mentaux psychotiques et qu'il existe une corrélation statistique positive entre homicide, idéation suicidaire, tentative de suicide et suicide. Il critique la séparation artificielle entre dangerousité criminologique et dangerousité psychiatrique, 90 à 95 % des auteurs d'homicides présentant au moment du crime des perturbations mentales diverses. L'auteur propose pour terminer une nouvelle échelle d'évaluation du risque, le « 12-P », qui inclut les principaux prédicteurs psychosociaux et psychopathologiques en relation avec le risque d'agression physique (97 items).

MOTS-CLÉS

Evaluation, Homicide, Suicide, Violence, Comorbidité psychiatrique, Risque criminel.

* Conseiller scientifique de la Gendarmerie Nationale, 266, rue Judaïque, 33000 BORDEAUX, France.

SUMMARY

Despite the criticism of certain dogmatic and moralising 'thinkers', the author indicates that the use of modern scientific tools is now indispensable for assessing criminal risk. He reminds us that about 10% of 'ordinary' homicides are committed by psychotic mentally sick people and that there is a positive statistic correlation between homicide, suicidal ideation, attempted suicide and suicide. He criticises the artificial separation between criminological dangerousness and psychiatric dangerousness, as 90 to 95% of perpetrators of homicides at the time of the crime present various mental disturbances. To close, the author proposes a new risk-assessment scale, the '12-P', which includes the main psychosocial and psychopathological predictors related to the risk of physical assault (97 items).

KEYWORDS

Assessment, Homicide, Suicide, Violence, Psychiatric comorbidity, Criminal risk.

« Prédire est toujours difficile, en particulier le futur. »

Yogi Berra

1. INTRODUCTION

Nous sommes un pays de philosophes utopistes, arriérés et donneurs de leçons. Dès qu'un progrès technique, comme par exemple un instrument évaluatif du risque de récidive, se fait jour dans les sciences criminelles, nos intellectuels de la sociologie pénale et de la psychiatrie légale se déchaînent, dénonçant l'outil réducteur et potentiellement dangereux, brandissant l'éthique à bout de bras, vitupérant contre les incertitudes de la science, les risques d'erreurs, de dévoiement et de stigmatisation sociale de ceux sur lesquels ledit procédé serait utilisé... Par malheur, on ne voit guère ces mêmes penseurs dogmatiques, qui ont des avis sur tout et surtout des avis, ressentir et exprimer autant de scrupules moraux face aux victimes de criminels violents dont on aurait pu prévenir la récidive par une approche objective du risque futur et par des « traitements » adaptés susceptibles de réduire leur

dangereusité. On ne les voit pas davantage assister aux constatations victimologiques réalisées dans les instituts médico-légaux, entendre les plaintes des familles brisées, éplorées, meurtries, s'étonner que l'on ait pu remettre en liberté anticipée un antisocial auteur de passages à l'acte graves et répétés dans la communauté. Pour nombre de nos « socio-psy » moralisateurs, le multi-récidivisme violent et ses effets dévastateurs dans le réel sont moins sujets à inquiétude que quelques principes idéologiques, ici tout à fait hors de propos.

En effet, faut-il rappeler une fois encore que personne de sensé n'a jamais affirmé que le destin d'un individu peut s'inscrire dans quelques items d'une échelle d'évaluation criminelle, que ces outils sont infaillibles, qu'il faut en prendre les résultats au premier degré, « à la virgule près », sans discussion critique, qu'ils doivent être utilisés seuls sans tenir compte du contexte et des éléments cliniques et évolutifs, qu'ils s'appliquent sans exception à toutes les situations crimi-



nelles ! Au contraire, les évaluateurs compétents et prudents des méthodes actuarielles, statiques, sont parfaitement conscients des indications où ces outils peuvent se révéler utiles, de leurs limites théoriques et pratiques, de leur nécessaire association entre eux selon les cas, de leur interprétation individuelle, personnalisée et de leur validité dans le cadre de statistiques criminelles nationales. Il est évident que les scores à ces grilles expriment un ordre de grandeur, un éclairage pour le praticien et qu'ils ne doivent pas entraîner de décision concordante directe. La dernière génération d'instruments évaluatifs, dits « cliniques structurés », échappe d'ailleurs aux critiques des outils actuariels puisque ces instruments intègrent à la fois des variables « statiques » liées au passé, mais aussi des variables « dynamiques » liées au présent et au futur. Peut-on, à l'heure actuelle, continuer à faire confiance à l'expertise mentale pénale qui, en quelques dizaines de minutes ou exceptionnellement quelques heures, a la prétention insoutenable de dire le passé, le présent et le futur de l'expertisé en s'appuyant sur une méthode subjective, traditionnelle, étroitement liée à la personnalité et à la formation professionnelle de l'« expert » ? Peut-on continuer indéfiniment à accepter les batailles entre experts pendant l'information judiciaire ou en cour d'assises sur le degré de responsabilité de l'accusé et le pronostic des troubles mentaux et du danger qu'il peut présenter ? Peut-on maintenant refuser l'aide de moyens techniques d'évaluation, certes imparfaits et réservés aux professionnels, pour répondre de manière la plus exacte possible aux interrogations de la justice ? Les mêmes, qui diabolisent sans nuance ces instruments objectifs, n'hésitent pas à prendre leur voiture malgré les risques d'accidents de la circulation ni à se faire soigner en milieu hospitalier en dépit de 10% d'infections nosocomiales. Mais oublions ces retardataires de la criminologie, ces passésistes de l'expertise mentale standard, ces thuriféraires de la seule abstraction et du fumeux au dépend d'une approche concrète, scientifique qui, associée aux autres méthodes, est à même d'améliorer la qualité de la vérité judiciaire et de la protection publique.

2. QUELQUES CONSTATATIONS CRIMINOLOGIQUES

Il n'est nul besoin d'être grand clerc en la matière pour savoir que les perturbations comportementales violentes sont fortement liées aux troubles psychiques. Il suffit pour s'en persuader de lire chaque matin les faits-divers dans son quotidien. Les études épidémiologiques internationales utilisant des instruments diagnostiques standardisés (axes I et II de l'ancien DSM) montrent que, comparativement aux individus de la population générale de même classe sociale, les

patients sortant d'institutions psychiatriques ont des taux d'arrestation plus élevés, que les personnes souffrant de troubles mentaux sévères sont plus souvent interpellées pour agressions par les autorités de police, plus souvent condamnées et que leur forte prévalence en milieu pénitentiaire est une triste et incontestable réalité. Ces mêmes recherches mettent en évidence l'importance de la comorbidité psychiatrique dans le domaine de la dangerosité criminelle : plus le nombre de diagnostics psychiatriques associés augmente chez un même patient, plus le risque de violence s'élève. Ainsi la comorbidité psychiatrique, qu'elle soit catégorielle (diagnostic de trouble mental) ou dimensionnelle (continuum) et comportementale transnosographique (dyscontrôle comportemental et passage à l'acte agressif) élève considérablement la probabilité d'actes violents, auto et hétéro-agressifs (suicides et homicides). Paraissent particulièrement défavorables les associations pathologiques suivantes : schizophrénie et alcoolisme, schizophrénie et personnalité antisociale, alcoolisme et personnalité antisociale, sadisme sexuel et personnalité antisociale.

Les enquêtes internationales révèlent que de 5 à 25 % des homicides « ordinaires » sont commis par des psychotiques, le chiffre moyen d'environ 10 % étant maintenant communément admis. Par ailleurs, il existe une corrélation démontrée entre homicide, idéation suicidaire, tentative de suicide et suicide. Les études empiriques ont enfin confirmé l'existence de perturbations neurobiologiques chez les sujets violents, tout particulièrement une dysrégulation du système sérotoninergique et une faible activité du cortex cingulaire antérieur qui contrôle le comportement et l'impulsivité. Nous disons bien que les conclusions de ces recherches concernent les personnes souffrant de troubles mentaux patents, c'est-à-dire répondant aux critères diagnostiques des classifications internationales : retard mental, addictions (alcoolisme), troubles de la personnalité (personnalité antisociale), troubles de l'humeur (dépression), troubles psychotiques aigus ou chroniques (schizophrénie), troubles sexuels (paraphilies), troubles mentaux organiques.

3. DANGÉROSITÉ CRIMINOLOGIQUE ET DANGÉROSITÉ PSYCHIATRIQUE

Tout d'abord, une constatation clinique s'impose. Il est bien rare que des éléments psychopathologiques n'entrent pas en relation causale dans une infraction violente. Même en l'absence de troubles mentaux évidents ou majeurs, on trouvera toujours selon les experts une personnalité mal structurée, fragile, des défaillances narcissiques, une sexualité trop longtemps refoulée, un clivage familial à l'origine d'une mutilation permanente de la vie émotionnelle, des abus d'alcool, un fonds mental anxieux, une intelligence limi-



tée, une psychorigidité, de l'immaturation, de l'égoïsme, des tendances obsessionnelles, des sentiments d'infériorité, un surinvestissement familial et professionnel, une rupture brutale des défenses psychiques... Les enquêtes et la clinique expertale montrent que 90 à 95 % des auteurs d'homicide présentent au moment des faits des troubles mentaux selon les critères internationalement admis. Dans ces conditions, séparer dangersités criminologiques et psychiatriques est inopérant, artificiel, voire « dangereux ». Les indices généraux de criminalité (sexe masculin, jeune âge, famille brisée ou abusive, relations négatives avec les parents, niveau intellectuel bas, trouble des conduites, échec scolaire, niveau socio-économique bas, absence de formation professionnelle et d'emploi, célibat, marginalité, fréquentation des délinquants, violences antérieures, antécédents judiciaires, goût et port des armes, situation de crise, conflit, stress) s'exercent aussi bien sur les malades mentaux que sur le reste de la population. L'évaluation de la dangerosité actuelle et du risque futur que peut présenter un agresseur doit donc porter à la fois sur les éléments relationnels, contextuels, la totalité des indicateurs criminogènes connus, mais aussi sur les possibles facteurs protecteurs : éducation normative, altruisme, bon contrôle émotionnel, stabilité affective et professionnelle, intimidabilité pénale, encadrement familial et social positif, prise en charge et traitements adaptés.

4. LE 12-P

Il existe maintenant plusieurs dizaines d'outils d'évaluation actuarielle et de jugement clinique structuré pour mesurer le risque de récidive violente. Le nombre de leurs variables varie généralement entre dix et trente, mais certains de ces outils incluent dans leur cotation le score obtenu à une autre échelle, comme celle de psychopathie de Hare. Avec la collaboration de Thierry Pham et Jennifer Van Herk, nous avons élaboré un instrument nettement plus complet qui comprend une centaine d'items recouvrant l'ensemble des données empiriques et scientifiques liées à l'activité antisociale violente, sexuelle et non sexuelle. Il s'agit avant tout d'un aide mémoire, d'un répertoire destiné à la pratique clinique de la psychiatrie publique, de la psychologie légale et de la criminologie. Bien que notre échelle d'évaluation approfondie ne soit encore qu'à l'état d'ébauche et que certains de ses items aient une valeur beaucoup plus élevée que d'autres, ce dont doit tenir compte l'utilisateur, nous pensons utile d'en donner ici la structure générale. Sa dénomination « 12-P » vient du fait qu'il comprend 12 paragraphes dont les intitulés commencent tous par la lettre P pour des raisons mnémotechniques. Il rassemble les principaux indices psychosociaux et psychopathologiques actuellement reconnus d'augmentation du risque d'agression phy-

sique. La conclusion et le pronostic donné par cette échelle sont pour l'instant à l'appréciation du praticien selon les critères obtenus et le score total.

4.1. Précédents (29 items)

1. Enfance et adolescence : troubles périnataux, énurésie tardive, maladie somatique grave et/ou hospitalisation, retard mental, antécédents d'adversité (négligence, abus), rupture familiale et/ou placements (familiaux, institutionnels), manque de supervision des parents, événements de vie à caractère traumatisant, échec scolaire, absentéisme et/ou exclusion lors de la scolarité, trouble des conduites sévère, trouble oppositionnel avec provocation, trouble déficit de l'attention-hyperactivité, auto-violence (mutilations, tentative de suicide), consommation de drogue et/ou d'alcool.
2. Antécédents criminels : précocité de la délinquance, nombre-type et gravité des infractions, nombre et durée des incarcérations, condamnations pour violence physique-agression sexuelle-incendie volontaire ou homicide, échec antérieur de réinsertion, révocation de sursis de libération conditionnelle.
3. Antécédents psychiatriques : ancienneté des troubles, nature des troubles, non-lieu pour irresponsabilité psychiatrique, nature et efficacité de la prise en charge, hospitalisation psychiatrique.
4. Antécédents médicaux : handicap physique (visuel, auditif, moteur, malformation), accidents corporels multiples, traumatisme crânien, autre.

4.2. Présence de troubles anxieux (4 items)

Anxiété généralisée, phobie, trouble obsessionnel-compulsif, réponse au traitement.

4.3. Perturbation de l'humeur (8 items)

Hyper-émotivité, situation de crise-état de stress, état dépressif, idées de suicide ou d'homicide, sub-excitation ou excitation, trouble bipolaire, trouble cyclothymique, réponse au traitement.

4.4. Personnalité pathologique (8 items)

Antisociale, borderline, histrionique, narcissique, paranoïaque, schizoïde, sadique, autre.

4.5. Psychopathie (1 item)

Degré de psychopathie (score obtenu à l'échelle de Hare).

4.6. Prise de substances (8 items)

Alcoolisme occasionnel, alcoolisme chronique, consommation de drogue, médicaments, cannabis/



tabac, prise d'alcool ou de drogue lors des faits, trafic de drogue, réponse au traitement.

4.7. Psychose (11 items)

Schizophrénie, paranoïa, nature et sujet du délire, délire de persécution, menace de mort-désignation d'un persécuteur, hallucinations impératives, intensité des symptômes, degré d'insight, non compliance aux soins psychiatriques, réponse au traitement actuel, évolution récente des troubles.

4.8. Paraphilie (7 items)

Voyeurisme, fétichisme, pédophilie, sado-masochisme, sadisme criminel, nature et importance des fantasmes déviants, âge et sexe des victimes (victimes mineures).

4.9. Personne et mode de vie (11 items)

Age actuel du sujet entre 15 et 35 ans, sexe masculin, état civil célibataire, environnement familial, environnement professionnel, environnement social, mode de vie diurne-nocturne, marginalité, fréquentation des délinquants-des prostituées, conduite à risque (port d'arme, sport violent), conduite automobile dangereuse.

4.10. Projet de réhabilitation sociale (2 items)

Standard-vague-imprécis-variable, degré de réalisme du ou des projets.

4.11. Prise en charge (6 items)

Actuelle, médicale-psychiatrique, professionnelle-sociale-pénale, manque d'adhésion à la prise en charge, attitude négative vis-à-vis des interventions, manque de référent social et médical.

4.12. Profil (2 items)

Psychologique-professionnel-social, profil criminel.

5. FACTEURS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Si le 12-P est un instrument général d'évaluation diagnostique et pronostique, il ne saurait suffire à lui seul pour l'évaluation spécialisée d'un malade mental aux antécédents violents ou criminels hospitalisé sous contrainte dans un établissement psychiatrique : service ordinaire, unité pour malades difficiles, unité hospitalière spécialement aménagée. Le problème est particulièrement crucial si cette évaluation est faite en vue d'une sortie provisoire ou définitive de l'établisse-

ment ou d'un transfert dans une structure hospitalière plus libérale. Il devient alors nécessaire d'approfondir l'étude des prédicteurs psychiatriques les mieux individualisés, et ce d'autant que ces indicateurs de risque futur sont spontanément et thérapeutiquement évolutifs. La notation écrite et datée de leur présence et de leur intensité permettra ainsi des comparaisons ultérieures et d'adapter la prise en charge médicale, sociale et judiciaire. Si ces prédicteurs couvrent à peu près l'ensemble de la nosographie psychiatrique, les plus importants en pratique concernent les troubles psychotiques, les troubles affectifs et les conduites sexuelles déviantes.

5.1. Prédicteurs liés aux troubles psychotiques

En sus des facteurs criminogènes généraux et situationnels, on prêterait attention aux indices psychopathologiques ci-après : premier épisode psychotique, première année de troubles ou plus de dix ans d'évolution (schizophrénie), symptômes psychotiques positifs, émoussement émotionnel, anxiété majeure, fantasmes violents et/ou sadiques, délire de persécution ou de jalousie, syndrome d'influence, ordres hallucinatoires meurtriers, querulence passionnelle (paranoïa), idées de défense et de vengeance, désignation nominale des persécuteurs, menaces de mort, forte adhésion aux idées délirantes, sentiment général d'atmosphère persécutive, impulsivité, imprévisibilité, sévérité clinique, intensité des symptômes, insight absent ou faible, absence de soins, mauvaise relation avec les soignants, mauvaise observance thérapeutique, prise en charge familiale déficiente. Bien entendu, c'est la sommation de ces facteurs de risque qui est à prendre en compte, ainsi que la comorbidité avec des diagnostics secondaires : abus de substances, personnalité antisociale, dépression majeure, idées suicidaires et tentative de suicide, conduites sexuelles déviantes.

5.2. Prédicteurs liés aux troubles de l'humeur

Les données de la littérature font ressortir les indices thymiques habituels faisant craindre un acte médico-légal s'ils sont associés à d'autres indicateurs généraux et relationnels : début précoce des troubles, antécédents de violence, troubles graves du jugement, humeur irritable, colère pathologique, hostilité, attitude menaçante, impulsivité, symptômes psychotiques, hallucinations impératives, syndrome d'influence, idées suicidaires et de meurtre, altruisme pathologique, virage de l'humeur, conflit avec une autorité, état mixte, rémission incomplète des épisodes, négligences graves envers les proches, trouble bipolaire II (dépression majeure et épisodes hypomaniaques) et trouble unipolaire (dépression majeure), dépression récurrente brève, trouble dysphorique prémenstruel, conduite automobile dangereuse, incons-



science de la pathologie mentale, refus de se soigner, comorbidité somatique (maladie chronique invalidante), comorbidité psychiatrique (anxiété, addiction, personnalité antisociale, états schizo-affectifs). Selon les formes cliniques, les violences légères et les infractions mineures contre les biens sont principalement liées à la manie et à l'hypomanie, alors que les violences graves, les meurtres (homicides-suicides, filicides), les incendies volontaires et les agressions sexuelles sur mineurs (pédophilie) sont franchement en relation avec la dépression.

5.3. Prédicteurs liés aux troubles sexuels

Les facteurs importants définissant les sujets à risque sont maintenant bien répertoriés : jeunesse de l'agresseur, agresseur souffrant d'un syndrome d'alcoolisme fœtal, agresseur victime de sévices sexuels dans l'enfance, personnalité psychopathique, sadisme sexuel, nombre et gravité des infractions sexuelles antérieures, comportements violents et incarcérations antérieures, alcoolisation avant les faits, pédophilie primaire, pédophilie homosexuelle, adhésion à des croyances sexuelles déviantes, préférence sexuelle pour les enfants pré-pubères, agression de fillettes avec coït, traitement absent ou insuffisant chez les agresseurs à risque élevé. Ces indicateurs sont à analyser avec les facteurs déclenchants ou précipitants (situation anxieuse, perte d'emploi, rupture amoureuse, situation de crise) et les signes précurseurs d'un passage à l'acte : prise d'alcool, recherche de pornographie, fréquentation de lieux spécifiques ou de rencontre des futures victimes.

6. EXPRESSIONS DE L'AGRESSIVITÉ

La colère, la rage, l'impulsivité, la haine, le ressentiment liés à des expériences réelles ou imaginaires d'humiliation et d'agression constituent les fondements mêmes, les motivations essentielles des comportements violents. Ces affects, de support neurophysiologique, sont étroitement solidaires entre eux mais pour des raisons didactiques nous les évoquerons séparément.

6.1. Impulsivité

Tendance impérieuse à l'exécution rapide, irrésistible et irréfléchie d'un acte, l'impulsion présente deux variétés. La première est celle de l'impulsion protopathique ou réflexe qui est incoercible, explosive et aveugle, sans liaison avec les événements extérieurs et indépendante de la conscience. Certaines de ces impulsions sont liées aux expressions de la vie instinctive et émotionnelle (colère, fureur, peur, satisfaction d'un besoin sexuel) et peuvent aboutir à des actes médico-

légaux majeurs : meurtre, coups et blessures, viol, incendie. On les rencontre surtout au début des psychoses (stade pré-sémiologique de la schizophrénie), dans les états crépusculaires confusionnels ou passionnels et chez les arriérés profonds. La seconde variété, beaucoup plus importante en pratique, est constituée par le comportement impulsif. Ici l'activité, en relation avec des événements extérieurs ou intérieurs connus, est consciente dans son déclenchement et son déroulement. Ces actes brusques et agressifs s'observent principalement chez les psychopathes, les schizophrènes héboïdes, les paranoïaques, les pyromanes, kleptomanes et obsédés sexuels. On rattache aux impulsions les accès d'agitation et de fureur (delirium tremens, troubles bipolaires, schizophrénie, démence) ainsi que les raptus anxieux qui se produisent lors d'états émotionnels intenses (angoisse, colère, peur). On décrit surtout ces derniers chez les mélancoliques et les délirants passionnels.

6.2 Haine

Il s'agit d'un sentiment négatif caractérisé par le désir de nuire, de vouloir du mal ou la destruction d'une personne. Schématiquement, on peut discerner la haine ordinaire (névrotico-normale), habituellement consciente et parfois entretenue, la haine limite, telle qu'elle émerge des états limites borderline et des troubles obsessionnels-compulsifs, enfin la haine psychotique qui se manifeste par des fantasmes obsédants destructeurs, mutilateurs et homicides avec risque secondaire de passage à l'acte violent. Élément essentiel du « noyau psychotique », la haine est intimement liée à la colère, la rage, la fureur, l'hostilité, le ressentiment (préjudice). Son repérage et son évaluation (trait-état) chez le psychotique (schizophrénie, trouble délirant) devraient permettre d'affiner la prédiction de la dangerosité. Rappelons que les critères de la personnalité sadique, associés à ceux des personnalités antisociale et schizoïde, sont fréquents chez les meurtriers et les tueurs en série

6.3. Colère

La colère, cette courte folie, fait partie elle aussi des grands oubliés de la psychiatrie médico-légale où elle joue pourtant un rôle central transnosographique. De la colère froide de l'héboïdophrène à la rage du paranoïaque jaloux, toutes les formes cliniques de colères pathologiques peuvent s'exprimer dans les conduites hétéro-agressives : crises clastiques en milieu familial de l'alcoolique, colère délirante du borderline homicide, colère sexualisée du violeur dominateur, explosions coléreuses du psychopathe frustré, attaques de violence du narcissique abandonné, trouble explosif intermittent, etc. L'évaluation clinique et par des méthodes scientifiques des états de colère et de la colère comme trait de personnalité nous paraît être



une des priorités en matière d'estimation du risque de violence. Précisons que certaines colères peuvent être simulées ou volontairement provoquées dans un but de défense et d'intimidation.

6.4. Ivresse

Si l'ivresse extatique de l'artiste ou du délirant mystique est hors de propos ici, il n'en est pas de même des diverses ivresses pathologiques toxiques si communes dans les agressions physiques. Il faut citer en premier la classique et fréquente ivresse alcoolique excito-motrice, mais plus exceptionnellement il peut s'agir d'ivresses délirantes, hallucinatoires ou confuses.

7. MENSONGE ET RÉTICENCE PATHOLOGIQUE

Dan la vie courante, tout le monde ment et presque tous les jours. En justice c'est pareil : les témoins et les suspects mentent, les enquêteurs mentent, les avocats mentent, les magistrats mentent aussi occasionnellement comme les autres. En psychiatrie, on ne voit pas pourquoi les patients ne mentiraient pas de façon consciente et volontaire, délibérée, s'ils croient que cela leur est profitable, mais les conduites de dissimulation de la vérité peuvent prendre chez les psychopathes, les délirants et les bipolaires une forme morbide. C'est la réticence, processus psychodynamique de défense dont le but est de cacher au thérapeute ou à autrui des problématiques personnelles (comportement déviant, troubles mentaux) pour trois raisons essentielles : l'intérêt (obtenir sa sortie de l'hôpital, poursuivre ses desseins pathologiques parfois dangereux), la honte (être l'objet de mépris) et la peur de la punition. Malheureusement, à notre époque, l'enseignement du problème de la réticence et de ses diverses formes et significations n'est plus obligatoire dans le cursus des études psychiatriques.

Les procédés et artifices de réticence de « l'aliéné dissimulateur » ont été décrits par les auteurs classiques : refus de s'exprimer (mutisme absolu ou électif), négation (même si elle est absurde), dilution (sens de la question détourné et réponse esquivée), doute et interrogation (le thérapeute est invité à choisir entre plusieurs hypothèses plausibles, le patient feignant le doute), accusation (mensonge qui incrimine les autres), ironie (les faits, propos et interrogations sont tournés en dérision), résipiscence (reconnaissance des troubles qui auraient maintenant définitivement guéri), restriction mentale et casuistique (édulcoration et dénaturation des faits), réticence exploratrice (silence et tâtonnement prudent pour connaître la pensée d'autrui), réticence par connivence (la compréhension réciproque avec l'interlocuteur suppose qu'il est inutile de l'explicitier davantage). Pour se limiter à la réticence qui tend à cacher des projets crimi-

nels, les deux conduites les plus courantes sont la réticence-dissimulation (défensive), attitude ferme courtoise ou hostile du patient qui se tait, ment, minimise ou se donne pour normal, et la réticence-reniement où le patient nie en bloc, rompt tout contact et proclame son intégrité mentale. Il n'est pas rare chez les médico-légaux que simulation, mensonge banal et réticence se combinent, le tout constituant une attitude apparente de « mauvaise foi » dont la motivation est généralement utilitaire. La réticence des psychotiques est souvent l'indice d'un moment dangereux pouvant aboutir au suicide ou à l'hétéro-agressivité.

8. INTIME CONVICTION ET ÉVALUATION

Au tribunal correctionnel comme devant la cour d'assises, les juges professionnels sont au nombre de trois pour prendre ou participer à une décision judiciaire selon le processus psychologique de l'intime conviction (articles 427 et 353 du Code de procédure pénale). Pour ce faire, ils doivent fonder leur décision sur des preuves apportées au cours des débats et contrairement discutées devant eux (article 427) ou chercher dans la sincérité de leur conscience, quelle impression sur leur raison ont faite les preuves rapportées contre l'accusé et les moyens de sa défense (article 353). Dans les deux cas, la décision doit être motivée. La pluralité des magistrats se veut une garantie contre l'erreur, la partialité ou l'impéritie de l'un d'eux face aux affaires graves.

En psychiatrie, à l'exception de la commission du suivi médical des unités pour malades difficiles, les demandes de sortie d'hospitalisation complète faites à l'autorité administrative sont prises par le seul praticien traitant. On suppose que, là encore, c'est selon son « intime conviction » au vu de l'état clinique actuel du patient, des observations de l'équipe soignante, des renseignements qu'il a pu recueillir sur lui et sur l'histoire de sa maladie, de l'efficacité des traitements entrepris, du mode de prise en charge prévu et de l'accueil dans la communauté, enfin des antécédents pénaux s'il s'agit en particulier d'un médico-légal ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Les mêmes éléments d'évaluation sont censés être pris en compte par les médecins et experts psychiatres qui interviennent ensuite dans les procédures administratives et judiciaires de main levée des mesures de soins psychiatriques des criminels hospitalisés après non-lieu. Mais, de la théorie à la pratique, il y a un grand pas qu'il n'est pas toujours facile de franchir. Premièrement, les dossiers médicaux sont parfois incomplets, ne contenant pas la totalité des pièces, des documents médico-légaux. Deuxièmement, il y a le manque de disponibilité des professionnels, souvent en nombre insuffisant, des établissements concernés. Troisièmement,



multiplier les contrôles (certificats et avis médicaux, collège, expertises administratives et judiciaires) est inutile si chacun ne fait que répéter ce qu'a dit son prédécesseur faute de temps et de données objectives d'évaluation conformes aux connaissances actuelles des sciences criminelles.

Comment en effet éclairer l'intime conviction des divers acteurs (professionnels de la santé, magistrats) qui concourent à la gestion du malade mental dangereux ou criminel, si ce n'est en s'aidant de méthodes standardisées d'évaluations psychiatrique et criminologique (questionnaires, grilles). Comment comparer objectivement l'état du patient dangereux lors de son admission en hospitalisation complète à celui qu'il présente lorsque des mesures de soins moins contraignantes sont envisagées. En psychiatrie, ne peut-on pas tenter de rechercher comme en justice une forme de « preuve », en sachant bien entendu que notre ou nos preuves restent cependant incertaines mais en tout cas meilleures que la seule subjectivité des observateurs. Il s'agit là d'un problème d'éthique médico-légale, celui d'approcher au plus près la vérité du risque violent dans l'intérêt de la collectivité et du malade lui-même, et non d'un problème philosophique que nos intellectuels dogmatiques, toujours à l'affût d'une nouvelle controverse, vont s'empresse de dénoncer.

9. CONCLUSION

L'ensemble des recherches épidémiologiques portant sur les cohortes en population générale indiquent clairement un lien statistique indéniable entre troubles

mentaux comorbides (alcoolisme et toxicomanie inclus) et criminalité violente. Nous n'avons pas cru bon ici de référencer ces travaux de notoriété internationale. Il n'en reste pas moins exact que la violence criminelle et sa réitération restent un phénomène pluridéterminé, lié certes à des facteurs de risque médico-psychologiques mais aussi aux facteurs criminogènes généraux individuels, familiaux, situationnels, socio-professionnels et culturels. En pratique, les prédicteurs d'actes antisociaux agressifs sont communs à la « dangerosité psychiatrique » et à la « dangerosité criminologique ». Ils appartiennent à ces deux catégories classiques de l'état dangereux.

La question de la comorbidité psychiatrique est importante à considérer, la dangerosité augmentant avec le nombre de diagnostics présentés par un même patient. Les symptômes psychotiques, principalement les manifestations délirantes, les troubles graves de la personnalité, l'abus d'alcool ou de substances sont les facteurs pathologiques les plus souvent associés à la violence. Une situation de crise existentielle, de perte d'objet, une dépression, une idéation suicidaire accroissent encore ce risque. L'association avec des traits dimensionnels, comme l'impulsivité et la colère, ne doit pas non plus être oubliée. L'évaluation de la dangerosité et du risque de récurrence doit maintenant inclure non seulement une approche clinique classique, une observation prolongée, mais encore l'utilisation de méthodes d'évaluation statique, clinique structurée et dynamique dont les scores sont à interpréter en fonction de la situation particulière du sujet, de sa pathologie, de ses antécédents, de son comportement, de ses relations, du contexte et de la nature de sa criminalité éventuelle. ■