

Communication

Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique Introduction

Dangerousness evaluation of psychotic patient Introduction

F. Millaud ^{a,*}, J.-L. Dubreucq ^b

^a *Psychiatre, Institut Philippe-Pinel de Montréal, professeur agrégé de clinique, département de psychiatrie, Université de Montréal, Canada*

^b *Psychiatre, Institut Philippe-Pinel de Montréal, professeur adjoint de clinique, département de psychiatrie, Université de Montréal, Canada*

Disponible sur internet le 25 octobre 2005

Résumé

L'évaluation de la dangerosité du malade mental est une préoccupation clinique ancienne et complexe. Elle consiste, en accord avec la littérature scientifique, en une analyse rigoureuse et systématique des facteurs de risque de violence. Elle nécessite par ailleurs une grande habileté relationnelle de la part du clinicien et l'exercice d'un jugement pondéré au terme de l'évaluation. Ajoutons que 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.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Assessing dangerousness among persons with a mental illness is an old and complex clinical issue. In accordance with scientific literature, it is based upon a rigorous and systematic analysis of risk factors for violence. It also requires good relational abilities from the clinician, as well as a level-headed judgment at the term of the evaluation. Moreover, the practice of dangerousness estimation represents the first step of the therapeutic process and the establishment of a bond with the patient.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dangerosité ; Évaluation du risque ; Maladie mentale

Keywords: Dangerousness; Mental disorder; Risk assessment

La dangerosité psychiatrique est une question complexe, ancienne, qui est à l'origine des fondements même de la psychiatrie [33] et des premières mesures thérapeutiques pour les malades mentaux. La violence des malades mentaux pouvant s'exercer contre eux-mêmes ou contre autrui, tous les pays occidentaux ont mis en place des mesures législatives pour la protection des malades, d'une part, et la protection du public, d'autre part (mesures d'internement). Ce texte se limitera à la violence envers autrui, l'évaluation du risque suicidaire devant être considérée comme une question à part entière.

La dangerosité étant définie comme l'état dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent, les cliniciens mais aussi les juristes, et de façon plus large l'ensemble de la société sont préoccupés par l'évaluation de cette dangerosité, la prédictibilité de la violence, et les moyens de prévention possibles. Ces questions sont au cœur de la criminologie clinique qui touche la population délinquante en général, sans restriction aux malades mentaux.

Il faut attendre le début des années 1980 pour voir apparaître dans la littérature certaines études concernant spécifiquement la violence des malades mentaux [15,24,25,32,40]. Dans un premier temps, les publications ont porté sur la question de la prédictivité de la violence [31]. L'impossibilité évi-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fmillaud@hotmail.com (F. Millaud).

dente de mettre au point des outils de prédiction fiables à 100 % [5,17,35], avec les conséquences médico-légales que cela peut représenter, en particulier en Amérique du Nord, a conduit les chercheurs à se centrer non plus sur la prédictivité, mais sur l'évaluation du risque de violence [19,22,24,26,36].

Deux grands courants de recherche s'opposent actuellement : le premier s'attache à l'évaluation de la dangerosité (ou évaluation du risque de violence) par le biais d'échelles dites actuarielles [9,30]. Ces échelles visent à documenter et à quantifier tous les facteurs de risques et les gestes de violence antérieurs du sujet. On sait que le meilleur prédicteur de violence est la violence antérieure déjà commise. Ces échelles sont sous-tendues par une idéologie positiviste et quantitative, et sont principalement utilisées dans les milieux pénitentiaires. Un autre courant tente l'intégration plus complexe d'éléments actuariels et d'éléments cliniques ou, tout au moins, reconnaît la nécessité de l'apport clinique à la dimension actuarielle [8,27,43,44]. Quoi qu'il en soit, l'ensemble de la littérature scientifique des 20 dernières années a grandement contribué à préciser les facteurs de risque de violence de façon générale, et de façon plus spécifique chez les malades mentaux.

L'évaluation clinique de la dangerosité doit donc 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. En effet, dans la pratique clinique quotidienne, le sujet évalué demeure unique, et le clinicien doit exercer un jugement pondéré en tenant compte de la variabilité des facteurs de risque qui sont propres à chaque individu et de leur intensité. Cette évaluation implique en revanche une attitude clinique rigoureuse, systématique, sémiologique et non dogmatique. Elle implique, pour l'évaluateur, de ne pas être enfermé dans une idéologie théorique unique mais, bien plus, d'utiliser au service de l'évaluation, et bien sûr du patient, des apports théoriques pertinents en fonction de la situation et des aspects évalués. Une approche pragmatique et éclectique nous apparaît la plus appropriée.

Soulignons également que le processus d'évaluation est en même temps la première étape, et doit être considéré comme partie intégrante du soin et de l'établissement d'une relation thérapeutique. La façon dont se déroule l'entrevue ou les entretiens, l'identification des facteurs de risque et le fait d'exprimer au patient notre opinion, ainsi que nos arguments quant à sa dangerosité, sont l'opportunité d'une reconnaissance par le patient de son risque de violence. Cette étape primordiale est nécessaire à toute évolution positive.

Ces principes d'évaluation de même que la majorité des facteurs de risque identifiés sont valides pour toutes les populations, qu'il s'agisse de malades mentaux, de délinquants ou de délinquants sexuels. Il existe cependant certaines spécificités propres à ces sous-groupes, et ne seront retenues ici que celles reliées aux malades psychotiques.

Afin d'organiser le texte de façon claire, voici l'ensemble des éléments nécessaires à une bonne évaluation de la dan-

gerosité, présentés de façon linéaire. Bien sûr, au cours d'une entrevue clinique et en fonction des patients, le recueil de ces informations peut se faire chronologiquement de différentes façons ; cela nécessite toutefois de la part du clinicien d'avoir bien en tête l'ensemble de ces facteurs.

1. Les facteurs démographiques

1.1. L'âge

Les études montrent que les adultes jeunes sont plus violents que le reste de la population. En ce qui concerne les malades mentaux, le risque paraît également plus élevé chez les patients de moins de 30 ou 40 ans [7,29].

1.2. Le sexe

La maladie mentale augmente de façon très importante le risque de violence exercée par les femmes [11]. Une étude aux États-Unis [38] a montré que les femmes commettent autant d'agressions physiques que les hommes dans le mois précédant leur admission en psychiatrie. Les patterns de violence semblent similaires ; toutefois, les études sont contradictoires en terme de sévérité des blessures [41].

Ainsi, bien que dans la société en général les hommes soient de façon très nette plus violents que les femmes (ils réalisent environ 90 % de la violence), lorsqu'il s'agit de malades mentaux le sexe ne peut plus être retenu comme un facteur discriminant [13,28].

1.3. État matrimonial

Les célibataires représentent un risque plus élevé que les gens mariés ou vivant en couple [14].

1.4. Le statut socioéconomique

La faiblesse du statut socioéconomique était identifiée antérieurement comme un facteur de risque [34,38]. Cependant, lorsque certains facteurs sont pris en compte (exposition à des groupes violents, utilisation de services cliniques), les éléments sociodémographiques ne semblent plus significativement associés à la violence [14,37].

2. Les éléments d'histoire personnelle

- L'exposition à un environnement familial perturbé, à des modèles violents et à des mauvais traitements dans l'enfance [28].
- Tout antécédent délictuel [14].
- Tout antécédent de violence. Rappelons que les antécédents de violence sont considérés depuis toujours comme le meilleur prédicteur de violence. Ces éléments doivent donc être documentés de la façon la plus précise possible en décrivant les points suivants [23] :

- Le type de manifestation violente observée : idée, fantasme, menace ou geste physique. Il peut s'agir de violence sexuelle ou non.
- La cible de la manifestation violente : une personne, un groupe de personnes et dans le cas de violences répétées, s'agit-il toujours de la même cible visée ? Il peut également s'agir d'objets ou d'animaux.
- Les conséquences pour la victime éventuelle.
- Le lieu d'exercice de la manifestation de violence. L'entourage étant la principale cible de violence des malades mentaux, le domicile est souvent le lieu d'exercice de la violence. Ce peut être également l'unité d'hospitalisation lorsque le patient est hospitalisé ; dans ce contexte, l'entourage du malade devient le personnel soignant. Ce peut être également, bien que de façon plus rare, d'autres lieux qui peuvent avoir un caractère spécifique comme, par exemple, le lieu de travail ou un lieu symboliquement plus investi par tel ou tel patient.
- Le temps d'élaboration de la manifestation de violence. Une manifestation de violence immédiate, impulsive, nous donne d'emblée des orientations d'investigation très différentes d'un geste de violence longuement mûri sur plusieurs jours, semaines ou mois.
- L'accessibilité à la victime et à des armes. Ces éléments peuvent faire, dans certains cas, l'objet de recommandations spécifiques au moment de la prise en charge et de décisions judiciaires éventuelles.

Les éléments démographiques et d'histoire personnelle appartiennent à ce qu'on appelle les facteurs statiques ou historiques et constituent la toile de fond, immuable, du tableau clinique [22]. Ces éléments peuvent parfois être difficiles à documenter. L'obtention d'informations collatérales au patient est bien sûr nécessaire, et l'on doit tout mettre en œuvre pour obtenir le plus d'informations extérieures possibles, qu'il s'agisse de l'entourage, de professionnels de la santé ou de la justice.

3. Les facteurs d'intoxication par l'alcool et les drogues

Ils doivent impérativement être documentés. La littérature scientifique indique clairement qu'il s'agit du facteur de risque le plus important dans la population générale, et bien sûr cela est valide pour la population des malades mentaux [4,13,28,37,42].

4. Les facteurs liés à l'état mental

4.1. La symptomatologie

- Les délires jouent souvent un rôle direct dans l'apparition de la violence. On retrouve principalement des thèmes mystiques, grandioses et persécutatoires. Les phénomènes d'automatisme mental, les délires de contrôle, identifiés par la littérature anglo-saxonne sous l'abréviation TOC

(*Threat Override Control*), sont ceux qui apparaissent le plus significatif au plan de la recherche [13,18].

- Les hallucinations impérieuses avec ordre de violence apparaissent comme un facteur de risque statistiquement significatif [28]. Rappelons au sujet de la symptomatologie délirante et hallucinatoire que les gestes qui sont posés par les patients sont secondaires aux aspects émotifs et psychologiques liés à cette symptomatologie. Ainsi, un patient paranoïde qui craint pour sa vie agit secondairement à la peur générée par le délire, un patient soumis à des hallucinations impérieuses peut agir par peur de la rétorsion à son endroit, rétorsion quelquefois exprimée directement dans les contenus hallucinatoires, ou par épuisement émotif après avoir lutté pendant une longue période contre les phénomènes hallucinatoires. Il existe donc un enchaînement de réactions psychologiques normales, secondaires aux altérations perceptuelles, qui jouent un rôle essentiel dans l'apparition de la violence. Link et Stueve [18] parlent à ce sujet du principe de rationalité dans l'irrationalité.
- Les idées de violence [28].
- Les idées suicidaires et homicides. L'association suicide-homicide est une notion clinique ancienne qui demeure toujours valide [21].
- La désorganisation de la pensée [19].

Toute modification de la symptomatologie habituelle peut également être considérée comme un signe d'alerte quant à une possible dangerosité [10].

4.2. L'accès au contenu mental

Il est bien sûr essentiel à une bonne évaluation de la dangerosité. La réticence d'un patient à livrer son contenu mental, surtout lorsque nous avons des indices comportementaux significatifs, doit nous inciter à la prudence. Ainsi, l'observation par l'entourage (famille, personnel soignant ou autre) de comportements ou de propos qui vont à l'encontre du discours du patient doit nous inciter à explorer de façon plus approfondie les contradictions entre le discours du patient et ses comportements. Cela peut refléter le clivage du fonctionnement psychique du patient ou des contenus délirants, paranoïdes par exemple.

4.3. La technique d'investigation dans les entretiens

Cela est étroitement lié au point précédent. Plusieurs entretiens sont parfois nécessaires avant de pouvoir émettre une opinion ; les entretiens doivent se dérouler dans un contexte où l'évaluateur se sent en sécurité et peut poser, de façon libre, toutes les questions pertinentes. En particulier, les contenus violents, hétéroagressifs peuvent être questionnés au même titre que des contenus suicidaires. Cela peut d'ailleurs permettre le soulagement de patients qui sont aux prises avec des idées de violence qui leur pèsent, dont ils ont honte, ou qu'ils craignent de partager pour des raisons délirantes.

4.4. Le diagnostic

La littérature scientifique indique qu'une maladie mentale majeure, et en particulier la schizophrénie, augmente le risque de violence [4,42]. La paranoïa est peu représentée dans les études, peut-être du fait de sa faible incidence et de la difficulté à obtenir la participation de ces patients à des projets de recherche. Elle doit cependant être considérée comme un risque de violence important [45], nécessitant une compréhension fine et spécifique [48].

L'association d'un trouble de personnalité avec une pathologie psychotique est relativement peu documentée dans la littérature scientifique. La dynamique de personnalité sous-jacente à des processus psychotiques peut jouer cependant un rôle significatif dans l'apparition de la violence. Les personnalités limites et antisociales y tiennent le premier rôle [12,46].

On doit cependant être prudent quant à la formulation diagnostique d'un trouble de personnalité chez des patients qui sont très symptomatiques sur le plan de la psychose ou d'une maladie affective. Il est prudent d'attendre la rémission symptomatique, psychotique en particulier, avant de se prononcer sur les éléments de personnalité sous-jacents. En effet, on ne doit pas confondre une personnalité antisociale avec un comportement de type antisocial secondaire à la pathologie psychiatrique.

5. Les éléments psychodynamiques

Il est prudent, là encore, d'attendre une rémission symptomatique, au moins partielle, avant d'évaluer leur importance et leur rôle dans la violence du sujet.

Il est utile tout d'abord de repérer si le geste de violence posé est du ressort du passage à l'acte ou de l'*acting out* [20]. Le passage à l'acte violent s'inscrit dans une démarche du sujet qui veut se libérer, seul, d'une angoisse insupportable. L'*acting out* vise aussi la diminution des tensions internes, mais s'adresse à autrui, à l'entourage, et prend la forme d'une demande d'aide. Ce type de comportement peut s'inscrire au long cours et fait partie, de façon structurelle, du fonctionnement de certaines personnalités.

Les mécanismes de défense doivent aussi être repérés. Le déni, l'identification projective, le clivage, l'idéalisation primitive, sont des mécanismes primaires souvent observés chez les patients violents.

La capacité d'élaboration psychique, de mentalisation [39], étroitement liée à ces mécanismes de défense, joue un rôle important. On doit cependant être prudent quant à la capacité de mentalisation de nos patients ; en effet, un état mental très perturbé par une symptomatologie positive, et même secondairement dans la période post-critique, ne permet pas d'évaluer la capacité réelle de mentalisation du patient. Celle-ci peut en effet évoluer de façon surprenante avec le temps et les traitements.

6. Les facteurs neuropsychologiques

Lorsqu'il existe des points d'appel clinique, une évaluation neuropsychologique complémentaire peut être utile. Évaluer les capacités cognitives, la rigidité cognitive [16], l'impulsivité [2,3], les troubles de mémoire, la désorganisation de la pensée, précisent non seulement la dangerosité, mais donnent aussi des pistes d'intervention thérapeutique et aident à tenir compte des limites du patient.

7. L'autocritique

Le déni, total ou partiel, est présent chez la totalité des patients violents au moment de l'évaluation et au début des traitements. Il s'agit d'une étape normale liée aux processus psychologiques évoqués plus haut. Cependant, en lui-même, le déni représente un risque important quant à la dangerosité. Il est donc nécessaire de voir l'ampleur de ce déni et son évolution. L'autocritique doit être évaluée à la fois vis-à-vis de la violence antérieure, de l'existence d'une maladie mentale et en dernier lieu, de la dangerosité, c'est-à-dire du risque possible de violence ultérieure. Ce dernier aspect est généralement lié à l'acquisition des deux précédents. Meilleure est l'autocritique du patient, meilleure sera sa collaboration au traitement et à la réduction des risques de violence.

8. L'observance pharmacologique

Elle permet l'acquisition puis le maintien de la stabilité de l'état mental. Elle joue donc un rôle essentiel dans la diminution de la dangerosité. Les prescriptions pharmacologiques doivent donc être bien comprises par le patient et bien expliquées ; certains patients cessent la médication du fait d'un déni de la maladie, ou de la disparition de la symptomatologie, d'autres en raison des effets secondaires. Une mauvaise observance pharmacologique est souvent minimisée par des patients qui sont violents à répétition ; cela procède des mécanismes liés à une faible autocritique, à une difficulté d'accepter la réalité d'une maladie mentale, et d'assumer les gestes posés antérieurement.

9. L'alliance thérapeutique et la capacité de demande d'aide

Il existe une corrélation positive entre alliance thérapeutique et résultat thérapeutique [1]. L'établissement d'une véritable alliance thérapeutique est un élément qui contribue à la diminution de la dangerosité. On voit fréquemment, avec les patients violents, l'établissement de ce que l'on peut appeler une « pseudo-alliance thérapeutique ». Ce sont des équipes de soins qui n'osent pas prendre les mesures thérapeutiques qui s'imposent avec un patient dangereux, sous couvert de maintenir la relation ou par minimisation des facteurs de réa-

lité. La capacité de demander de l'aide auprès d'une équipe de soins, lorsqu'il y a apparition ou réapparition d'une symptomatologie pouvant conduire à des gestes de violence ou, tout au moins, la capacité du patient de tolérer les interventions d'une équipe de soins dans ces circonstances, contribuent grandement à la réduction de la dangerosité. Cette capacité de demande d'aide est un bon révélateur de l'intégration et de l'acceptation de la maladie mentale et du risque de violence. Elle est aussi un bon témoin de la qualité de l'alliance thérapeutique.

10. Les valeurs du patient, le contexte et l'environnement

Les valeurs morales du patient peuvent jouer comme facteur de risque ou de protection. L'adhésion à des valeurs criminelles, par exemple, augmente clairement le risque de violence. Mais au-delà des facteurs individuels, certains éléments extérieurs au patient contribuent à augmenter ou diminuer le risque de violence : le milieu de vie dans lequel évolue le patient, l'environnement familial, d'éventuelles mesures, d'encadrement judiciaire ou légal. Les ressources des équipes de soins, des milieux thérapeutiques, et plus globalement du système de santé, sont aussi des éléments de réalité qui entrent en jeu [6].

11. L'utilisation des échelles de risque de violence

Elles contribuent à objectiver l'évaluation du risque, et doivent être utilisées en complément de l'évaluation clinique. On citera principalement l'échelle HCR-20 [43], et celle qui vient de lui succéder, START [44]. Cette dernière a le mérite de considérer à la fois les facteurs de risque et les facteurs de protection pour le patient. On citera également l'échelle OAS [47]. Elle permet une appréciation qualitative des manifestations de violence exercées dans une unité de traitement.

12. Évaluation de la dangerosité et contre-attitude

La violence ou la crainte de la violence suscite chez le clinicien de l'angoisse, de la peur, de l'impuissance, de la colère, etc. Ces réactions émotives peuvent conduire à une surestimation ou une sous-estimation de la dangerosité, et secondairement à des contre-attitudes antithérapeutiques. 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.

13. Conclusion

L'évaluation de la dangerosité implique un regard longitudinal et qualitatif sur le risque de violence. Elle réfère à un processus complexe et, finalement, l'évaluateur doit tenir compte de l'ensemble des éléments qui sont documentés. Il doit alors exercer un jugement clinique pondéré, dans lequel facteurs de risque et facteurs de protection doivent être considérés, en sachant qu'il s'agit bien souvent des mêmes facteurs qui peuvent jouer dans un sens ou dans l'autre. Par ailleurs, certains patients peuvent avoir plusieurs facteurs de risque mais d'intensité minime, et leur dangerosité est assumable, en dehors de l'hôpital par exemple, alors que d'autres ne sont aux prises qu'avec un seul facteur de risque, mais dont l'intensité est telle que leur dangerosité est très élevée et qu'ils doivent demeurer hospitalisés. L'évaluation de la dangerosité peut être lourde de conséquences sur le plan clinique, pour le patient, les équipes de soins, mais aussi sur le plan médico-légal. Outre l'intérêt d'une approche multidisciplinaire, il ne faut pas hésiter, face à une situation difficile, à demander l'opinion d'un collègue.

Références

- [1] Allen J, Tarnoff G, Coyne L. Therapeutic alliance and long-term hospital treatment outcome. *Compr Psychiatry* 1985;26:187–94.
- [2] Baratt E. Anxiety and Impulsiveness: Toward a neuropsychological model. In: Spielberg C, editor. *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press; 1972.
- [3] Baratt E. Impulsiveness and aggression. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 61–79.
- [4] Brennan PA, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494–500.
- [5] Cocozza J, Steadman H. The Failure of psychiatric predictions of dangerousness: Clear and convincing evidence. *Rurgers Law Review* 1976;29:1074–101.
- [6] Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann. Méd. Psychol.* ; à paraître.
- [7] Estroff SE, Zimmer C. Social networks, social support and violence among persons with severe persistent illness. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 259–95.
- [8] Gardner W, Lidz C, Mulvey E, Shaw E. Clinical versus actuarial predictions of violence in patients with mental illnesses. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:602–9.
- [9] Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders : The development of a statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav* 1993;20:315–35.
- [10] Hodgins S. Do we need structured risk assessment tools? Communication à la 5^e conférence annuelle de International Association of Forensic Mental Health Services. Melbourne, Australie ; 18-20 avril 2005.
- [11] Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime : Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476–83.
- [12] Hodgins S, Cote G, Toupin J. Major mental disorders and crime: An etiological hypothesis. In: Cooke D, editor. *Psychopathy: Theory, research and implication for society*. Norwell: Kluwer Academic Publishers. 1998. p. 231–56.

- [13] Hodgins S, Janson CG. *Criminality and violence among the mentally disordered*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- [14] Klassen D, O'Connor WA. Demographic and case history variables in risk assessment. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 229–57.
- [15] Klassen D, O'Connor WA. Predicting violence in schizophrenic and non schizophrenic patients: A prospective study. *J Community Psychol* 1988;15:217–27.
- [16] Krakowski M, Czabor P. Clinical symptoms, neurological impairment and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:700–1.
- [17] Lidz C, Mulvey E, Gardner W. The accuracy of predictions of violence to others. *Journal of the American Association* 1993;269:1007–11.
- [18] Link B, Stueve A. Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. The University of Chicago Press; 1994. p. 137–59.
- [19] McNiel DE, Binder L. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1991;148:1317–21.
- [20] Millaud F. Le Passage à l'acte : points de repère psychodynamiques. In: Millaud F, editor. *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris: Masson, « Collection ouvertures psy »; 1998. p. 15–24.
- [21] Millaud F. L'homicide chez le patient psychotique : une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Rev Can Psychiatr* 1989;34:340–6.
- [22] Millaud F, Roy R, Gendron P, Aubut J. Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. *Rev Can Psychiatr* 1992;37:608–15.
- [23] Millaud F. Violence. In: Lalonde P, Aubut J, Grünberg F, editors. *Psychiatrie clinique : une approche biopsychosociale*. Tome II. Boucherville: Gaëtan Morin; 2001. p. 1794–809.
- [24] Monahan J. *The Clinical Prediction of Violent Behavior*. Washington, DC: Government Printing Office; 1981.
- [25] Monahan J. The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatr* 1984;141:10–5.
- [26] Monahan J, Steadman H. Toward a rejuvenation of risk assessment research. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 1–17.
- [27] Monahan J, Steadman H, Appelbaum P. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatr* 2000;176:312–9.
- [28] Monahan L, Steadman H, Silver E, Appelbaum P, Clark Robbins P, Mulvey E, et al. *Rethinking risk assessment*. New York: Oxford University Press; 2001.
- [29] Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric inpatients. *Br J Psychiatr* 1989;155:384–90.
- [30] Quinsey V, Harris G, Rice M, Cormier C. *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998.
- [31] Raymond S. *Faits de violence et prédiction de comportements*. EMC 1990;1-37145:A10.
- [32] Rofman ES, Askinazi C, Fant E. The prediction of dangerous behavior in emergency civil commitment. *Am J Psychiatr* 1980;137:1061–4.
- [33] Senninger JL. Dangerosité. Étude historique. *Inf Psychiatr* 1990;7:690–6.
- [34] Smith JE, Hucker SJ. Violence current opinion. *Psychiatry* 1991;4:841–5.
- [35] Steadman H. Predicting dangerousness among the mentally ill: Art magic and science. *Int J Law Psychiatr* 1983;6:381–90.
- [36] Steadman H, Monahan J, Robbins P, Appelbaum P, Grisso T, Klassen D, et al. Dangerousness to risk assessment: Implications for appropriate research strategies. In: Hodgins S, editor. *Mental Disorder and Crime*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1993. p. 39–62.
- [37] Swanson J. Mental disorder, substance abuse and community violence: An epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 101–36.
- [38] Swanson J, Holzer C, Ganju V, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area study. *Hosp Community Psychiatr* 1990;41:761–70.
- [39] Tardif M. Le déterminisme de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte. In: Millaud F, editor. *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris: Masson, « Collection ouvertures psy »; 1998. p. 25–40.
- [40] Tardiff D. In: A Model for the short-term prediction of violence potential in current approaches to the prediction of violence. Washington, DC: American Psychiatric Press inc; 1989. p. 3–12.
- [41] Tardiff K, Marzuk P, Leon AC, Portera L. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatr* 1997;154:88–93.
- [42] Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Brown C. Serious criminal offending and mental disorder: Case linkage study. *Br J Psychiatr* 1998;172:477–84.
- [43] Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20: Assessing risk violence. Version 2*. Vancouver: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.
- [44] Webster CD, Martin ML, Brink J, Nicholls TL, Middleton C. Short-term assessment of risk and treatability (START). Hamilton: St-Joseph's Healthcare and Port Coquitlam: Forensic Psychiatric Services Commission; 2004.
- [45] Weesly S. Violence and psychosis. In: Thompson C, editor. *Violence, basic and clinical science*. Londres: Butterworth-Heinemann Publications. 1993. p. 119–34.
- [46] Widiger T, Trull T. Personality disorders and violence. In: Monahan J, Steadman H, editors. *Violence and mental Disorder*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994. p. 203–26.
- [47] Yudofsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatr* 1986;143:35–9.
- [48] Zagury D. Le passage à l'acte du paranoïaque. In: Millaud F, editor. *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Paris: Masson, « collection ouvertures psy »; 1998. p. 95–110.