

Psychopathie et évaluation du risque de comportements violents

D. Delannoy, X. Saloppé, C. Benouamer, A. Vinckier, F. Degouis, T. Hoang Pham

Résumé : Le trouble de la personnalité psychopathique est souvent associé aux comportements violents. Il est autant associé à la violence réactive qu'instrumentale. Cependant, les évaluations récentes du risque de comportements violents tendent à intégrer les caractéristiques antisociales plutôt que le score total de l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R). Les objectifs de cet article sont multiples. Outre la mise à jour de la littérature sur l'évaluation de la psychopathie et son lien avec l'évaluation des comportements violents, nous décrirons une recherche spécifique. Nous avons actualisé les taux de prévalence de la psychopathie au sein d'une patientèle médico-légale. Ensuite, nous avons analysé les corrélations entre l'échelle de psychopathie de Hare et les scores des échelles d'évaluation du risque de comportements violents statiques et dynamiques au sein de cette population. Les participants sont 384 patients médico-légaux masculins séjournant au sein de l'hôpital psychiatrique sécurisé « Les Marronniers ». Les résultats indiquent des taux de prévalence inférieurs à ceux recensés au sein de la littérature internationale. Les corrélations significatives les plus fortes se situent entre le facteur déviance sociale, la facette antisociale et les facteurs statiques des échelles d'évaluation du risque de comportements violents. En conclusion, psychopathie et comportements violents sont associés. Toutefois, ces liens sont surtout présents entre les comportements antisociaux et les facteurs statiques des évaluations du risque. Ces résultats sont cohérents avec la littérature internationale.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Note de l'éditeur : Elsevier adopte une position neutre en ce qui concerne les conflits territoriaux ou les revendications juridictionnelles dans les contenus qu'il publie, y compris dans les cartes et les affiliations institutionnelles.

Mots-clés : Psychopathie ; Risque de comportements violents ; Évaluation ; Psychiatrie médico-légale

Plan

■ Introduction	1
■ Psychopathie et différents types de récidives	2
■ Évolution de l'évaluation du risque de comportements violents	2
Psychopathie comme facteur de risque de récidive de comportements violents	3
■ Violence instrumentale et réactive chez les TPP	3
■ Psychopathie et évaluation du risque de comportement violent au sein d'une population psychiatrique médico-légale en Belgique francophone	4
Objectifs	4
Méthode	4
Résultats	8
Discussion	11
Perspectives	11
■ Conclusion	12

■ Introduction

Dans la version antérieure de l'article « Psychopathie et son évaluation »^[1], nous avons développé le concept de trouble de la personnalité psychopathique (TPP). Nous avons détaillé les mesures qui s'y rapportent, telles que la PCL-R, la *comprehensive assessment of psychopathic personality-institutional rating scale* (CAPP-IRS), l'IM-P et la SRP-III. Les items, les caractéristiques évaluatives, ainsi que les propriétés psychométriques y sont décrites sur la base de la littérature internationale. Les résultats descriptifs de plusieurs populations carcérales et médico-légales y sont également présentés. Par ailleurs, nous y avons discuté les éléments relatifs à la prise en charge, ainsi que l'importance de l'évaluation neuropsychologique auprès de ces personnes. Dans le présent article, nous examinerons la littérature scientifique concernant l'évaluation du risque de comportement violent, y compris sexuel, auprès des personnes avec un TPP évaluées à la PCL-R. Dans un premier temps, nous détaillerons l'évolution de l'évaluation du risque de récidive. Ensuite, nous examinerons la littérature scientifique internationale évoquant le lien entre le TPP et le risque de comportements violents. Finalement, afin d'évaluer la contribution du construit de psychopathie à l'évaluation des comportements violents, nous présenterons des données sur une large cohorte de patients psychiatriques médico-légaux évalués à

la PCL-R et aux échelles de risque de comportements violents dynamiques et statiques.

■ Psychopathie et différents types de récidives

Le TPP a été largement étudié comme un concept englobant des traits de personnalité et des comportements antisociaux comme l'agressivité et les diverses formes de violence. De nombreuses recherches ont mis l'accent sur la relation entre le TPP et le risque de récidive.

Concernant la récidive générale (tous types de récidives incluses), les études suggèrent que le score total de la PCL-R est corrélé à celle-ci [2-9]. De manière plus spécifique, la facette antisociale est le meilleur prédicteur de la récidive générale au sein des populations incarcérées ou médico-légales [10, 11].

Les dernières études mettent en évidence que le score total à la PCL-R prédit la récidive violente [12-15]. En effet, durant les premières années suivant leur libération, les individus présentant un TPP seraient quatre fois plus susceptibles de récidiver de manière violente que les autres contrevenants [5].

Le lien entre la récidive sexuelle et la psychopathie est souvent évoqué lors de discussions publiques, médiatiques et/ou cliniques. La relation entre la psychopathie et, particulièrement la récidive sexuelle, tend à être modeste [9, 13, 14, 16, 17]. Cependant, la prédiction de la récidive sexuelle semble être meilleure avec le facteur déviance sociale qu'avec le score total à la PCL-R [13]. Par conséquent, la relation entre le TPP et la récidive sexuelle est plus complexe que celle avec la récidive générale. Elle nécessite la considération supplémentaire de mesures sexospécifiques. En effet, la prédiction de la récidive sexuelle via l'association avec les scores PCL-R s'améliore lorsqu'on y associe une mesure de la déviance sexuelle, telle que la *screening scale of pedophilic interests* (SSPI) [13, 18].

Des nuances paraissent nécessaires dans les liens entre la psychopathie et les différents types de récidives. Afin de comprendre les mécanismes qui régissent les comportements antisociaux/infractionnels/délictueux, il est nécessaire de prendre en compte d'autres variables qui peuvent modérer ou médier le potentiel lien entre la psychopathie et la récidive. Comme nous l'avons mentionné dans la version précédente de l'article, il importe de prendre en compte les profils sur la base des scores à la PCL-R [1, 19-21]. De fait, la facette antisociale apparaît comme le meilleur prédicteur de la récidive violente. Ceci devrait être pris en considération dans la pratique clinique et médico-légale lorsqu'un score élevé dans la facette antisociale est identifié à la PCL-R. Plusieurs études suggèrent diverses approches afin de prédire la récidive chez les personnes présentant un TPP. Certaines métaanalyses comparent la validité prédictive des facteurs interpersonnels et de déviance sociale, mettant en avant une plus grande validité du second, qui inclut des aspects liés au mode de vie et au comportement antisocial [6]. Concernant la récidive non violente, la facette antisociale constitue également un bon prédicteur [10, 11].

Veal et Ogloff relèvent qu'il existe très peu de recherches sur la validité prédictive de la récidive à l'aide d'autres modèles d'évaluation du TPP [22]. Comme nous l'évoquons dans la version précédente de cet article, la *comprehensive assessment of psychopathic personality-institutional rating scale* (CAPP-IRS) [23-25] est une mesure comprenant 33 symptômes du TPP répartis en six domaines (attachement, comportemental, cognitif, dominance, émotionnel et soi). Dans cette optique, Pedersen et al. [26] ont mené une étude sur la validité prédictive de la *psychopathy checklist: screening version* (PCL: SV) [27] et la CAPP-IRS. Les résultats n'indiquent pas de différences significatives dans la précision de la prédiction du risque de récidive entre les deux mesures. Toutefois, les domaines de la CAPP-IRS ne mettent pas tous en évidence une prédiction significative des infractions violentes à l'instar de la PCL-R. Le domaine le plus prédicteur est le domaine comportemental (AUC = 0,73). Il importe de relever que le modèle de la CAPP-IRS reprend des comportements antisociaux non criminels et non judiciairisés [25], contrairement à la PCL-R qui n'intègre que des délits dûment judiciairisés.

Cette particularité est à approfondir dans de futures recherches. En effet, certains auteurs mettent en avant la critique selon laquelle la PCL-R évalue déjà les comportements antisociaux criminels repris dans d'autres critères au sein des échelles de risque [3]. Ce qui entraîne un effet de circularité cumulatif dans l'évaluation du risque de récidive. Les scores de psychopathie ont une place prépondérante dans l'évaluation du risque de récidive car ils jouent un rôle majeur comme facteur de risque de comportements violents [28].

■ Évolution de l'évaluation du risque de comportements violents

Depuis les années 1960, l'évaluation du risque de comportement violent constitue un axe majeur dans la recherche et la prise en charge dans le domaine de la psychologie légale. En effet, des recherches ont mis en exergue une faible validité des évaluations et pronostics cliniques « informels » de comportements violents. À titre d'exemple, les recherches de Monahan ont démontré leurs limites en estimant leurs prédictions à 33 % au maximum [29, 30]. Au niveau de l'évaluation du risque de récidive sexuelle, Hanson et Bussière ont souligné que l'opinion des experts, basée uniquement sur l'expérience clinique, n'était que légèrement supérieure au hasard lorsqu'elle était utilisée pour prédire ce risque [31].

Durant la première moitié du xx^e siècle, les évaluations du risque de première génération reposaient sur le jugement professionnel de l'évaluateur. Ce jugement se basait sur leur expérience personnelle et leur discernement pour décider quels contrevenants nécessitaient une supervision, une intervention et une sécurité accrues [32, 33].

Dans le courant des années 1980 et 1990, les évaluations de deuxième génération sont adoptées graduellement. Les échelles actuarielles du risque de récidive violente reposent sur des facteurs de risque statiques, c'est-à-dire des éléments qui sont irréversibles (comme le nombre d'infractions passées ou la présence d'une consommation de substances) et qui ne sont pas influencés par un traitement ou une intervention ultérieure. L'évaluateur obtient ainsi une estimation probabiliste du risque de récidive, attribuant la personne à une catégorie de risque spécifique, en se basant sur une population carcérale ou médico-légale de référence [33, 34].

Dans le courant des années 2000, les évaluations du risque de récidive de troisième génération ont été développées suite au besoin d'intégration de stratégies d'intervention scientifiquement élaborées et validées en intégrant des facteurs de risque, dits « dynamiques », aux instruments de deuxième génération [35]. Ces facteurs peuvent être éventuellement modifiés par des interventions thérapeutiques. Ces facteurs indiquent aux professionnels des éléments pertinents à cibler dans le plan thérapeutique d'un individu afin de réduire son risque de récidive. Les facteurs dynamiques, souvent appelés « besoins criminogènes », sont liés à l'activité criminelle d'une personne comme la présence d'attitudes et de cognitions soutenant la déviance et la criminalité ou l'association avec des pairs antisociaux. Ces facteurs sont à la fois empiriquement et théoriquement associés à la récidive criminelle [32]. Ces besoins criminogènes renvoient aux principes risques-besoin-réceptivité (RBR) lors de la mise en place du plan d'intervention auprès de délinquants, y compris ceux avec un TPP [33]. Le principe de « risque » considère l'intensité de la prise en charge selon le niveau de risque de comportements violents en institution ou en communauté. Le principe de « besoin » se concentre à la fois sur les besoins criminogènes ou non. Ces besoins sont associés à des facteurs de risque dynamiques. Les principaux besoins criminogènes sont les antécédents criminels, les problèmes de contrôle de soi, les croyances et attitudes antisociales, les relations antisociales, le dysfonctionnement familial, les problèmes d'éducation, l'emploi, la mauvaise gestion du temps libre et les consommations [33]. En revanche, les besoins non criminogènes ne sont pas directement liés à la diminution du risque de récidive. Ils sont plutôt centrés sur des besoins primaires, tels qu'une vie saine, une bonne santé physique ou un équilibre émotionnel, pour lesquels la personne doit développer des stratégies socialement acceptées afin de les satisfaire [36]. Enfin, le principe de

« réceptivité » renvoie aux caractéristiques idiosyncrasiques quant aux capacités d'adaptation et de ré pondance à la prise en charge thérapeutique de l'individu.

Bonta et Andrews [33] ont classé les éléments de la PCL-R selon ces trois grands principes :

- principe de risque : cela inclut des facteurs, tels que la tendance au parasitisme, l'apparition précoce de problèmes de comportement, de nombreuses cohabitations de courte durée, la délinquance juvénile, la violation des conditions de libération conditionnelle et la diversité des types de délits ;
- principe de besoin : ce principe englobe des traits, tels que la tendance au mensonge pathologique, la duperie/manipulation, l'absence de remords ou de culpabilité, une faible maîtrise de soi, la promiscuité sexuelle, l'incapacité à planifier de manière réaliste à long terme, l'impulsivité, l'irresponsabilité et l'incapacité à assumer la responsabilité de ses actes ;
- principe de réceptivité : ce principe se réfère à des caractéristiques telles que la loquacité/le charme superficiel, la surestimation de soi, le besoin de stimulation et un affect superficiel.

L'importance d'une approche intensive et structurée des programmes de traitement, basée sur les principes du modèle risque-besoin-réceptivité (RBR) de Bonta et Andrews, est reconnue de longue date [37, 38].

Afin d'intégrer et d'optimiser au mieux la mise en œuvre d'un plan d'intervention qui favorise la réinsertion, la quatrième génération d'instruments d'évaluation va intégrer davantage de caractéristiques personnelles susceptibles d'influer sur l'efficacité de l'intervention [33]. Ils intègrent, par conséquent, des facteurs de réceptivité spécifique et des forces personnelles dans l'évaluation et la mise en place du plan de soins. Enfin, les échelles de jugement clinique professionnel structurées répertorient des facteurs de risque statiques et dynamiques, empiriquement corrélés au risque de violence, tout en laissant la décision finale à l'appréciation du clinicien.

Psychopathie comme facteur de risque de récidive de comportements violents

Le TPP n'a jamais été désigné comme suffisant pour être utilisé comme une échelle de risque de récidive violente [19, 39]. Pour autant, les scores de la PCL-R sont utilisés dans certaines échelles de risque. Pour exemple, le score total à la PCL-R est repris au sein de la *violence risk appraisal guide* (VRAG) [40], de la *sex offenders risk appraisal guide* (SORAG) [40], de la *sexual violence risk-20 items* (SVR-20) [41] ou encore de la *risk for sexual violence protocol* (RSVP) [42]. Toutefois, l'inclusion du score total de la PCL-R dans les échelles de risque de récidive est critiquée. En effet, l'item 12 « score total à la PCL-R » de la VRAG soutient approximativement 75 % de la prédiction du risque [43]. Par conséquent, les nouvelles versions incluent la facette antisociale de la PCL-R comme facteur de risque plutôt que de considérer le score total comme dans la VRAG évaluant le risque de récidive violente [44]. Autre exemple, au sein de la HCR-20V3 [43, 45], l'item H7 : la « psychopathie » via le score total des versions antérieures est remplacé par l'item H7 : « problèmes liés à la présence de trouble de la personnalité », qui évalue la présence de troubles de la personnalité antisociale, psychopathique ou dyssociale. Ce facteur de risque intègre des problèmes plus profonds liés à des traits de personnalité inadapés, comme des compétences interpersonnelles inadéquates, des difficultés à contrôler son comportement et des problèmes de gestion émotionnelle [46].

Au-delà de l'inclusion du TPP via la PCL-R dans les mesures du risque de comportements violents, des recherches ont été menées sur la validité convergente entre la PCL-R, la HCR-20 (version 2 et 3), ainsi que la VRAG (originale et révisée). Concernant la HCR-20V3, au sein d'une population médico-légale francophone, le score total de la PCL-R est modérément corrélé avec le facteur historique de la HCR-20V3 ($r = .49$) [47]. Le facteur déviance sociale est, quant à lui, corrélé fortement avec le facteur historique de la HCR-20V3 ($r = .54$). Une étude sur la validité convergente et prédictive de la PCL-R, de la VRAG et de la HCR-20 dans une population francophone de détenus et de patients psychiatriques

médicolégaux a montré des corrélations élevées entre les trois instruments (supérieures à .70) et une variance commune significative [48]. Parmi des femmes en milieu médico-légal néerlandais, le score total de la PCL-R est fortement corrélé avec le score total à la HCR-20V2 et à la HCR-20V3 ($r = .585$ et $r = .598$ respectivement) [49]. Au niveau des facteurs de la PCL-R, la corrélation la plus forte se situe entre le facteur style de vie et le facteur historique (V2 : $r = .642$; V3 : $r = .646$). Auprès d'une population de détenus sud-coréens, la corrélation entre le score total de la PCL-R et le score total de la HCR-20V3 est modérée ($r = .442$) [50]. Toutefois, la corrélation entre le score total de la PCL-R et le facteur historique est plus forte ($r = .542$). Au sein d'une population portugaise de détenus libérés sous conditions, il y a une corrélation forte entre le score total de la PCL-R et le score total de la HCR-20V2 ($r = .75$) [51]. Cependant, la corrélation est un peu plus forte entre le facteur déviance sociale et le facteur historique ($r = .79$). Auprès d'une cohorte d'hommes américains en hôpital psychiatrique sécurisé, le score total de la PCL-R est corrélé fortement avec le score total de la HCR-20V2 ($r = .61$) [52]. La corrélation la plus forte est présente entre le facteur déviance sociale et le facteur historique ($r = .64$). De manière générale, une relation modérée à forte entre la PCL-R et la HCR-20 (version 2 et 3) semble ressortir, avec une plus forte relation entre la déviance sociale et le facteur historique.

Concernant la VRAG, auprès d'une population d'AICS du Massachusetts, le score total de la PCL-R est fortement corrélé avec le score total de la VRAG ($r = .76$) [53]. Au sein d'une cohorte d'hommes en hôpital psychiatrique sécurisé, il y a une forte corrélation entre le score total à la PCL-R et le score total à la VRAG ($r = .63$) [47]. Toutefois, le facteur déviance sociale présente une corrélation plus forte avec le score total de la VRAG ($r = .78$). Concernant la VRAG-R, il existe peu, à notre connaissance, de recherches sur la validité convergente avec la PCL-R.

Concernant la validité prédictive, les analyses du *receiver operating characteristics* (ROC) indiquent une validité prédictive modérée pour la VRAG (pour la récidive générale et violente, AUC = .74 et AUC = .82, respectivement) au sein d'une population de détenus et de patients belges en hôpital psychiatrique sécurisé [48]. Auprès d'une cohorte de détenus canadiens, la VRAG prédit modérément la récidive violente (AUC = .72) [54]. Au sein d'une population d'AICS du Massachusetts, la VRAG prédit de manière modérée la récidive violente et non violente (AUC = .70 et AUC = .70 respectivement) [53]. Pour la VRAG-R, sa prédiction est bonne quant à la récidive violente (AUC = .66) au sein d'une population de détenus libérés [55]. Parmi une cohorte juvénile allemande judiciarisée, la VRAG-R prédit modérément la récidive violente (AUC = .73) [56]. En revanche, la prédiction de la récidive générale et de la réincarcération est forte (AUC = .86 et AUC = .87, respectivement).

Concernant la HCR-20V2, la validité prédictive est modérée pour la récidive générale et violente auprès d'une population de détenus et d'internés (AUC = .72 et AUC = .71, respectivement) [48]. Au sein d'une population de détenus libérés sous conditions, la validité prédictive de la HCR-20V2 est excellente pour la récidive générale, violente et non violente (AUC = .84, AUC = .81 et AUC = .82 respectivement) [51]. Parmi une cohorte de femmes en hôpital psychiatrique sécurisé, la prédiction de la HCR-20V3 est bonne concernant la récidive violente (AUC = .67) [49].

■ Violence instrumentale et réactive chez les TPP

Que l'on parle de récidive officielle ou de comportements violents, il existe une large littérature tentant d'expliquer les motivations de la violence chez les personnes présentant un TPP. En effet, Cornell définit la violence sur deux axes [57]. La violence « instrumentale » se réfère à une violence exercée dans un but de gain externe, telle que le pouvoir, l'argent, la satisfaction sexuelle ou autres bénéfices, qui prend le pas sur la souffrance potentiellement infligée à la victime. Les infractions de ce type sont souvent préméditées et parfois soigneusement planifiées, sans être motivées

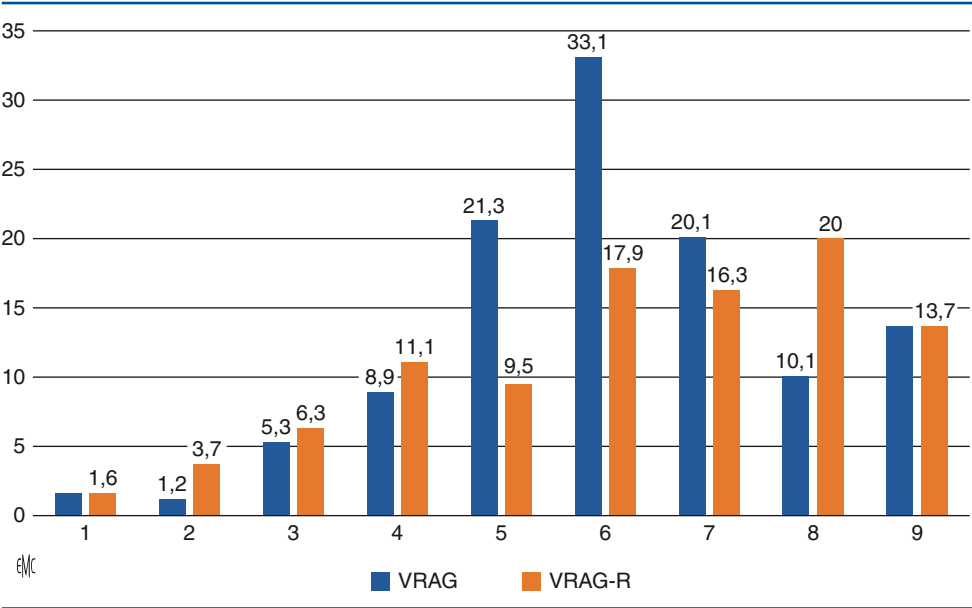


Figure 1. Distribution des pourcentages de patients selon les catégories de risque évaluées par la *violence risk assessment guide* (VRAG) et la *violence risk assessment guide-revisited* (VRAG-R).

par des émotions immédiates comme la colère ou la peur. Il est fréquent que l'agresseur ne connaisse pas la victime, qui est souvent extérieure à son cercle de proches. Au contraire, la violence « réactive » ou émotionnelle se produit dans un contexte de défense face à une provocation, telle que des insultes, des menaces d'agression ou d'autres actions perçues comme frustrantes ou énervantes pour l'agresseur ou face à une menace perçue provenant de la victime. Ce type de violence, fortement chargée émotionnellement, vise à se défendre ou à blesser la victime en réaction immédiate à un comportement interprété comme hostile. Selon Cornell et al., il s'agit d'une forme courante de conflit interpersonnel entre un agresseur et une victime [58]. Dans la majorité des cas, l'agresseur connaît personnellement la victime et a une relation particulière avec elle, souvent en tant que membre de la famille, proche ou connaissance. Il n'existerait pas de relation exclusive entre ces formes de violence [59, 60]. En effet, un même agresseur peut recourir à ces deux formes de violence, soit au cours d'un même délit, soit de manière alternée au long de son parcours criminel. Par exemple, un agresseur qui manifeste une violence principalement « instrumentale », telle que planifier méticuleusement un braquage, peut aussi manifester une forme de violence « réactive », en étant emporté par ses émotions si la victime se montre peu coopérative, défiante ou menaçante.

Un auteur d'infraction manifestant une violence instrumentale aurait un score total plus élevé à l'échelle de psychopathie (*psychopathy checklist-revised* [PCL-R]) [57, 58, 60–62]. Plus précisément, le facteur interpersonnel de la PCL-R (PCL: SV) serait associé à des infractions planifiées [58, 60, 63], alors que le facteur déviance sociale serait plutôt associé à des infractions de nature impulsive [58, 64, 65]. Toutefois, le degré de préméditation de l'agression (planification) [57] est associé négativement avec le facteur déviance sociale et la facette antisociale [66]. La psychopathie est donc associée à ces deux formes de violence [67]. Cependant, les recherches n'ont pas comparé spécifiquement la balance violence instrumentale et réactive selon les profils psychopathiques (prototypique, secondaire, manipulateur, explosif) [19]. Néanmoins, il est théoriquement envisageable que les profils puissent adopter soit une violence instrumentale, soit une violence réactive. Le profil prototypique présente un score élevé aux deux grands facteurs de la PCL-R (interpersonnel et déviance sociale) avec de la violence tant instrumentale que réactive. Le profil secondaire présente des scores plus élevés aux facettes style de vie et antisociale. Il tendrait donc vers une violence réactive. Le profil manipulateur présente des scores plus élevés aux facettes interpersonnelle et affective. De ce fait, il manifesterait plutôt de la violence instrumentale. Enfin, le profil explosif présente des scores plus élevés aux facettes affective, style de vie et antisociale. Manifestant peu de manipulation, il se dirigerait plutôt vers de la violence réactive.

■ Psychopathie et évaluation du risque de comportement violent au sein d'une population psychiatrique médico-légale en Belgique francophone

Objectifs

À notre connaissance, il existe peu de littérature disponible en Belgique francophone concernant les liens entre la psychopathie et l'évaluation du risque des comportements violents. Les seules études existantes sont anciennes et portent sur des effectifs réduits [28, 48]. Par conséquent, notre étude vise la mise à jour des taux de prévalence de la psychopathie sur une large cohorte de patients médico-légaux en fonction des différents seuils recommandés au sein de la littérature internationale [39, 68, 69]. De surcroît, elle permet l'évaluation du risque de comportements violents incluant les facettes de la PCL-R et les échelles de risque actualisées (HCR-20 et VRAG).

Méthode

Participants

Selon le droit belge, les personnes ayant commis une infraction contre autrui et jugées incapables de contrôler ses actes en raison de troubles mentaux sont internées afin de recevoir un traitement psychiatrique dans un environnement médico-légal [70]. Cette étude a été conduite au sein de l'Hôpital psychiatrique sécurisé (HPS) du Centre régional psychiatrique « Les Marronniers », situé à Tournai (Belgique). Cet établissement offre des soins adaptés à 381 patients internés en vue de leur réinsertion sociale. Ils y restent en moyenne 8 à 10 ans, recevant des soins et un accompagnement psychiatrique et somatique [71].

Entre 2009 et 2024, l'examen rétrospectif des dossiers médico-légaux a porté sur 384 patients masculins. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le [Tableau 1](#). Sur l'ensemble de l'échantillon, la plupart avaient la nationalité belge et la minorité était mariée ou vivait en concubinage au moment de l'infraction ayant conduit à l'internement. La moyenne d'âge des participants était de 36 ans et ces derniers étaient hospitalisés en moyenne depuis 10 ans. Plus de la moitié des infractions étaient classées dans les catégories non violentes non sexuelles, suivies par les catégories violentes non sexuelles et sexuelles. Les infractions suivantes étaient les plus représentées dans chacune des catégories : coups et blessures volontaires 30,7 % (n = 118) ; attentat à la

Tableau 1.

Caractéristiques démographique, judiciaire, psychiatrique et criminologique des participants.

	n (%)	M (SD)
<i>Démographique</i>		
Nationalité belge	298 (77,60)	
Marié/cohabitation	28 (7,29)	
Âge à l'admission (années)		36,00 (10,60)
Durée du séjour (années)		9,66 (8,53)
<i>Judiciaire</i>		
– Infractions actuelles		
Infractions non sexuelles non violentes	226 (58,85)	
Infractions violentes non sexuelles	208 (54,17)	
Infractions sexuelles	116 (30,21)	
– Condamnations antérieures oui/non	262 (73,80)	
– Infractions passées		
Infractions non sexuelles non violentes	236 (66,48)	
Infractions violentes non sexuelles	181 (50,99)	
Infractions sexuelles	64 (18,03)	
<i>Troubles psychiatriques</i>		
– Tous les troubles mentaux	276 (71,87)	
Troubles psychotiques	156 (40,62)	
Troubles liés aux substances	135 (35,15)	
Troubles de l'humeur	129 (33,59)	
Troubles anxieux	74 (19,27)	
Comorbidité relative aux troubles mentaux	210 (54,69)	
– Tous les troubles de la personnalité (TP)	331 (86,20)	
• Groupe A	161 (41,93)	
– TP paranoïaque	116 (30,21)	
• Groupe B	296 (77,08)	
– TP antisociale	228 (59,37)	
– TP borderline	162 (42,19)	
– TP narcissique	94 (24,48)	
• Groupe C	116 (30,20)	
– TP obsessionnel-compulsive	74 (19,27)	
Comorbidité relative aux troubles de la personnalité	234 (60,94)	
Comorbidité des troubles mentaux et de la personnalité	251 (65,36)	
<i>PCL-R</i>		
Score total		17,77 (6,73)
Facteur interpersonnel		6,92 (3,56)
Facette interpersonnelle		2,46 (2,12)
Facette affective		4,43 (2,05)
Facteur déviance sociale		10,02 (4,14)
Facette style de vie		5,07 (2,21)
Facette antisociale		4,97 (2,65)
<i>VRAG</i>		
Score total		8,65 (8,98)
<i>VRAG-R</i>		
Score total		8,80 (13,28)
<i>HCR-20^{V3}</i>		
Score total		27,17 (5,66)
Facteur historique		14,10 (3,37)
Facteur clinique		5,33 (2,24)
Facteur de risque		5,70 (1,49)
<i>HCR-20^{V2}</i>		
Score total		23,84 (5,75)
Facteur historique		12,73 (3,63)
Facteur clinique		5,23 (2,00)
Facteur de risque		5,88 (1,96)

PCL-R : psychopathic checklist-revised ; VRAG : violence risk assessment guide ; VRAG-R : violence risk assessment guide-revisited ; HCR-20 : historical clinical risk-20.

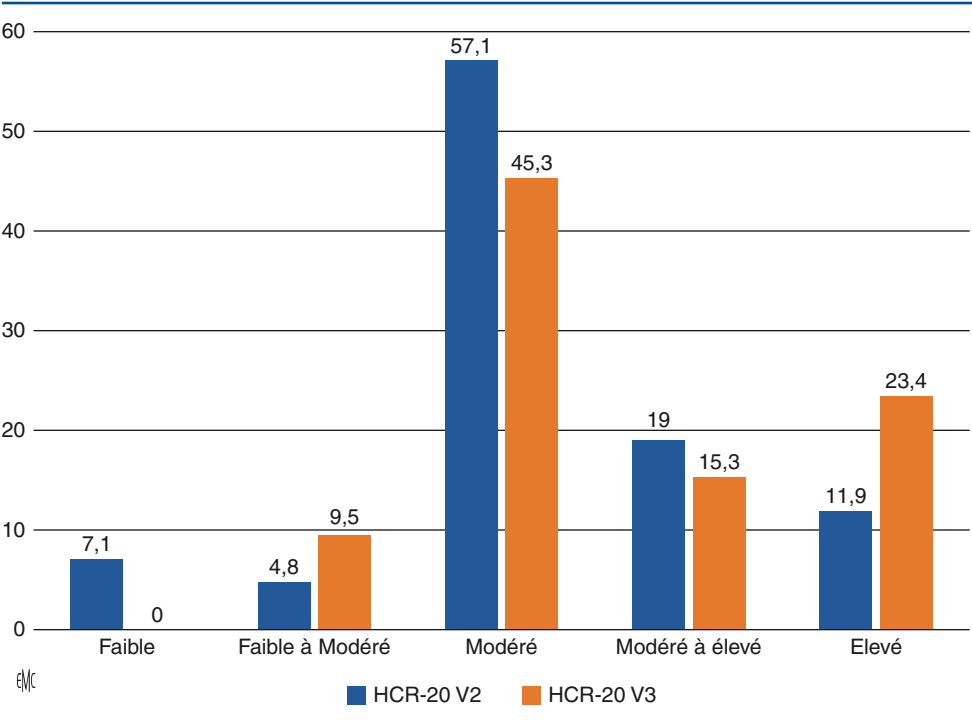


Figure 2. Distribution des pourcentages de patients selon les catégories de risque évaluées par l’*historical clinical risk-20* version 2 et 3 (HCR-20^{V2} et ^{V3}).

pudeur 22,1 % (n = 85) ; vol avec effraction 11,5 % (n = 44). Plus des deux tiers des participants avaient des antécédents judiciaires. Plus de la moitié des infractions passées répertoriées étaient classées dans les catégories non violentes non sexuelles, suivies par les catégories violentes non sexuelles et sexuelles. Parmi elles, les infractions passées suivantes étaient les plus fréquemment retrouvées : coups et blessures volontaires 36,2 % (n = 129) ; attentat à la pudeur 11,5 % (n = 41) ; vol avec effraction 31,3 % (n = 111).

Au niveau psychiatrique, les diagnostics les plus fréquents étaient les troubles de la personnalité et, plus particulièrement, les troubles de la personnalité antisociale, ainsi que les troubles psychotiques. La comorbidité est davantage la règle que l’exception. En effet, deux tiers des participants présentaient un ou plusieurs troubles mentaux majeurs combinés à un ou plusieurs troubles de la personnalité. Enfin, les participants présentaient un trouble de la personnalité psychopathique dans les proportions suivantes : 14,8 % (n = 57 ; score seuil fixé à 25), 7,8 % (n = 30 ; score seuil fixé à 28) et 4,4 % (n = 17 ; score seuil fixé à 30).

Concernant les catégories de risque de violence statique, plus de la moitié des participants présentent un niveau de risque modéré à élevé (Fig. 1). Concernant les catégories de risque de violence dynamique, plus de trois quarts des participants présentent un niveau de risque modéré à élevé (Fig. 2).

Instruments

Guide d’évaluation du risque de violence (VRAG) [40, 72]

La VRAG est une échelle d’évaluation statique et actuarielle, utilisée pour estimer le risque de récidive violente chez les délinquants masculins, basée sur les dossiers médico-légaux (Tableau 2). Elle inclut des variables cliniques (comme le score de psychopathie), démographiques (comme l’âge au moment du dernier délit), ainsi que criminologiques (comme les antécédents de délits non violents). Les scores de la VRAG varient de - 26 à + 38, avec une moyenne attendue de 0. L’échantillon initial de validation de la VRAG a été divisé en neuf catégories de risque selon l’étendue des scores :

- inférieur ou égal à - 22 ;
- 21 à - 15 ;
- 14 à - 8 ;
- 7 à - 1 ;
- 0 à + 6 ;
- + 7 à + 13 ;
- + 14 à + 20 ;
- + 21 à + 27 ;

- et supérieur ou égal à + 28.

Une étude menée en Belgique sur la validité et la fidélité de la VRAG auprès d’une population psychiatrique médico-légale a révélé une forte fidélité interjuges (coefficient de corrélation intraclass [ICC] = .91) et une consistance interne modérée (α = .63) [73]. De plus, un accord interjuges important a été mis en évidence pour les scores des items et les scores totaux (k = .70-.89) [74]. Dans notre étude, nous avons utilisé la version française de la VRAG [48], ainsi que la VRAG revisité (VRAG-R) [44, 75], une version simplifiée qui exclut certains facteurs comme l’évaluation de la psychopathie. Composée de 12 items, la VRAG-R (Tableau 2) génère un score total allant de - 32 à + 40. Sur le plan psychométrique, Glover et al. ont rapporté un ICC de .83 [55], tandis que Rice et al. ont constaté un ICC de .99 lors de la création de l’instrument [44]. Dans cette étude, ces deux versions de la VRAG ont été utilisées au regard de leur implémentation progressive au sein de l’HPS.

Historical clinical risk-20 (HCR-20) [43, 45]

La HCR-20 est une échelle d’évaluation clinique structurée fiable et reconnue pour évaluer le risque de violence (Tableau 3). Il tire son nom des trois échelles qui le composent : facteurs historiques (H) (10 items), facteurs cliniques (C) (cinq items) et facteurs de gestion du risque (R) (cinq items). Les facteurs sont évalués sur une échelle en trois points allant de 0 à 2, ce qui donne un score allant de 0 à 40 : 0 indiquant que l’item n’est pas présent, 1 suggérant une présence partielle et 2 indiquant une présence totale. Les scores les plus élevés indiquent un risque élevé. La HCR-20 prend en compte à la fois les facteurs statiques (peu susceptibles d’évoluer dans le temps) et les facteurs dynamiques (susceptibles d’évoluer), dans le but d’améliorer la sensibilité aux variations personnelles et situationnelles dans l’évaluation du risque. Un examen quantitatif de plus de 50 études sur la HCR-20 a mis en évidence une fidélité interjuges remarquable et une association modérée à importante entre la HCR-20 et les comportements violents [46]. En Belgique, une étude de Jeandarme, Pouls et al. (2017) a fait état d’une fidélité interjuges de .74 pour le score total [76]. L’ICC était le plus élevé (.84) pour l’échelle H et moindre pour les échelles C et R, passant respectivement à .64 et .58. Dans une étude menée dans un hôpital médico-légal belge francophone, l’instrument a démontré de bonnes propriétés psychométriques, notamment une corrélation interjuges de .73, des ICC de .70 (mesure simple) et de .82 (mesure moyenne), et un alpha de Cronbach de .74 pour l’ensemble des 20 items [28]. Ces qualités psychométriques sont conformes aux observations faites

Tableau 2.

Items des échelles violence risk assessment guide (VRAG) et violence risk assessment guide-revisited (VRAG-R).

VRAG		VRAG-R	
N° item	Nom de l'item	N° item	Nom de l'item
1	L'individu a vécu avec ses deux parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans (sauf décès d'un des parents)	1	L'individu a vécu avec ses parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans
2	Adaptation à l'école primaire	2	Adaptation à l'école primaire
3	Histoire d'abus d'alcool	3	Histoire d'abus d'alcool ou de drogue
4	Statut conjugal	4	Statut conjugal
5	Score reprenant les antécédents judiciaires pour des délits non violents selon la table de Cormier Lang	5	Score reprenant les antécédents judiciaires pour des infractions non violents
6	Échec des libérations conditionnelles antérieures	6	Échec des libérations conditionnelles antérieures
7	Âge au moment du dernier délit	7	Âge au moment du dernier délit
8	Conséquences pour la victime (coter la plus grave)	8	Score reprenant les antécédents judiciaires pour des infractions violentes
9	Victime de sexe féminin (pour le délit actuel)	9	Nombre d'admissions antérieures au sein d'un établissement correctionnel
10	Diagnostic de trouble de la personnalité répondant aux critères du DSM III	10	Trouble de conduites avant 15 ans
11	Diagnostic de schizophrénie répondant aux critères du DSM III	11	Délinquance sexuelle
12	Score à l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R)	12	Antisocialité

DSM III : diagnostic and statistical manual of mental disorders III.

Tableau 3.Items et facteurs des HCR-20^{V2} et HCR-20^{V3}.

HCR-20 ^{V2}			HCR-20 ^{V3}	
	N° item	Nom de l'item	N° item	Nom de l'item
Facteurs	Facteurs histotiques	H1	H1	Violence
		H2	H2	Autres comportements antisociaux
		H3	H3	Relations
		H4	H4	Emploi
		H5	H5	Usage de substance
		H6	H6	Trouble mental majeur
		H7	H7	Troubles de la personnalité
		H8	H8	Expériences traumatiques
		H9	H9	Attitudes violentes
		H10	H10	Réponse au traitement ou à la supervision
● Facteur clinique		C1	C1	Introspection
		C2	C2	Idéations ou intentions violentes
		C3	C3	Symptômes de trouble mental majeur
		C4	C4	Instabilité
		C5	C5	Réponse au traitement ou à la supervision
● Facteur gestion du risque		R1	R1	Services professionnels et plans
		R2	R2	Situation de vie
		R3	R3	Support personnel
		R4	R4	Réponse au traitement ou à la supervision
		R5	R5	Stress ou coping

dans d'autres études [46]. Par ailleurs, dans une population francophone mixte de détenus de prison de haute sécurité et de patients hospitalisés en psychiatrie légale, les valeurs du *receiver operating characteristics* (ROC) (.72 ; .71) ont indiqué une validité prédictive

modérée pour la récidive générale et la récidive violente [48]. Dans notre étude, les versions 2 et 3 de la HCR-20 [43, 45] ont été utilisées au regard de leur implémentation progressive au sein de l'HPS.

Psychopathy checklist-revised (PCL-R) [39, 77]

La PCL-R est structurée autour de deux facteurs principaux et de quatre facettes. Le facteur 1 englobe les éléments affectifs, interpersonnels et narcissiques et se subdivise en une facette 1 « interpersonnelle » et une facette 2 « affective ». Le facteur 2 se concentre sur la propension à un comportement antisocial chronique et se décompose en une facette 3 « style de vie » et une facette 4 « antisociale ». La PCL-R se compose de 20 items évalués sur une échelle en trois points : 0 indiquant que l’item ne s’applique pas, 1 suggérant une applicabilité partielle et 2 indiquant une applicabilité totale. Le score total est donc compris entre 0 et 40. La procédure recommandée par Hare a été suivie [39, 77]. Les données d’évaluation ont été recueillies à partir de deux sources, à savoir les dossiers médico-légaux et surtout à partir d’entretiens semistructurés. En Belgique, l’instrument a fait l’objet d’une évaluation psychométrique en milieu carcéral (corrélation interjuges de .96, ICC de .91) [78], auprès d’une population médico-légale (corrélation interjuges de .92, Kappa de .85) [79], et a fait l’objet d’une étude de validation prédictive [48, 76].

L’étude de Jeandarme, Edens et al. (2017) a fait état d’un accord global médiocre entre les évaluateurs, avec un ICC de .42. Seule la facette 4 a montré un « bon » accord des évaluateurs (ICC = .60). Dans une population mixte de détenus de prison de haute sécurité et de patients hospitalisés en psychiatrie légale, l’analyse ROC a suggéré que la PCL-R présentait une validité prédictive modérée pour la récidive générale (.67) et la récidive violente (.75) [48]. Dans notre étude, la traduction française de la PCL-R a été utilisée [80].

Procédure

Les informations sur les patients ont été recueillies à partir des dossiers médico-légaux et comprennent des détails, tels que l’âge à l’admission, la durée du séjour (années), la nationalité, l’état civil et les diagnostics psychiatriques. La durée du séjour a été calculée à partir de la date d’admission jusqu’à la date de sortie ou la date de recensement (12/08/2024). Les diagnostics psychiatriques de l’axe I ont été évalués à l’aide du *mini-international neuropsychiatric interview* (MINI), qui est un entretien diagnostique structuré, explorant 17 troubles du *diagnostic and statistical manual of mental disorder-IV* (DSM-IV) [81]. Les troubles de la personnalité ont été évalués à l’aide de l’entretien clinique structuré (SCID-II) pour les troubles de l’axe II du DSM-IV [82]. Les informations judiciaires relatives aux infractions actuelles et antérieures ont été extraites du casier judiciaire central du ministère de la Justice. Dans cette étude, les infractions violentes ont été spécifiquement définies comme des actes de violence non sexuelle à l’encontre d’autrui. Il s’agit de l’utilisation intentionnelle de la force physique ou de la menace, de la tentative ou de l’utilisation réelle de la force contre une autre personne. Les infractions ont ensuite été classées en trois catégories : sexuelles, violentes non sexuelles et non violentes non sexuelles.

Les évaluations individuelles des participants ont été effectuées au moins 1 mois après l’admission dans l’établissement. Ces évaluations ont été effectuées par des psychologues dûment formés à la VRAG, à la HCR-20 et à la PCL-R. Les patients en phase aiguë de leur pathologie ont été exclus de l’étude, ainsi que ceux présentant une déficience intellectuelle prononcée et pour lesquels une évaluation clinique valide n’a pas pu être réalisée.

Le comité d’éthique du Centre régional psychiatrique « Les Maronniers » a donné son accord pour la réalisation de cette étude. Chaque participant a reçu des informations complètes sur les objectifs de l’étude et a volontairement donné son consentement à la participation.

Analyse des données

Les analyses ont été réalisées à l’aide du logiciel SPSS version 29 [83]. Les sources de données étant caractérisées par des pourcentages différents de données manquantes, les analyses n’ont pas toujours été effectuées sur des échantillons de même taille. Le pourcentage de données manquantes pour chaque variable est indiqué dans le **Tableau 4**. Tout d’abord, des analyses descriptives ont été effectuées pour l’ensemble des variables démographique, judiciaire, psychiatrique et criminologique des

Tableau 4.
Pourcentage de données manquantes par variable.

	N	%
<i>Démographique</i>		
Nationalité belge	384	0
Marié/cohabitation	384	0
Âge à l’admission (années)	384	0
Durée du séjour (années)	384	0
<i>Judiciaire</i>		
Infractions actuelles	384	0
Infractions passées	355	7,55
Troubles psychiatriques	384	0
<i>PCL-R</i>		
Score total	384	0
Facteur interpersonnel	379	1,30
Facette interpersonnelle	379	1,30
Facette affective	379	1,30
Facteur déviance sociale	373	2,86
Facette style de vie	378	1,56
Facette antisociale	368	4,17
VRAG	169	55,99
VRAG-R	192	50,00
HCR-20 ^{V3}	139	63,80
HCR-20 ^{V2}	152	60,42

PCL-R : *psychopathic checklist-revised* ; VRAG : *violence risk assessment guide* ; HCR-20 : *historical clinical risk-20*.

participants. Ensuite, nous avons effectué des analyses corrélationnelles entre les scores à la PCL-R (total, facteurs et facettes) et les scores à la HCR-20^{V2} (total et facteurs) en excluant les items communs, afin d’éviter les effets de circularité (items H7 et C1) [28]. De même, des analyses corrélationnelles ont été effectuées entre les scores à la PCL-R et les scores à la HCR-20^{V3} (total et facteurs). Enfin, des analyses corrélationnelles ont été effectuées entre les scores à la PCL-R et les scores totaux à la VRAG et à la VRAG-R. Les items communs à la PCL-R ont été exclus, notamment les items 6 et 12 de la VRAG, ainsi que l’item 6 de la VRAG-R. Les scores ont alors été proratés selon l’algorithme élaboré par les auteurs des instruments [72, 84]. Conformément aux recommandations, aucun score n’a été calculé si une évaluation comportait plus de quatre items omis tant pour la VRAG que pour la VRAG-R. Dans cette étude, les scores à la PCL-R n’étant pas distribués normalement, les corrélations ont été mesurées à partir du coefficient rho de Spearman. La taille d’effet a été évaluée à l’aide du critère r de Cohen [85] comme suit :

- .10 à .29 = petite ;
- .30 à .49 = modérée ;
- et supérieure ou égale à .50 = forte.

Résultats

Scores de la PCL-R et de la HCR-20^{V2}

Le **Tableau 5** présente les corrélations entre les scores de la PCL-R et ceux de la HCR-20^{V2}. Les résultats révèlent plusieurs corrélations positives significatives entre les deux évaluations.

Nos résultats mettent en lumière une corrélation significative entre le score total de la PCL-R et le score total de la HCR-20^{V2}, ce qui suggère que des traits de psychopathie élevés s’accompagnent d’un risque accru de violence. Ce constat est renforcé par la persistance de cette corrélation même après la suppression des items de la HCR-20^{V2} liés à des dimensions également présentes dans la PCL-R, tels que H7 (psychopathie) et C1 (introspection). En d’autres termes, la relation entre la PCL-R et l’évaluation du risque

Tableau 5.Corrélations (rho de Spearman) entre les scores de la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R) et ceux de l'*historical clinical risk-20* version 2 (HCR-20^{V2}).

	HCR-20 total	HCR-20 total sans items H7 et C1	Facteur historique	Facteur historique sans item H7	Facteur clinique	Facteur clinique sans C1	Facteur gestion du risque
PCL-R total (n = 152)	.51 ^c	.44 ^c	.54 ^c	.42 ^c	.28 ^c	.29 ^c	.24 ^b
Facteur interpersonnel (n = 150)	.20 ^a	.11	.17	.05	.16	.14	.09
Facteur déviance sociale (n = 146)	.61 ^c	.57 ^c	.65 ^c	.57 ^c	.32 ^c	.34 ^c	.28 ^c
Facette interpersonnelle (n = 150)	.20 ^a	.13	.18 ^a	.04	.08	.09	.16
Facette affective (n = 150)	.15	.07	.12	.01	.19 ^a	.14	.02
Facette style de vie (n = 150)	.50 ^c	.45 ^c	.46 ^c	.39 ^c	.34 ^c	.34 ^c	.28 ^c
Facette antisociale (n = 144)	.52 ^c	.51 ^c	.64 ^c	.58 ^c	.20 ^c	.23 ^c	.19 ^a

Item H7 : psychopathie ; item C1 : introspection.

^a $p < .05$.^b $p < .01$.^c $p < .001$.

de comportement violent ne se limite pas au diagnostic de psychopathie.

De plus, l'analyse révèle une corrélation positive forte entre le score total de la PCL-R et le facteur historique de la HCR-20^{V2}, qui est une dimension statique de cette échelle. Dans une moindre mesure, cette corrélation s'étend également aux facteurs clinique et risque.

Les corrélations entre les facteurs de la PCL-R et de la HCR-20^{V2} sont plus nuancées. En effet, le facteur interpersonnel n'est que faiblement corrélé au score total de la HCR-20^{V2}. Il en va de même avec les deux facettes composant ce facteur. A contrario, le facteur déviance sociale de la PCL-R, composé de ses facettes style de vie et antisociale, présente des corrélations élevées avec l'évaluation globale de la HCR-20^{V2}. La facette style de vie montre une corrélation modérée avec le score total de la HCR-20^{V2}, même en excluant les items H7 (psychopathie) et C1 (introspection), ce qui reflète une association durable indépendamment du diagnostic de psychopathie. Plus particulièrement, cette facette est modérément corrélée au facteur historique de la HCR-20^{V2}, avec ou sans l'item H7, ainsi qu'au facteur clinique, avec ou sans l'item C1. Cependant, on note une corrélation faible entre la facette style de vie et le facteur risque de la HCR-20^{V2}.

En résumé, les corrélations les plus fortes concernent le lien entre les comportements antisociaux (déviance sociale, style de vie et facette antisociale) et les scores à la HCR-20^{V2}. Le facteur interpersonnel et la facette affective de la psychopathie semblent avoir une relation plus faible avec la HCR-20^{V2}. Cela peut indiquer que les comportements observables et antisociaux sont des prédicteurs plus importants des évaluations de risque faites par la HCR-20^{V2}, tandis que les aspects plus internes (interpersonnels, affectifs) semblent jouer un rôle secondaire.

Scores de la PCL-R et de la HCR-20^{V3}

Le Tableau 6 présente les corrélations entre les scores de la PCL-R et ceux de la HCR-20^{V3}.

Les résultats montrent à nouveau que la PCL-R et la HCR-20^{V3} mesurent des dimensions similaires de la psychopathie et du risque de violence, avec une forte corrélation entre les scores totaux des deux échelles. Cette corrélation élevée est surtout due au facteur historique de la HCR-20^{V3}, et dans une moindre mesure au facteur clinique. En revanche, la corrélation entre le score total de la PCL-R et le facteur risque de la HCR-20^{V3}, bien que significative, est plus faible.

Le facteur interpersonnel de la PCL-R est fortement corrélé avec le score total de la HCR-20^{V3} et le facteur clinique. Il est modérément corrélé avec les facteurs historique et risque. Les facettes interpersonnelle et affective présentent une corrélation modérée avec le score total à la HCR-20^{V3}. Concernant la facette affective, la corrélation est surtout liée au facteur clinique de la HCR-20^{V3}.

Le facteur déviance sociale de la PCL-R présente également une corrélation modérée avec le score total de la HCR-20^{V3}, et particulièrement forte avec le facteur historique, bien que les corrélations avec les facteurs clinique et risque soient plus faibles. La facette style de vie de la PCL-R est modérément corrélée avec le score total à la HCR-20^{V3}, ainsi que les facteurs historique et clinique. Enfin, la facette antisociale de la PCL-R est fortement corrélée avec le facteur historique de la HCR-20^{V3}. Cette facette est modérément corrélée avec le score total à la HCR-20^{V3}.

En résumé, les corrélations les plus fortes se trouvent entre les composantes antisociales de la PCL-R et le facteur historique de la HCR-20^{V3}. Cela montre que les comportements antisociaux passés sont des indicateurs particulièrement importants du risque global évalué par la HCR-20^{V3}. Par ailleurs, les facettes affective et interpersonnelle montrent des relations modérées avec les facteurs clinique et de risque. Les comportements antisociaux constituent donc des indicateurs particulièrement robustes du risque global évalué à la HCR-20^{V3} et plus particulièrement du facteur historique. De plus, les traits émotionnels de la PCL-R sont étroitement associés aux indicateurs cliniques de la HCR-20^{V3}.

Scores de la PCL-R, de la VRAG et de la VRAG-R

Le Tableau 7 présente les corrélations entre les scores de la PCL-R et ceux de deux outils d'évaluation du risque de violence : la VRAG et la VRAG-R.

Nous observons une forte corrélation entre le score total de la PCL-R et le score total de la VRAG, ce qui indique un lien solide entre le degré de psychopathie et l'évaluation globale du risque de violence par la VRAG. Cette relation se maintient à un niveau modéré lorsque les items 6 (échec d'une libération conditionnelle antérieure) et 12 (score total à la PCL-R) sont exclus.

Les corrélations entre le score total de la PCL-R et le score total de la VRAG-R, ainsi qu'avec le score total de la VRAG-R sans l'item 6 (échec d'une libération conditionnelle antérieure), sont similaires et indiquent une corrélation forte. Cela suggère que, même sans cet item, le score de la PCL-R reste un indicateur significatif du risque global de violence mesuré par la VRAG-R.

Tableau 6.
Corrélation (rho de Spearman) entre les scores de la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R) et ceux de l'*historical clinical risk-20* version 3 (HCR-20^{V3}).

	HCR-20 total	Facteur historique	Facteur clinique	Facteur gestion du risque
PCL-R total (n = 139)	.55 ^c	.55 ^c	.40 ^c	.28 ^b
Facteur interpersonnel (n = 139)	.50 ^c	.37 ^c	.49 ^c	.34 ^c
Facteur déviance sociale (n = 138)	.47 ^c	.58 ^c	.23b	.13
Facette interpersonnelle (n = 139)	.34 ^c	.32 ^c	.31 ^c	.18 ^a
Facette affective (n = 139)	.48 ^c	.29 ^b	.50 ^c	.39 ^c
Facette 3 style de vie (n = 139)	.38 ^c	.39 ^c	.30 ^c	.15
Facette 4 antisociale (n = 138)	.41 ^c	.55 ^c	.12	.09

^a p < .05.
^b p < .01.
^c p < .001.

Tableau 7.
Corrélation entre les scores de la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R) et ceux de la *violence risk assessment guide/-revisited* (VRAG/VRAG-R).

	VRAG total	VRAG total sans items 6 et 12	VRAG-R total	VRAG-R total sans item 6
PCL-R total	.51 ^c	.35 ^c	.50 ^c	.50 ^c
Facteur interpersonnel	.17 ^a	.02 ^b	.17 ^a	.19 ^a
Facteur déviance sociale	.64 ^c	.53 ^c	.68 ^c	.68 ^c
Facette interpersonnelle	.19 ^a	.06 ^b	.25 ^c	.25 ^c
Facette affective	.11 ^b	.03 ^b	.08 ^b	.11 ^b
Facette 3 style de vie	.40 ^c	.31 ^c	.39 ^c	.40 ^c
Facette 4 antisociale	.68 ^c	.58 ^c	.72 ^c	.72 ^c

Item 6 : échec d'une libération conditionnelle antérieure ; item 12 : score total à la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R).
^a p < .05.
^b p < .01.
^c p < .001.

Le facteur interpersonnel de la PCL-R présente une corrélation faible avec les scores totaux de la VRAG et de la VRAG-R, ce qui indique que les traits interpersonnels de la psychopathie, comme la manipulation et le charme superficiel, ont une relation faible mais significative avec l'évaluation du risque de violence. Lorsque l'item 6 (échec d'une libération conditionnelle antérieure) est exclu du score total de la VRAG-R, cette corrélation augmente légèrement mais reste faible, suggérant que ces traits interpersonnels ne sont que des indicateurs secondaires du risque de violence selon la VRAG-R.

Le facteur déviance sociale de la PCL-R indique une corrélation très forte avec les scores totaux à la VRAG et à la VRAG-R, ce qui indique que les comportements antisociaux et déviants sont des prédicteurs majeurs du risque de violence. Ces corrélations demeurent élevées même lorsque certains items sont retirés des échelles VRAG (6 et 12) et VRAG-R (6), confirmant la solidité de la relation entre les comportements déviants et l'évaluation du risque de violence.

La facette interpersonnelle de la PCL-R présente une corrélation faible avec les scores totaux de la VRAG et de la VRAG-R, avec et sans l'item 6 (échec d'une libération conditionnelle antérieure).

La facette affective ne présente aucune corrélation significative avec la VRAG et la VRAG-R, suggérant que les traits émotionnels de la psychopathie (tels que l'absence de remords ou de culpabilité) ne sont pas des indicateurs du risque de violence.

La facette style de vie de la PCL-R indique des corrélations modérées avec le score total à la VRAG, ce qui montre que les comportements impulsifs et irresponsables sont liés au risque de violence. Ces corrélations restent similaires même sans les items 6

(échec d'une libération conditionnelle antérieure) et 12 (score total à la PCL-R) ou avec le score total à la VRAG-R, avec ou sans l'item 6 (échec d'une libération conditionnelle antérieure).

La facette style de vie de la PCL-R présente des corrélations modérées avec le score total de la VRAG. Ces corrélations restent stables, même lorsque les items 6 (échec d'une libération conditionnelle antérieure) et 12 (score total à la PCL-R) sont exclus, ainsi qu'avec le score total de la VRAG-R, avec ou sans l'item 6. Cela indique que les comportements impulsifs et irresponsables sont associés au risque de violence, indépendamment de ces ajustements.

La facette antisociale de la PCL-R montre les corrélations les plus élevées avec les scores totaux de la VRAG et de la VRAG-R, mettant en évidence que les comportements antisociaux, tels que les violations répétées des normes sociales, sont les prédicteurs les plus puissants du risque de violence. Même après le retrait des items 6 (échec d'une libération conditionnelle antérieure) et 12 (score total à la PCL-R), ces corrélations restent fortes, confirmant la robustesse de la facette antisociale comme indicateur central dans l'évaluation du risque de violence.

En résumé, les corrélations les plus fortes concernent les comportements antisociaux (facette antisociale et facteur de déviance sociale de la PCL-R), indiquant que ces comportements sont les indicateurs les plus fiables du risque de violence dans les évaluations de la VRAG et de la VRAG-R. En revanche, les traits interpersonnels et affectifs de la psychopathie présentent des corrélations plus faibles, particulièrement dans la version originale de la VRAG. Les révisions de la VRAG-R semblent toutefois renforcer légèrement la relation entre certains traits de la psychopathie et les évaluations du risque.

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'effectuer une revue de la littérature concernant les liens entre la psychopathie et les évaluations du risque de récidive et des comportements violents auprès de populations judiciarisées. La PCL-R étant avant tout une mesure diagnostique, il nous paraissait important de situer la prévalence de psychopathie au sein de cette large cohorte.

Environ 15 % des participants présentaient un TPP avec un score seuil fixé à 25 sur 40. Si nous appliquions le score seuil international recommandé (30 sur 40), la proportion passait en-dessous des 5 %. Comme constaté antérieurement, ces prévalences sont moitié moindres par rapport à celles retrouvées au sein des populations médico-légales belges néerlandophones [86].

Même si la PCL-R n'est pas en soi une échelle d'évaluation du risque de comportement violent, il n'en reste pas moins vrai que la psychopathie est largement associée au risque de récidive violente [12-15]. Les études corrélationnelles entre la PCL-R et les échelles de risque de comportements violents abondent dans ce sens. Concernant la PCL-R et la HCR-20V2, nos résultats sont congruents à ceux de la littérature, avec une corrélation forte entre les scores totaux [49, 51, 52]. Cependant, les corrélations semblent plus importantes lorsqu'il s'agit du facteur déviance sociale et du facteur historique [51, 52]. Cela suggère que les comportements antisociaux à la PCL-R renvoient aux éléments passés de la personne comme évalués à la HCR-20V2. Les résultats vont dans le même sens lorsqu'on ne prend pas en compte les items relatifs à la psychopathie (H7) et l'introspection (C1) de la HCR-20V2 au niveau du score total.

Les résultats concernant la PCL-R et la HCR-20V3 montrent une forte corrélation entre les scores totaux, en cohérence avec les observations effectuées auprès d'autres populations médico-légales, comme les femmes et les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie [47, 49]. Cependant, au sein d'une population carcérale, ces corrélations apparaissent modérées [50]. Cette variation peut être attribuée à des différences méthodologiques, notamment en ce qui concerne le genre, la population étudiée (carcérale ou médico-légale) et la présence de comorbidités psychiatriques. Par ailleurs, nos données révèlent une relation plus marquée entre le facteur déviance sociale et le facteur historique, confirmant l'importance des comportements antisociaux dans l'évaluation historique du risque [47]. La facette affective présente également des corrélations allant de modérées à fortes avec les facteurs de risque et cliniques. Enfin, les traits de psychopathie apparaissent liés non seulement aux aspects historiques des comportements violents, mais aussi, bien que de manière moins prononcée, aux dimensions cliniques et prospectives du risque. Le facteur déviance sociale de la PCL-R explique en partie les besoins criminogènes évalués par la sous-échelle historique de la HCR-20V3. Dans une perspective de prise en charge, les personnes présentant un facteur déviance sociale élevé devraient bénéficier d'un dosage thérapeutique plus important eu égard au niveau de risque plus élevé [33]. Par ailleurs, les personnes manifestant une facette affective élevée présentent un facteur clinique et de risque élevés. D'ailleurs, ces facteurs ont une dimension commune liée à l'équilibre émotionnel. Ces caractéristiques renvoient aux besoins non criminogènes. S'ils sont indirectement reliés aux comportements violents, ils n'en restent pas moins des cibles thérapeutiques privilégiées en développant des compétences émotionnelles, qui permettent une meilleure intégration sociale [36].

En résumé, l'ensemble des dimensions de la PCL-R est étroitement lié à l'évaluation dynamique du risque. En ce sens, le profil prototypique, correspondant à une personne avec des scores élevés aux deux grands facteurs de la PCL-R [19], est particulièrement associé au risque de comportements violents. Nous pouvons également rappeler que les violences réactives et instrumentales sont également liées aux facteurs de la PCL-R [57, 58, 60-62, 64-66]. Ces diverses informations permettent d'avancer que le dosage thérapeutique se doit d'être plus intense pour ce type de profil.

Concernant les liens entre la PCL-R et la VRAG, la relation forte entre les scores totaux est cohérente avec la littérature [47, 53]. À l'instar de De Page et al. (2018), la relation est plus forte entre le

facteur déviance sociale et le score total de la VRAG. En outre, la magnitude de la relation augmente d'autant plus lorsqu'il s'agit de la facette antisociale. Ces résultats indiquent que le comportement antisocial et criminel est plus fortement associé avec le score total de prédiction du risque de comportement violent. Par conséquent, la facette antisociale est un indicateur pertinent concernant le dosage thérapeutique. En effet, une personne présentant un score élevé à la facette antisociale est plus à risque de récidive et devrait donc bénéficier d'une intervention thérapeutique plus soutenue [33].

Toutefois, nous avons effectué des corrélations en ne prenant pas en compte les items relatifs à la psychopathie pour la VRAG et aux échecs de libérations pour les deux échelles.

La facette affective ne montre aucune corrélation significative avec la VRAG et la VRAG-R, ce qui suggère que des caractéristiques émotionnelles de la psychopathie, comme l'absence de remords ou de culpabilité, ne sont pas prises en compte comme indicateurs du risque de violence par ces outils [40, 84]. La facette affective n'est pas un indicateur de la réceptivité.

L'association entre la facette style de vie de la PCL-R et le score total de la VRAG suggère que les comportements impulsifs et irresponsables, caractéristiques du mode de vie psychopathique, sont associés au risque de violence. D'ailleurs, la littérature met en exergue un lien entre le facteur déviance sociale, dont cette facette fait partie, et la violence réactive [58, 64, 65]. Pour rappel, l'impulsivité et la faible maîtrise de soi sont des items en lien avec le principe des besoins pouvant également être des facteurs précipitants de violence comportementale. Il est donc essentiel que le dosage thérapeutique soit plus intensif avec les personnes ayant un score plus élevé à cette facette.

Au regard de la littérature et de nos résultats, nous constatons que les liens entre la composante comportementale/antisociale et l'évaluation du risque de comportements violents sont prédominants. Toutefois, la composante comportementale du TPP ne doit pas être la seule évaluée, car d'autres caractéristiques doivent être considérées dans la prise en charge. En effet, nous mentionnons la classification des items de la PCL-R dans le modèle RBR. L'oblitération d'une ou plusieurs composantes de la PCL-R ne permettrait pas de mettre en place un suivi basé sur ces principes. Par exemple, si on ne prend pas en compte les items relatifs à la facette affective de la PCL-R, le clinicien manquera des éléments importants qui impacteront la réponse au traitement. La non-prise en compte d'indicateurs comme les affects superficiels pourrait avoir des conséquences sur le risque de récidive et de comportements violents futurs.

Perspectives

Cette étude a permis d'investiguer les liens entre le TPP et le risque de comportements violents sur une large population médico-légale belge. Toutefois, il serait souhaitable de la répliquer au sein de populations carcérales et médico-légales tant chez les femmes que chez les hommes.

Un des atouts de cette étude est d'avoir spécifié les relations entre les différentes facettes du TPP et le risque de comportements violents, contrairement aux études antérieures sur la population médico-légale belge, qui se concentraient uniquement sur les facteurs de la PCL-R [28]. Cependant, il serait pertinent d'affiner l'étude en effectuant une analyse inter-items des différentes évaluations, afin d'identifier de manière précise des patterns, particulièrement associés au risque de comportements violents.

En outre, la psychopathie est associée aussi bien à la violence réactive qu'instrumentale. Les futures recherches devraient plutôt porter sur le lien entre les profils basés sur les scores de la PCL-R et ces types de violence.

Enfin, l'absence de données longitudinales constitue une limite importante, car elle empêche d'évaluer la capacité prédictive du modèle quant au risque réel de récidive. Cela complique également l'estimation de l'équilibre entre les faux positifs et les faux négatifs. Actuellement, cette étude est en cours, avec pour objectif de suivre les individus après leur libération conditionnelle, afin de distinguer les récidivistes des non-récidivistes en fonction de leur profil psychopathique.

■ Conclusion

Cette revue de la littérature a mis en exergue des liens étroits entre la psychopathie et la récidive violente [12-15]. Nous avons également mis en évidence un lien solide entre la PCL-R et les évaluations statiques et dynamiques du risque de comportements violents, allant dans le sens d'une complémentarité [47, 49-51, 53]. Par ailleurs, des liens entre les caractéristiques du TPP et les différentes formes de violence ont été identifiés au sein de la littérature [57, 58, 60-63]. Des recherches sont encore à approfondir concernant les différents profils de psychopathie avec ces types de violence. Au regard du modèle RBR, les différents résultats évoqués dans la littérature permettent d'avancer qu'une évaluation de tous les items de la PCL-R est nécessaire dans l'estimation du risque de comportements violents.

“Points essentiels

- Le score total de la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R) prédit la récidive violente.
- Les personnes présentant un trouble de la personnalité psychopathique (TPP) récidivent quatre fois plus que les autres contrevenants.
- L'évaluation exhaustive des items de la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R) est essentielle dans la prise en charge basée sur le modèle risques-besoin-réceptivité (RBR).
- Les évaluations récentes du risque de comportement violent (*violence risk assessment guide-revisited* [VRAG-R]) prennent en compte la facette antisociale de la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R) au lieu du score total.
- Au niveau de la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R) et des *historical clinical risk-20* version 2 et 3 (HCR-20^{V2} et ^{V3}), la plus forte corrélation se situe entre la facette antisociale et le facteur historique.
- Les scores totaux de la *violence risk assessment guide* (VRAG) et de la *violence risk assessment guide-revisited* (VRAG-R) sont fortement corrélés avec la facette antisociale de la *psychopathic checklist-revised* (PCL-R).
- Les futures recherches sur la récidive et les différentes formes de violence devraient se focaliser sur les profils du trouble de la personnalité psychopathique.

Remerciements : cette étude a été rendue possible grâce au soutien du ministère de la Santé, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances de la région Wallonne de Belgique. Les auteurs remercient les professionnels de santé et l'équipe chargée de la gestion du dossier patient informatisé du Centre régional psychiatrique (CRP) « Les Marronniers » pour leur contribution aux évaluations et à la collecte des données.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

■ Références

- Delannoy D, Saloppé X, Vicenzutto A, Majois V, Ducro C, Pham TH. Psychopathie et son évaluation. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie* 2017; 37-320-A-45.
- Gendreau P, Little T, Goggin C. A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: what works! *Criminol* 1996;**34**:575-608.
- Gendreau P, Goggin C, Smith P. Is the PCL-R really the “unparalleled” measure of offender risk? A lesson in knowledge cumulation. *Crim Justice Behav* 2002;**29**:397-426.
- Hanson RK, Morton-Bourgon K. Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis 2004-02. Public Safety and Emergency Preparedness Canada 2004.

- Hemphill JF, Hare RD, Wong S. Psychopathy and recidivism: a review. *Leg Criminol Psychol* 1998;**3**:139-70.
- Leistico AMR, Salekin RT, DeCoster J, Rogers R. A large-scale meta-analysis relating the hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law Hum Behav* 2008;**32**:28-45.
- Salekin RT, Rogers R, Sewell KW. A review and meta-analysis of the psychopathy checklist and psychopathy checklist-revised: predictive validity of dangerousness. *Clin Psychol Sci Pract* 1996;**3**:203-15.
- Walters GD. Predicting criminal justice outcomes with the psychopathy checklist and lifestyle criminality screening form: a meta-analytic comparison. *Behav Sci Law* 2003;**21**:89-102.
- Walters GD. Predicting institutional adjustment and recidivism with the psychopathy checklist factor scores: a meta-analysis. *Law Hum Behav* 2003;**27**:541-58.
- Olver ME, Wong SCP. Short-and long-term recidivism prediction of the PCL-R and the effects of age: a 24-year follow-up. *Personal Disord* 2015;**6**:97-105.
- Walters GD, Wilson NJ, Glover AJJ. Predicting recidivism with the Psychopathy Checklist: are factor score composites really necessary? *Psychol Assess* 2011;**23**:552-7.
- DeMatteo D, Olver ME. Use of the Psychopathy Checklist-Revised in legal contexts: validity, reliability, admissibility, and evidentiary issues. *J Pers Assess* 2022;**104**:234-51.
- Hawes SW, Boccaccini MT, Murrie DC. Psychopathy and the combination of psychopathy and sexual deviance as predictors of sexual recidivism: meta-analytic findings using the Psychopathy Checklist - Revised. *Psychol Assess* 2013;**25**:233-43.
- Mokros A, Vohs K, Habermeyer E. Psychopathy and violent reoffending in German-speaking countries. *Eur J Psychol Assess* 2014;**30**:117-29.
- Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev* 2011;**31**:499-513.
- Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 2005;**73**:1154-63.
- Moretti G, Flutti E, Colanino M, Ferlito D, Amoresano L, Travaini G. Recidivism risk in male adult sex offenders with psychopathic traits assessed by PCL-R: a systematic review. *Med Sci Law* 2024;**64**:41-51.
- Seto MC, Lalumière ML. A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters. *Sex Abuse J Res Treat* 2001;**13**:15-25.
- Hare RD. Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Can Psychol Can* 2016;**57**:21-34.
- Robertson CA, Knight RA. Relating sexual sadism and psychopathy to one another, non-sexual violence, and sexual crime behaviors. *Aggress Behav* 2014;**40**:12-23.
- Sohn JS, Raine A, Lee SJ. The utility of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) facet and item scores in predicting violent recidivism. *Aggress Behav* 2020;**46**:508-15.
- Veal R, Ogloff JRP. The concept of psychopathy and risk assessment: historical developments, contemporary considerations, and future directions. In: *Psychopathy and criminal behavior*. Elsevier; 2022. p. 169-92.
- Cooke DJ. Psychopathic personality disorder: capturing an elusive concept. *Eur J Anal Philos* 2018;**14**:15-32.
- Cooke DJ, Hart S, Logan C, Michie C. *Comprehensive assessment of psychopathic personality disorder-institutional rating scale (CAPP-IRS)*. Glasgow Caledonian University. Simon Fraser University; 2004.
- Cooke DJ, Hart SD, Logan C, Michie C. Explicating the construct of psychopathy: development and validation of a conceptual model, the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP). *Int J Forensic Ment Health* 2012;**11**:242-52.
- Pedersen L, Kunz C, Rasmussen K, Elsass P. Psychopathy as a risk factor for violent recidivism: Investigating the Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV) and the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) in a forensic psychiatric setting. *Int J Forensic Ment Health* 2010;**9**:308-15.
- Hart SD, Cox DN, Hare RD. *Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Multi-Heath Systems; 1995.
- Claix A, Pham TH. Evaluation of the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme in a Belgian forensic population. *Encephale* 2004;**30**:447-53.
- Monahan J. The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry* 1984;**141**:10-5.
- Monahan J, Walker L. Social science research in law: a new paradigm. *Am Psychol* 1988;**43**:465-72.

- [31] Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 1998;**66**:348–62.
- [32] Bonta J, Andrews DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation 2007-06. *Rehabilitation (Stuttg)* 2007;**6**:1–22.
- [33] Bonta J, Andrews DA. *The psychology of criminal conduct*. 7th ed. Routledge; 2023. p. 502p.
- [34] Desmarais SL, Zottola SA, Duhart Clarke SE, Lowder EM. Predictive validity of pretrial risk assessments: a systematic review of the literature. *Crim Justice Behav* 2021;**48**:398–420.
- [35] Hannah-Moffat K, Maurutto P. Évaluation du risque et des besoins chez les jeunes contrevenants : un aperçu. Ministère de la justice Canada. Recherche sur la justice pour les jeunes, avril 2003.
- [36] Barnao M, Ward T, Robertson P. The good lives model: a new paradigm for forensic mental health. *Psychiatry Psychol Law* 2016;**23**:288–301.
- [37] Olver ME. Treatment of psychopathic offenders: evidence, issues, and controversies. *J Community Saf Well-Being* 2016;**1**:75–82.
- [38] Olver ME, Lewis K, Wong SCP. Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: the relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personal Disord* 2013;**4**:160–7.
- [39] Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*. 2nd ed. Toronto: Multi-Health System; 2003.
- [40] Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent offenders: appraising and managing risk*. American Psychological Association; 1998.
- [41] Boer D, Hart S, Kropp R, Webster C. *SVR-20 Version 2 – Manual for version 2 of the Sexual Violence Risk – 20, version 2: professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, Canada: Protect International Risk and Safety Services; 2017.
- [42] Hart S, Kropp PR, Laws DR, Klaver J, Logan C, Watt KA. *The risk for sexual violence protocol (RSVP): structured professional guidelines for assessment of sexual violence*. Vancouver, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University; 2003.
- [43] Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H. *Historical clinical risk management-20 v3 – Guide de l'utilisateur. Mental health, law and policy institute*. Simon Fraser University; 2013.
- [44] Rice ME, Harris GT, Lang C. Validation of and revision to the VRAG and SORAG: the violence risk appraisal guide-revised (VRAG-R). *Psychol Assess* 2013;**25**:951–65.
- [45] Webster C, Douglas K, Eaves D, Hart S. *HCR-20. Assessing risk for violence, version 2. Mental Health*. Burnaby, British Columbia. Vancouver, Canada: Criminal Behaviour and Mental Health; 1997.
- [46] Douglas KS, Shaffer C, Blanchard AJE, Guy LS, Reeves KA, Weir J. *HCR-20 violence risk assessment scheme: overview and annotated bibliography. Mental health, law, and policy institute, Simon Fraser University*. Burnaby, British Columbia; 2014.
- [47] De Page L, Mercenier S, Titeca P. Assessing psychopathy in forensic schizophrenia spectrum disorders: validating the Comprehensive Assessment of the Psychopathic Personality-Institutional Rating Scale (CAPP-IRS). *Psychiatry Res* 2018;**265**:303–8.
- [48] Pham TH, Ducro C, Marghem B, Réveillère C. Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;842–5.
- [49] de Vogel V, Bruggeman M, Lancel M. Gender-sensitive violence risk assessment: predictive validity of six tools in female forensic psychiatric patients. *Crim Justice Behav* 2019;**46**:528–49.
- [50] Sea J, Bang S. The interrater reliability and concurrent validity of the HCR-20 version 3 in South Korea. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2021;**32**:879–901.
- [51] Neves AC, Gonçalves RA, Palma-Oliveira JM. Assessing risk for violent and general recidivism: a study of the HCR-20 and the PCL-R with a non-clinical sample of Portuguese offenders. *Int J Forensic Ment Health* 2011;**10**:137–49.
- [52] Neal TM, Miller SL, Shealy C. A field study of a comprehensive violence risk assessment battery. *Crim Justice Behav* 2015;**42**:952–68.
- [53] Parent G, Guay JP, Knight RA. An assessment of long-term risk of recidivism by adult sex offenders: one size doesn't fit all. *Crim Justice Behav* 2011;**38**:188–209.
- [54] Churcher FP, Mills JF, Forth AE. The predictive validity of the Two-Tiered Violence Risk Estimates Scale (TTV) in a long-term follow-up of violent offenders. *Psychol Serv* 2016;**13**:232–45.
- [55] Glover AJJ, Churcher FP, Gray AL, Mills JF, Nicholson DE. A cross-validation of the violence risk appraisal guide-revised (VRAG-R) within a correctional sample. *Law Hum Behav* 2017;**41**:507–18.
- [56] Gregório Hertz P, Müller M, Barra S, Turner D, Rettenberger M, Retz W. The predictive and incremental validity of ADHD beyond the VRAG-R in a high-risk sample of young offenders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2022;**272**:1469–79.
- [57] Cornell DG, Warren J, Hawk G, Stafford E, Oram G, Pine D. Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *J Consult Clin Psychol* 1996;**64**:783–90.
- [58] Bushman BJ, Anderson CA. Is it time to pull the plug on hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychol Rev* 2001;**108**:273–9.
- [59] Woodworth M, Porter S. In cold blood: characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *J Abnorm Psychol* 2002;**111**:436–45.
- [60] Cornell DG. Coding guide for violent incidents: Instrumental versus hostile/reactive aggression. 1996 [Unpublished Manuscript].
- [61] Hart S, Dempster RJ. Impulsivity and psychopathy. In: Webster CD, Jackson MA, eds. *Impulsivity: new directions in research and clinical practice*. New York, États-Unis: Guilford; 1997.
- [62] Pham TH. La psychopathie: contributions dans le domaine de la criminologie et de la psychologie fondamentale. In: de Beaurepaire C, Bénézech M, Kotteler C, eds. *Les dangers de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. John Libbey Eurotext; 2004. p. 205–10.
- [63] Vitacco MJ, Neumann CS, Caldwell MF, Leistico AM, Van Rybroek F, G.J. Testing factor models of the psychopathy checklist: youth version and their association with instrumental aggression. *J Pers Assess* 2006;**87**:74–83.
- [64] Camp JP, Skeem JL, Barchard K, Lilienfeld SO, Poythress NG. Psychopathic predators? Getting specific about the relation between psychopathy and violence. *J Consult Clin Psychol* 2013;**81**(3):467–80.
- [65] Laurell J, Belfrage H, Hellström A. Facets on the psychopathy checklist screening version and instrumental violence in forensic psychiatric patients. *Crim Behav Ment Health* 2010;**20**:285–94.
- [66] Declercq F, Willemsen J, Audenaert K, Verhaeghe P. Psychopathy and predatory violence in homicide, violent, and sexual offences: factor and facet relations. *Leg Criminol Psychol* 2012;**17**:59–74.
- [67] Blais J, Solodukhin E, Forth AE. A meta-analysis exploring the relationship between psychopathy and instrumental versus reactive violence. *Crim Justice Behav* 2014;**41**:797–821.
- [68] Cooke DJ, Kosson DS, Michie C. Psychopathy and ethnicity: structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in Caucasian and African American participants. *Psychol Assess* 2001;**13**:531–42.
- [69] Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark D. Assessing psychopathy in the UK: concerns about cross-cultural generalisability. *Br J Psychiatry* 2005;**186**:335–41.
- [70] Moniteur belge. Loi relative à l'internement des personnes. 2014.
- [71] Jeandarme I, Saloppé X, Habets P, Pham TH. Not guilty by reason of insanity: clinical and judicial profile of medium and high security patients in Belgium. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2018;**30**:286–300.
- [72] Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent offenders: appraising and managing risk*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
- [73] van Heesch B, Jeandarme I, Pouls C, Vervaeke G. Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders. *Psychol Crime Law* 2016;**22**:1–15.
- [74] Rossegger A, Endrass J, Gerth J, Singh JP. Replicating the violence risk appraisal guide: a total forensic cohort study. *PLoS One* 2014;**9**:e91845.
- [75] Ducro C, Pham TH. Convergent, discriminant and predictive validity of two instruments to assess recidivism risk among released individuals who have sexually offended: the SORAG and the VRAG-R. *Int J Risk Recovery* 2022;**5**:14–28.
- [76] Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist – Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health System; 1991.
- [77] Pham TH. Évaluation psychométrique du questionnaire de la psychopathie de Hare auprès d'une population carcérale belge. *Encephale* 1998;**24**:435–41.
- [78] Pham HT, Rémy S, Dailliet A, Lienard L. Psychopathie et évaluation des comportements violents en milieu psychiatrique de sécurité. *Encephale* 1998;**24**:173–9.
- [79] Jeandarme I, Pouls C, De Laender J, Oei TI, Bogaerts S. Field validity of the HCR-20 in forensic medium security units in Flanders. *Psychol Crime Law* 2017;**23**:305–22.
- [80] Côté G, Hodgins S. *Échelle de Psychopathie de Hare – Révisée – Manuel. The Hare Psychopathy Checklist-Revised-Manual*. Toronto: Multi-Health System; 1996.
- [81] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;**59**:22–33, quiz 34–57.

- [82] First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. *Structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II): interview and questionnaire*. Washington, DC: American Psychological Association; 1997.
- [83] IBM Corp. IBM SPSS statistics for Windows, version 29.0. N Y IBM Corp, 2022.
- [84] Harris GT, Rice ME, Quinsey VL, Cormier CA. *Violent offenders: appraising and managing risk*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2015.
- [85] Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992;**112**:155–9.

- [86] Pham T, Habets P, Saloppé X, Ducro C, Delaunoy B, Pouls C, et al. Violence risk profile of medium-and high-security NGRI offenders in Belgium. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2019;**30**: 530–50.

Pour en savoir plus

- Pham THH, Cortoni F. *Traité de l'agression sexuelle : théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*. Mardaga; 2017, 412 p.

D. Delannoy.

Centre de recherche en défense sociale (CRDS), Tournai, Belgique ; Université de Mons, Mons, Belgique.

X. Saloppé.

Université de Lille, CNRS, UMR 9193, SCALab, Sciences cognitives et sciences affectives, 59000 Lille, France ; Service de psychiatrie, Hôpital de Saint-Amand-les-Eaux, France.

CRDS, Tournai, Belgique.

C. Benouamer.

Centre régional psychiatrique (CRP) « Les Marronniers », Belgique ; CRDS, Tournai, Belgique.

A. Vinckier.

CRDS, Tournai, Belgique.

F. Degouis.

CRDS, Tournai, Belgique ; Université de Lille, CNRS, UMR 9193, SCALab, Sciences cognitives et sciences affectives, 59000 Lille, France.

T. Hoang Pham (thierry.pham@crds.be).

Université de Mons, Mons, Belgique ; CRDS, Tournai, Belgique ; Institut Philippe-Pinel, Montréal, Canada.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Delannoy D, Saloppé X, Benouamer C, Vinckier A, Degouis F, Hoang Pham T. Psychopathie et évaluation du risque de comportements violents. *EMC - Psychiatrie* 2025;0(0):1-14 [Article 37-490-G-20].