



FAM

Vivienne de Vogel
Michiel de Vries Robbé
Willemijn van Kalmthout
Caroline Place

Traduction Française :

Alain Cavenne
Renée Fugère
Gilles Côté

Manuel additionnel pour les femmes

Lignes directrices additionnelles au HCR-20 pour
évaluer le risque de violence chez les femmes

FAM

**Lignes directrices additionnelles au HCR-20 pour
évaluer le risque de violence chez les femmes**

**Pour commander le FAM, édition francophone,
veuillez communiquer avec le:**

Centre de recherche
Institut Philippe-Pinel de Montréal
10905, boulevard Henri-Bourassa Est
Montréal (QC) H1C 1H1 Canada

514-881-3764
www.pinel.qc.ca

Pour plus d'information sur la version originale, veuillez communiquer avec l'un
des deux auteurs ci-dessous:

Vivienne de Vogel / Michiel de Vries Robbé

Van der Hoeven Kliniek

Case postale 174

3500 AD Utrecht

Pays-Bas

+31(0)30-2758275

vdevogel@hoevenkliniek.nl

mdevriesrobbe@hoevenkliniek.nl

www.violencebywomen.com

Copyright © 2014, Van der Hoeven Kliniek

Couverture: Idefix Vormgeving et Communicatie

Conception: www.studiosnh.nl

ISBN: 978-90-79649-27-3

FAM

Manuel additionnel pour les femmes

Lignes directrices additionnelles au HCR-20 pour évaluer le risque de violence chez les femmes

Vivienne de Vogel

Michiel de Vries Robbé

Willemijn van Kalmthout

Caroline Place

Traduit par:

Alain Cavenne

Renée Fugère

Gilles Côté

Table des matières

Préface des auteurs	6
Préface	8
Introduction	13
Première partie – Le contexte	15
Évaluation du risque selon l'approche JPS	15
La violence par les femmes	16
Évaluation du risque de violence chez les femmes	20
Utilisation des outils d'évaluation du risque chez les femmes	21
Facteurs de protection chez les femmes	24
Traitement sexospécifique	26
Le besoin d'un outil sexospécifique	27
Deuxième partie – le FAM	29
Élaboration	32
Objectifs	34
Définition de la violence	34
Applications	35
Qualifications des utilisateurs	35
Procédure de codage	35
La recherche	41
Limites	43
Définition des facteurs de risque	45
Items historiques	47
H6 Maladie mentale majeure : Lignes directrices additionnelles au HCR-20	48
H7 Psychopathie : Lignes directrices additionnelles au HCR-20	50
H8 Inadaptation précoce : Lignes directrices additionnelles au HCR-20	51
H8a Circonstances difficiles à l'enfance	52
H8b Problèmes de comportement à l'enfance	54
H9 Trouble de la personnalité : Lignes directrices additionnelles au HCR-20	56
H10 Échec d'une supervision antérieure : Lignes directrices additionnelles au HCR-20	58
H11 Prostitution	60
H12 Difficultés de parentage	62
H13 Grossesse précoce	64
H14 Suicidalité/autodestruction	66
H15 Victimisation après l'enfance	68

Items cliniques	71
C6 Comportement caché/manipulateur	73
C7 Faible estime de soi	76
Items de gestion du risque	79
R6 Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant	81
R7 Relation intime malsaine	85
Instruments de codage	89
Schéma de codage pour le FAM	89
Feuille de cotation du Manuel additionnel pour les femmes (FAM)	90
Feuille de codage pour les items du HCR-20 spécifiques pour les femmes	92
Références	93
Annexes	111
Annexe 1 – Lignes directrices additionnelles aux items du HCR-20 dans le FAM	111
Annexe 2 – Facteurs de risque spécifiques pour les femmes	112
Annexe 3 – Fidélité interévaluateurs	114
Annexe 4 – Différences entre les hommes et les femmes dans les scores du FAM	115

Préface des auteurs

Nous sommes heureux et fiers de présenter la version française du *Manuel additionnel pour les femmes* (FAM), un outil qui comprend des lignes directrices additionnelles au HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves et Hart, 1997) pour évaluer le risque de violence chez les femmes qui ont eu des comportements violents dans le passé. Nous aimerions remercier Alain Cavenne, Renée Fugère et Gilles Côté pour leur excellent travail et leur collaboration toujours aimable et constructive au cours du processus de traduction.

En 2007, il a été proposé de créer un outil d'évaluation du risque plus sensible aux différences entre les sexes et de mener subsequmment des recherches sur les propriétés psychométriques et la valeur clinique de cet outil en vue d'un usage avec des patientes en psychiatrie (légale). Le HCR-20, largement utilisé partout dans le monde, a été utilisé comme point de départ parce que nous croyons que, même si cet outil dans son ensemble n'est pas fortement prédictif de la violence chez les femmes (Schaap, Lammers et De Vogel, 2009; De Vogel et De Ruiter, 2005), la plupart des items dans le HCR-20 sont importants pour les femmes. Les auteurs du HCR-20 ont appuyé l'élaboration du FAM.

Le FAM a pour objectif de fournir aux professionnels de la santé mentale des lignes directrices plus concrètes pour une évaluation du risque sensible au sexe, ou sexospécifique, et la prise en charge des femmes en psychiatrie légale, mais éventuellement aussi en psychiatrie générale ou dans le système correctionnel. Nous espérons que cet outil se montrera utile en pratique quotidienne, en ce sens qu'il permettra d'améliorer l'évaluation du risque de violence chez les femmes et fournira des lignes directrices concrètes pour la gestion du risque. Le FAM doit être vu comme un outil en évolution; il n'existe pas encore suffisamment de preuves de sa valeur prédictive (ou de celle des facteurs inclus) pour les récurrences de violence chez les femmes et les recherches à ce sujet font gravement défaut. Bien que le FAM soit toujours en développement et qu'il doive être interprété avec une grande prudence, nous estimons que l'utilisation combinée du HCR-20 (ou HCR-20^{V3}) et du FAM peut être considérée comme la meilleure pratique et qu'il n'existe pas à l'heure actuelle d'outil mieux adapté pour évaluer le risque de violence chez les femmes adultes.

À l'origine, le FAM avait été conçu comme un manuel additionnel au HCR-20. Une nouvelle version du HCR-20, le HCR-20^{V3} (Douglas, Hart, Webster et Belfrage, 2013) a été publiée en avril 2013. La présente traduction française du FAM pourra être utilisée comme ajout au HCR-20, mais également au HCR-20^{V3}. On pourra trouver de l'information et des lignes directrices additionnelles pour son emploi avec le HCR-20^{V3} sur les sites www.violencebywomen.com ou www.hoevenkliniek.nl. En 2014, une nouvelle version en anglais du FAM sera publiée, constituant un manuel additionnel spécifique au HCR-20^{V3}. Veuillez consulter notre site Web pour trouver plus d'information sur ce nouveau FAM et les plus récents résultats de la recherche, à : www.violencebywomen.com.

Nous tenons à remercier tous les professionnels de la santé mentale de la Van der Hoeven Kliniek qui ont contribué à l'élaboration du FAM. Jeantine Stam a fait une contribution importante à l'élaboration du FAM avec son étude de recherche de maîtrise sur la version de recherche du FAM.

Enfin, nous recevrons avec plaisir tous les commentaires et suggestions concernant le FAM ou (l'évaluation du risque de) la violence chez les femmes, puisque cela ne pourra que nous aider à améliorer et à raffiner l'évaluation du risque sexospécifique avec le FAM.

Vivienne de Vogel, Michiel de Vries Robbé, Willemijn van Kalmthout et
Caroline Place

Août 2014

Préface

C'est pour moi un plaisir et un grand honneur d'avoir été invitée à écrire la préface au *Manuel additionnel pour les femmes* (FAM). Bien que la question ait fait l'objet de vifs débats dans la littérature scientifique (Service correctionnel du Canada, 1990; Corston, 2007), peu de progrès concrets ont été réalisés pour répondre à la conviction de plusieurs que l'évaluation, la classification, la prise en charge et le traitement des femmes délinquantes requièrent des approches qui tiennent compte de leur sexe. Il est de plus en plus évident qu'il existe un besoin urgent d'inclure des femmes dans des échantillons de recherche et de désagréger les données chaque fois que c'est possible (p. ex., Instituts de recherche en santé du Canada, 2011). Les efforts faits en ce sens ont certainement remporté un certain succès, puisque la littérature scientifique sur la délinquance chez les femmes est en plein essor (Blanchette et Brown, 2006; Gendreau, Little et Goggin, 1996; Zaplin, 2008). Cependant, ces progrès sont lents à se faire sentir dans la pratique clinique. En particulier, il y a eu beaucoup de débats à propos de la fiabilité que les cliniciens travaillant avec des femmes peuvent accorder aux mesures d'évaluation du risque existantes, manifestement établies en fonction de la population masculine (Garcia-Mansilla, Rosenfeld et Nicholls, 2009). Pourtant, à l'exception de la Liste d'évaluation précoce du risque chez les filles (voir Augimeri, Enebrink, Walsh et Jiang, 2010), les mesures conçues dès le départ pour les évaluations des populations féminines à risque de violence sont inexistantes.

Le manque de pratiques centrées sur les femmes et empiriquement validées pour évaluer et gérer le risque de violence reflète en bonne part le fait largement reconnu que la violence des femmes est un problème beaucoup moins grave que celle des hommes. Comme De Vogel et ses coauteurs le rappellent, l'ensemble des données disponibles confirme amplement cette thèse. Le sexe est vu comme l'un des meilleurs prédicteurs du comportement violent et criminel (Monahan et al., 2001). À l'échelle mondiale, les femmes représentent une faible proportion des personnes qui commettent des actes de violence et se trouvent en nombres sensiblement moindres dans les populations délinquantes et en institution concernées par l'évaluation du risque de violence (p. ex., ~10% des patients hospitalisés pour des mesures légales). La disparité entre les sexes dans les taux d'incarcération est particulièrement marquée pour les crimes violents. Par exemple, au Royaume-Uni, la population carcérale totale comprend 6,1% de femmes, dont 17% ont été incarcérées pour des infractions avec violence (Home Office, 2003); ces proportions sont à peu près les mêmes dans les autres pays occidentaux (Nicholls, Greaves et Moretti, 2008).

La reconnaissance du fait que les hommes sont de loin les principaux auteurs de violence et de délinquance ne permet pas cependant de négliger la pertinence et la nécessité d'une pratique fondée sur des preuves dans l'évaluation du risque de violence chez les femmes. Le nombre de femmes qui font l'objet d'une évaluation du risque de violence n'est pas négligeable, surtout si l'on songe aux diverses populations et aux divers milieux dans lesquels le risque de violence est étudié (prisons, pénitenciers, patients en établissements psychiatriques médico-légaux et civils et établissements communautaires – p. ex., les femmes représentent ~40% des patients dans les établissements psychiatriques civils). Il est largement reconnu que l'évaluation des risques de violence est un aspect bien établi dans les lois en matière de santé mentale et solidement enraciné dans les responsabilités de divers professionnels de la santé mentale et des disciplines apparentées. Invariablement, ces évaluations ont d'importantes ramifications, peu importe le sexe de la personne évaluée (voir Melton, Petrila, Poythress et Slobogin, 2007).

En plus de la vaste demande d'évaluations du risque de violence, les recherches font état, comme les auteurs du FAM le démontrent, d'une hausse constante du nombre de filles et de femmes qui sont accusées et incarcérées pour des actes criminels. Les données disponibles dans le monde indiquent que la croissance du nombre d'individus en prison ou au pénitencier est sensiblement plus forte chez les femmes que chez les hommes (Nicholls et al., 2008). Par exemple, la proportion de femmes canadiennes accusées d'actes criminels est en progression constante depuis trois décennies, passant de 15% en 1979 à 21% en 2009 (Hotton-Mahony, 2011). Ces hausses de la délinquance chez les femmes tendent à être relativement faibles si l'on tient compte de la croissance démographique, mais on observe qu'elles font souvent pendant à des taux décroissants de délinquance chez les hommes (p. ex., Federal Bureau of Investigation [FBI], 2005).

Alors que le nombre de femmes en conflit avec la loi continuait d'augmenter, on a entendu des appels de plus en plus pressants de la part de décideurs (vérificateur général du Canada, 2003) et de chercheurs (Hannah-Moffat, 2004; Webster et Doob, 2004) à éviter ce que d'aucuns voient comme un biais systématique contre les groupes minoritaires (les femmes tout comme les minorités ethniques) dans l'évaluation du risque de violence. Nombreux sont ceux qui réclament depuis des décennies un programme particulier pour les femmes (Carlen, 1985; voir Heilbrun et al., 2008). Comme De Vogel et ses collègues l'illustrent de façon convaincante dans le FAM, il existe vraisemblablement d'importants recouvrements dans les variables qui entrent en jeu dans l'évaluation du risque chez les hommes

et chez les femmes – d'où l'intérêt du FAM comme complément du schéma existant d'évaluation du risque de violence du HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves et Hart, 1997). Toutefois, ils nous rappellent non seulement que les taux de délinquance chez les femmes et chez les hommes diffèrent de façon marquée, mais aussi que, de nombreuses façons, la forme et la fonction de la violence des femmes sont particulières (Nicholls et al., 2008). Cela fait croire que le critère à considérer dans l'évaluation peut différer de façons significatives lorsqu'il s'agit d'évaluer le risque de violence chez les hommes et chez les femmes. En général, les femmes sont arrêtées pour des infractions autres que celles des hommes (détournement, prostitution; FBI, 2005, 2006). En fait, certains crimes sont commis presque uniquement par des femmes (néonaticide) ou des hommes (uxoricide) ou du moins le taux d'infraction est sensiblement différent selon le sexe des contrevenants. Par exemple, les crimes à caractère sexuel (4-5% sont des femmes, Cortoni et Hanson, 2005), la traque furtive (15-20% sont des femmes, Meloy et Boyd, 2003) et le familicide (95% des auteurs sont des hommes, Wilson, Daly et Daniele, 1995) sont principalement commis par un sexe ou par l'autre. D'autres formes de violence se répartissent par contre plus également entre les sexes (p. ex., la violence envers les enfants, la violence conjugale, Archer, 2000; Hamel et Nicholls, 2007). En outre, la violence des femmes est le plus souvent moins chronique et, en moyenne, leurs infractions sont majoritairement mineures comparativement à celles des hommes (Nicholls et al., 2008).

Lorsque les femmes commettent des actes violents, leurs victimes ainsi que les circonstances de leur infraction diffèrent souvent de ce qu'on observe chez les hommes (Hotton-Mahony, 2011; Monahan et al., 2001; Morash, Bynum et Koons, 1998). Toutefois, certaines études récentes indiquent qu'en raison de l'évolution des rôles sociaux et de la socialisation des femmes, ces différences seraient en train de s'atténuer (Weizmann-Henelius, 2006). Contrairement aux hommes, en général les femmes ne commettent pas de crimes en paires ou en groupes et elles sont moins susceptibles d'utiliser des armes, et ces différences se traduisent par des coûts moindres et moins de blessures pour leurs victimes (p. ex., Greenfield et Snell, 1999; Kruttschnitt, Gartner et Ferraro, 2002). Les commentateurs soutiennent également que les motivations derrière le moment choisi et la nature de la délinquance sont souvent différentes chez les femmes et chez les hommes (Zaplin, 2008). Bref, le contexte (Triplet et Myers, 1995) ou la forme des infractions varie selon le sexe de l'auteur et ces écarts se creusent encore davantage à mesure que la gravité de l'infraction augmente (Daly, 1994; Zaplin, 2008).

Comme les auteurs du FAM le rappellent, les hommes et les femmes ont en commun de nombreux facteurs de risque; néanmoins, des différences entre les sexes sont souvent évidentes, ce qui fait croire que ces variables peuvent avoir des portées différentes (Nicholls et al., 2008). Les femmes tendent à avoir des antécédents plus gravement dysfonctionnels, ce qui se reflète dans leurs besoins exceptionnels de services, même en comparaison avec des contrevenants de sexe masculin qui présentent également des taux élevés d'antécédents en milieu défavorisé et de victimisation (p. ex., des taux disproportionnés de violence sexuelle et physique, de maladie mentale, de consommation de drogues, de victimisation à l'âge adulte – voir Abram, Teplin et McClelland, 2003; Browne, Miller et Maguin, 1999; Morash et al., 1998; Teplin, Abram, McClelland, 1996). De nombreux indices militent également en faveur d'une prise en compte de facteurs de risque propres aux femmes qui pourraient avoir une relation causale avec l'adoption par des filles et des femmes de comportements agressifs et antisociaux. La recherche indique que les hommes et les femmes peuvent être amenés devant le système judiciaire par des voies différentes (Holtfreter et Cupp, 2007; Salisbury et Van Voorhis, 2009) ou que le seuil de risque de comportement antisocial peut être franchi plus tôt chez les garçons que chez les filles (Moffitt et Caspi, 2001). Pour ces raisons, des variables additionnelles ou des critères différents pourraient être requis pour structurer des évaluations de violence ainsi que la prévention et la planification des interventions afin d'assurer une récupération réussie chez les femmes. Et enfin, il existe donc une mesure pour appuyer de tels efforts.

Van Voorhis et Presser (2001) ont mené des entrevues avec des représentants des agences correctionnelles de 50 États américains et le Federal Bureau of Prisons (de février à mai 2000). Jusqu'à 92% des répondants ont affirmé que les femmes ont des besoins particuliers qui devraient être pris en compte dans les établissements correctionnels. Pourtant, Hardyman et Van Voorhis (2004) ont montré que de nombreuses agences utilisent toujours des évaluations sans distinction de sexe pour les femmes. L'absence d'un modèle validé d'évaluation sexospécifique du risque a eu des conséquences indéterminées, mais potentiellement considérables sur nos efforts pour prévenir et traiter avec succès la criminalité et la violence chez les femmes. Comme je l'ai souligné plus haut, de nombreux cliniciens, chercheurs et décideurs ont déploré l'absence de services centrés sur les femmes (Pollack, 2005); cependant, des experts rappellent qu'il manque une solide base empirique pour appuyer de nouvelles approches tenant compte du sexe (Heilbrun et al., 2008; Zaplin, 2008; mais voir aussi Van Voorhis,

Salisbury, Wright et Bauman, 2008). Les recommandations prudentes des auteurs dans le FAM, ainsi que son utilisation conjointe avec le HCR-20 qui est prévue, constituent donc une approche mesurée et responsable fort bienvenue pour enrichir le domaine d'un outil d'évaluation sexospécifique du risque.

En dépit de quarante ans de progrès, une limite fondamentale dans le domaine de l'évaluation du risque de violence a été jusqu'ici l'incapacité d'intégrer de façon systématique nos connaissances concernant les trajectoires et les profils particuliers des femmes délinquantes dans la recherche sur l'évaluation et la gestion du risque et la pratique clinique. Il existe également un besoin pressant de vérifier la portée des efforts visant à optimiser l'exactitude des prédictions (c'est-à-dire vérifier si les items de risque propres aux femmes apportent une validité ajoutée aux items de risque reconnus). Le FAM est l'une d'une longue série de contributions exceptionnelles de De Vogel et ses collègues à la Van der Hoeven Kliniek. Ce manuel est une percée importante pour faire avancer les services judiciaires en santé mentale. D'un même coup, il ouvre de nouvelles avenues de recherche, représente une innovation par rapport aux approches d'évaluation existantes et offre de nouvelles pistes à explorer pour améliorer les résultats cliniques chez les femmes à risque.

Tonia L. Nicholls, Ph. D.

University of British Columbia/BC Mental Health and Addiction Services

Janvier 2012

Introduction

Les femmes demeurent une minorité de la population en psychiatrie légale et carcérale, mais à l'échelle mondiale, le nombre de femmes qui commettent des crimes violents est en hausse constante depuis deux décennies, particulièrement chez les jeunes filles. En outre, certains types de violence, comme la violence conjugale et la violence en milieu hospitalier par des patients psychiatriques, sont aussi répandus chez les femmes que chez les hommes (voir *La violence par les femmes*). Il paraît de plus en plus douteux, cependant, que nos connaissances théoriques sur la violence masculine et sur l'évaluation et la gestion du risque de violence chez les hommes soient suffisamment valides et utiles pour les femmes. La recherche a montré que différents facteurs de risque pourraient être plus importants pour les femmes que pour les hommes et que les instruments actuels d'évaluation du risque sont insuffisants pour prédire la violence chez les femmes (voir *Évaluation du risque de violence chez les femmes*). En 2007, il a été proposé à la Van der Hoeven Kliniek de créer un outil sexospécifique d'évaluation du risque. La Van der Hoeven Kliniek est un hôpital psychiatrique médico-légal de 286 lits aux Pays-Bas qui accueille des patients des deux sexes, la plupart souffrant de troubles de la personnalité (pour plus d'information sur cet hôpital, voir Van Binsbergen, Keune, Gerrits et Wiertsema, 2007). La plupart des patients sont admis en vertu d'une ordonnance TBS (mise à disposition), une mesure judiciaire néerlandaise imposant un traitement psychiatrique en milieu hospitalier (pour plus d'information, voir Van Marle, 2002). Les femmes constituent environ 20% des patients, et les hommes et les femmes vivent dans des unités mixtes. Les études antérieures menées dans ce cadre sur la valeur d'un outil d'évaluation du risque de violence largement utilisé dans le monde, *Évaluation du risque de violence-20* (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves et Hart, 1997) et de l'échelle de psychopathie de Hare, version révisée (PCL-R; Hare, 2003), tant chez les femmes que chez les hommes, ont montré que ces deux outils possèdent une bonne validité prédictive pour la violence chez les hommes, mais une valeur prédictive douteuse chez les femmes (De Vogel et De Ruiter, 2005). Ces résultats sont comparables à d'autres, obtenus ailleurs dans le monde (voir Garcia-Mansilla, Rosenfeld et Nicholls, 2009). Vu ces résultats concernant la valeur des outils d'évaluation du risque de violence pour ce qui est des femmes et le besoin exprimé par des professionnels de la santé mentale de connaissances plus pointues pour évaluer ce risque chez les femmes, nous avons décidé de créer un outil d'évaluation du risque comprenant des lignes directrices sexosensibles et de mener par la suite des études pour vérifier les propriétés psychométriques

et la valeur clinique de l'outil. En raison de la très grande similitude des facteurs de risque tant chez les hommes que chez les femmes (voir aussi Guy et Douglas, 2006), nous avons choisi de ne pas créer d'instrument d'évaluation du risque complètement nouveau pour les femmes, mais plutôt d'utiliser le HCR-20 comme point de départ. Le résultat est un manuel qui s'ajoute au HCR-20 pour l'évaluation de risque de violence chez les femmes adultes qui ont eu des comportements violents antérieurement: le *Manuel additionnel pour les femmes (FAM)*.

Dans la première partie, le contexte, la méthode d'évaluation du risque suivant l'approche du *Jugement professionnel structuré (JPS)* est brièvement examiné. Nous ferons ensuite un survol de la littérature scientifique sur la violence chez les femmes, les facteurs de risque et de protection reliés à la violence chez les femmes, l'utilisation d'outils d'évaluation du risque chez les femmes et les traitements sexospécifiques. Le but premier de cette analyse de la documentation scientifique sera de déterminer si un outil d'évaluation du risque spécifique pour les femmes est requis ou souhaitable. La deuxième partie, intitulée *Le FAM*, portera sur l'élaboration et la procédure de codage du FAM ainsi que sur les directives de codage actuelles de facteurs de risque spécifiques pour les femmes et les lignes directrices additionnelles pour les femmes qui viennent s'ajouter aux cinq items historiques du HCR-20.

Première partie – Le contexte

Évaluation du risque selon l'approche JPS

Comme le HCR-20, le FAM fournit des lignes directrices pour l'évaluation du risque de violence selon l'approche du *Jugement professionnel structuré* (JPS). Des chercheurs de l'université Simon Fraser de Vancouver, au Canada, ont conçu le modèle JPS au milieu des années 1990. Leur but était de combler l'écart entre la pratique clinique et les connaissances empiriques en élaborant une ligne directrice pour l'évaluation du risque de violence qui structure le jugement clinique – et augmente ainsi la fidélité et la validité entre évaluateurs – et qui peut être utilisée par des professionnels formés en santé mentale dans leur pratique quotidienne. Dans le modèle JPS, les facteurs de risque sont examinés de façon critique, puis combinés et intégrés de façon à en arriver à une conclusion.

La liste de vérification la mieux connue s'appuyant sur ce modèle est le HCR-20 (Webster et al., 1997) pour l'évaluation du risque de comportement violent. Les recherches dans différents cadres et pays ont montré que le HCR-20 est à la fois fiable et valide (pour un résumé d'ensemble des résultats des recherches, voir Douglas, Guy et Weir, 2006; Douglas et Reeves, 2010). À l'heure actuelle, le HCR-20 est en cours de révision (*Historical, Clinical, Risk Management Version 3*; HCR-20^{v3}; Douglas, Hart, Webster et Belfrage, 2013¹). La version néerlandaise du HCR-20 (Philipse, De Ruiter, Hildebrand et Bouman, 2000) a été adoptée dans plusieurs hôpitaux psychiatriques médicolégaux aux Pays-Bas. Dans l'un d'entre eux, la Van der Hoeven Kliniek, un programme de recherche sur la valeur du modèle JPS en pratique clinique médicolégale a été mené. Les études du programme ont amplement confirmé l'intérêt de la méthode JPS d'évaluation du risque de violence dans la pratique clinique médicolégale aux Pays-Bas (De Vogel, 2005). Chez les hommes, le HCR-20 a démontré une bonne fidélité interévaluateurs et une bonne validité prédictive pour la récidive violente après la remise en liberté de même que pour les incidents de violence durant le traitement, et une capacité prédictive nettement supérieure à celle du jugement clinique non structuré. Chez les femmes, on a pu établir une validité prédictive significative uniquement pour l'appréciation finale du risque et non pour les scores du HCR-20.

1 Le FAM a été conçu comme un manuel additionnel au HCR-20, mais il pourra aussi servir de manuel additionnel au HCR-20^{v3} lorsque cet outil sera officiellement publié. Les lignes directrices du FAM qui s'ajoutent aux items H8, H9 et H10 du HCR-20 ne seront probablement plus nécessaires en utilisation combinée avec le HCR-20^{v3}. Relativement aux nouveaux items du FAM : la *Victimisation après l'enfance* sera vraisemblablement reprise dans l'item proposé du HCR-20^{v3} *Expériences traumatiques*, bien que cet item ne fera probablement pas de distinction entre la victimisation durant l'enfance et la victimisation à l'âge adulte (voir Douglas et al., 2013).

Deux outils de JPS conçus récemment sont mentionnés ici en raison de leur influence sur l'élaboration du FAM: le *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman et De Vries Robbé, 2009, 2012) et l'*Évaluation du risque à court terme et traitabilité* (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls et Middleton, 2004; Webster, Martin, Brink, Nicholls et Desmarais, 2009). Le SAPROF est un outil créé récemment pour évaluer les facteurs de protection et doit être utilisé conjointement avec les instruments JPS d'évaluation du risque comme le HCR-20. Cet outil est employé à la Van der Hoeven Kliniek depuis 2007 et jusqu'ici les résultats sont bons pour ce qui est de la fidélité interévaluateurs et de la validité prédictive (voir De Vries Robbé et De Vogel, 2011; De Vries Robbé, De Vogel et De Spa, 2011). Le START est un instrument d'évaluation à court terme des risques et de la traitabilité qui est entièrement dynamique. Dans le START sont évalués non seulement les risques de violence envers les autres, mais aussi d'autres risques particuliers comme le risque d'autoagression, de suicide, d'absence sans autorisation, de toxicomanie, de négligence de soi et de victimisation.

La violence par les femmes

Prévalence de la violence

Les femmes commettent moins d'infractions avec violence que les hommes, et la masculinité est l'un des meilleurs prédicteurs de comportement violent et criminel (Archer et McDaniel, 1995; Monahan et al., 2001). Bien que les femmes constituent une minorité dans le système carcéral et en psychiatrie légale, il semble que les comportements violents chez les filles et les femmes soient en hausse (Batchelor, 2005; Blackburn et Trulson, 2010; Heilbrun et al., 2008; Meichenbaum, 2006; Odgers, Moretti et Reppucci, 2005; Pollock et Davis, 2005; Weizmann-Henelius, Viemerö et Eronen, 2004). Une étude néerlandaise publiée récemment sur la délinquance juvénile entre 1996 et 2007 a montré que, même si la proportion des délinquants mâles demeure nettement plus importante que celle des délinquantes, les taux d'infractions pour les filles et les femmes ont augmenté davantage (Van der Laan, Blom, Tollenaar et Kea, 2010). Entre 2002 et 2007, les taux d'infractions (condamnations) ont augmenté de 33% chez les filles âgées de 12 à 17 ans et de 48% chez les femmes âgées de 18 à 24 ans (chez les garçons/hommes, les augmentations ont été respectivement de 19% et 20%). Ces données englobent toutes les formes d'infractions; cependant, les infractions avec violence ont augmenté de façon particulièrement marquée (voir aussi Chesney-Lind et Pasko, 2004). Une explication possible de la hausse des infractions avec violence commises par des femmes est l'émancipation: les

filles rattrapent les garçons. Soulignons par ailleurs que des changements de politiques, les efforts des corps de police ou une évolution de la tolérance sociale des comportements des filles et des femmes pourraient fausser les données sur la violence accrue chez les femmes (Hawkins, Graham, Williams et Zahn, 2009; Willison et Lutter, 2009). D'un autre côté, il demeure vrai qu'en général, on a tendance à traiter les délinquantes avec plus d'indulgence que les délinquants, particulièrement en ce qui a trait aux arrestations et aux peines (p. ex., voir Jeffries, Fletcher et Newbold, 2003).

Nature de la violence

Les recherches ont montré qu'en général, pour ce qui est de la nature, la gravité, la fréquence et les caractéristiques des victimes, les infractions avec violence commises par des femmes diffèrent sensiblement des infractions commises par des hommes. Dans l'ensemble, la violence des femmes cause moins souvent des blessures graves et elle est moins visible et plus subtile, se manifestant plus souvent sous forme de violence relationnelle ou de violence envers les enfants ou envers les membres de la famille (Monahan et al., 2001; Nicholls, 2001; Robbins, Monahan et Silver, 2003). Les victimes les plus fréquentes de la violence des femmes adultes sont les conjoints ou les enfants; chez les filles, ce sont les frères et sœurs et les pairs (Batchelor, 2005). La violence des femmes est plus réactive, indirecte, moins instrumentale que chez les hommes et survient le plus souvent dans le contexte des rapports sociaux (Crick et Grotpeter, 1995; Monahan et al., 2001; Nicholls, 2001; Odgers et al., 2005; Robbins et al., 2003). Plusieurs explications de cette réalité sont étudiées dans la littérature scientifique (voir pour un survol assez exhaustif Bennett, Farrington et Huesman, 2005). Une explication souvent évoquée est la méthode différente de socialisation, les garçons étant encouragés à s'affirmer alors que les filles sont encouragées à se lier aux autres (voir par exemple Brownie, 2007). À l'âge adulte, les femmes sont plus susceptibles de se décrire en fonction de leurs rapports avec les autres qu'en parlant de leurs caractéristiques personnelles (Cross et Madson, 1997).

En outre, les femmes semblent avoir des mobiles différents pour commettre des infractions avec violence: la violence chez les femmes est plus souvent réactive et relationnelle et moins souvent caractérisée comme étant instrumentale (Crick et Grotpeter, 1995; Monahan et al., 2001; Nicholls, 2001; Odgers et al., 2005; Robbins et al., 2003). Les mobiles évoqués des actes de violence commis par des femmes sont, par exemple, la jalousie, l'autodéfense et le manque de respect de la part d'un autre (Kruttschnitt et Carbone-Lopez, 2006). Les femmes, comparativement aux hommes, sont plus susceptibles d'utiliser des couteaux

ou des «personnelles» comme les mains et les dents lorsqu'elles commettent des actes de violence (Koons-Wit et Schram, 2003). Les mobiles des infractions commises par des filles se trouvent plus souvent dans la sphère sociale ou dans les rapports avec les autres (vengeance, jalousie et ragots) que chez les garçons. Dans une récente étude américaine portant sur les explications des infractions avec violence commises par des filles, suivant la perception des agents de probation, les trois explications les plus souvent citées étaient: 1) une réaction émotionnelle; 2) la violence relationnelle; et 3) des antécédents de maltraitance (Fusco, 2011). Ces trois explications n'ont pas été mentionnées une seule fois par les garçons. Chez ces derniers, les trois explications les plus souvent données pour des infractions avec violence étaient: 1) l'ego; 2) la pression des pairs; et 3) la survie.

En général, donc, la violence des femmes n'est pas de la même nature que celle des hommes. La recherche a toutefois montré qu'il existe un sous-groupe de filles/jeunes femmes qui semblent manifester des formes plus «» de violence. Dans ce sous-groupe, l'agression instrumentale, l'hostilité, les vols qualifiés et l'appartenance à un gang criminel sont plus prévalents (Babcock, Miller et Siard, 2003; Batchelor, 2005; Bottos, 2007; MacKenzie et Johnson, 2003).

Quatre types particuliers de violence commise par des femmes sont étudiés plus en détail ci-dessous.

1. Violence conjugale

La violence conjugale est la forme la plus étudiée de la violence commise par des femmes. Les recherches montrent que le taux de prévalence de la violence conjugale commise par des femmes est comparable sinon supérieur au taux chez les hommes (Adams, 2002; Magdol et al., 1997; Straus, 2007). Toutefois, la violence des femmes dans les rapports intimes est moins susceptible de mener à des blessures graves (Archer, 2000; Meichenbaum, 2006). Certains chercheurs soutiennent que la violence des femmes envers un conjoint est presque toujours une réaction à la violence antérieure de celui-ci (Allen, Swan et Raghavan, 2009; Swan et Snow, 2006). D'autres, par contre, ont trouvé peu de différences entre hommes et femmes quant à la prévalence et aux mobiles de la violence conjugale (Archer, 2000; Carney, Buttell et Dutton, 2007; McFarlane, Willson, Malecha et Lemmey, 2000).

2. Violence sexuelle

La littérature scientifique sur la violence sexuelle des femmes est relativement rare. Les recherches ont montré que les femmes ne forment qu'une faible proportion de la population totale des délinquants sexuels (entre 4-5%; Cortoni, Hanson et Coache, 2010; Gannon et Cortoni, 2010; Logan, 2008). On peut toutefois se demander si les données officielles n'auraient pas tendance à sous-estimer la prévalence réelle. La violence sexuelle exercée par une femme est en général moins visible, survenant par exemple dans un contexte de soins ou encore il s'agira d'une enseignante qui a des rapports sexuels avec un étudiant (voir Wijkman, Bijleveld et Hendriks, 2010). Dans une vaste méta-analyse internationale sur les récidives des délinquantes sexuelles (N = 2490), Cortoni et ses collègues (2010) ont montré que seulement 1 à 3% des femmes ont été condamnées plus d'une fois pour une infraction sexuelle, 4 à 8% pour un crime violent non sexuel et 19 à 24% pour une infraction quelconque. La majorité des délinquantes sexuelles commettent des agressions sexuelles envers de jeunes personnes (Logan, 2008; Wijkman et al., 2010). Les délinquantes sexuelles, comparativement aux délinquants sexuels, sont plus susceptibles de se trouver dans une relation d'aide avec la victime et moins susceptibles de s'en prendre à des étrangers (Rudin, Zalewski et Bodmer-Turner, 1995; Tsopelas, Spyridoula et Athanasios, 2011). Enfin, on sait que, lorsque des femmes commettent des infractions sexuelles, cela se produit assez souvent avec la complicité d'un homme (Beech, Parrett, Ward et Fisher, 2009; Wijkman et al., 2010).

3. Incendie criminel

Comparativement aux hommes, les femmes sont plus susceptibles d'être accusées ou condamnées pour incendie criminel et d'avoir des antécédents de pyromanie (Coid, Kahtan, Gault et Jarman, 2000). À la suite d'une analyse de la littérature scientifique, Gannon (2010) a conclu que jusqu'ici, les recherches indiquent que les femmes incendiaires diffèrent de trois façons des hommes incendiaires: 1) la pathologie (souvent une dépression, et absence de fétichisme sexuel associé au feu), 2) la motivation (plus grande prévalence d'un besoin d'attirer l'attention/d'appeler à l'aide) et 3) des problèmes durant l'enfance (plus forte prévalence de violence sexuelle).

4. Violence en milieu hospitalier

En ce qui a trait à la violence en milieu hospitalier, il a été démontré à de nombreuses reprises que les patientes psychiatriques causent autant d'incidents violents que les patients psychiatriques de sexe masculin (De Vogel et De Ruiter, 2005; Lam, McNeil et Binder, 2000; Newhill, Mulvey et Lidz, 1995; Nicholls et al., 2009; Tardiff et al., 1997). Toutefois, il a aussi été établi que les incidents violents causés par des patientes psychiatriques sont moins susceptibles d'entraîner des blessures graves que les incidents violents causés par des patients de sexe masculin (Krakowski et Czobor, 2004).

Évaluation du risque de violence chez les femmes

La recherche montre que le jugement clinique non structuré portant sur le risque de violence est sujet à des biais reposant sur le sexe. Les professionnels de la santé mentale des deux sexes tendent à sous-estimer le risque de violence chez les patientes psychiatriques (Skeem et al., 2005). Le recours à des instruments d'évaluation structurée du risque est recommandé pour éviter ces genres de biais (Borum, 1996). Toutefois, des instruments d'évaluation structurée du risque largement utilisés comme le HCR-20 sont conçus à partir d'études sur le risque de violence menées principalement dans des échantillons masculins. Qui plus est, les études sur les propriétés psychométriques de ces instruments ont été menées presque exclusivement dans des populations masculines. Selon certains chercheurs, rien ne permet de présumer que les instruments basés sur les hommes ne sont pas pertinents pour les femmes, étant donné que la plupart des facteurs de risque sont considérés comme valides pour les deux sexes (Loucks et Zamble, 1999; Newhill et al., 1995) – ce qu'on qualifie aussi de perspective «distinction de sexe» (Garcia-Mansilla et al., 2009). Toutefois, bien peu de preuves empiriques confirment un tel point de vue (Odgers et al., 2005). Les résultats d'études récentes et des analyses des facteurs de risque et de l'évaluation du risque chez les femmes délinquantes indiquent que, même si de nombreux facteurs de risque de violence semblent s'appliquer aux deux sexes, l'évaluation et la formulation du risque de violence diffèrent au moins jusqu'à un certain degré entre hommes et femmes et que, par conséquent, il existe un besoin d'une évaluation du risque plus sexospécifique (De Vogel et De Ruiter, 2005; Funk, 1999; Garcia-Mansilla et al., 2009; Logan, 2003; Logan et Blackburn, 2009; McKeown, 2010; Odgers et al., 2005; Penney et Lee, 2010; Rossegger et al., 2009; Salisbury, Van Voorhis et Spiropoulos, 2009; Schaap et al., 2009; Van Voorhis, Wright, Salisbury et Bauman, 2010; Vitale et Newman, 2001; Warren et al., 2005; Willison et Lutter, 2009). Il a été établi que certains facteurs de risque ont un effet

plus marqué chez les femmes que chez les hommes, comme la violence envers les enfants, la victimisation à l'âge adulte, les ruptures amoureuses ou la séparation des familles et les difficultés financières (Benda, 2005; Bottos, 2007; Funk, 1999; Odgers et al., 2005; Widom et Maxfield, 2001). Il est possible de faire une distinction entre les facteurs auxquels les femmes sont exposées plus souvent (p. ex., la victimisation sexuelle) et les facteurs auxquels les femmes sont plus sensibles, c'est-à-dire ces facteurs qui ont un effet sur les comportements violents ou criminels ultérieurs plus prononcés chez les femmes que chez les hommes (p. ex., les ruptures amoureuses). À l'inverse, certains facteurs de risque ont un effet plus prononcé chez les hommes que chez les femmes, par exemple la présence de symptômes du «d'être menacé et contrôlé» (Teasdale, Silver et Monahan, 2006)². Récemment, Willison et Lutter (2009) ont analysé la littérature scientifique et conclu que, même si bon nombre des facteurs de risque de délinquance avec violence chez les hommes valent également pour les femmes, les voies par lesquelles les deux sexes en viennent à la violence divergent énormément. Il a été suggéré que l'interaction entre les facteurs de risque, les mécanismes de causalité et la manifestation de violence ne correspondent pas aux modèles généraux conçus pour les hommes délinquants (p. ex., Heilbrun et al., 2008).

Utilisation des outils d'évaluation du risque chez les femmes

HCR-20

Plusieurs études ont été menées sur les scores du HCR-20 dans des échantillons de femmes. Guy et Douglas (2006) ont examiné un vaste ensemble de données du HCR-20 tirées d'échantillons regroupés selon la *Théorie de réponse à l'item* et n'ont trouvé aucune différence majeure entre hommes et femmes quant à la façon dont les items se rattachent au construit. Strand et Belfrage (2001) ont comparé les scores du HCR-20 de patients en psychiatrie légale des deux sexes et n'ont trouvé aucune différence significative dans les scores de sous-échelle moyens et les scores totaux. Dans une étude néerlandaise menée à la Van der Hoeven Kliniek, le HCR-20 a été étudié dans un groupe de femmes et un groupe apparié d'hommes (De Vogel et De Ruiter, 2005). Aucune différence significative n'a été trouvée entre hommes et femmes quant aux scores de sous-échelle moyens et totaux. On a cependant observé des différences significatives dans certains items individuels: les femmes obtenaient des scores plus élevés dans *Relations instables* et *Impulsivité* et des scores plus faibles dans *Jeune âge au premier incident avec violence*, *Psychopathie* et *Attitudes négatives*.

2 En anglais, «control-override», ou TOC.

En outre, plusieurs études ont été menées dans lesquelles la validité prédictive du HCR-20 était aussi examinée. Nicholls et ses collègues (2004) ont examiné le HCR-20 auprès de patients psychiatriques civils des deux sexes et trouvé une bonne validité prédictive pour la violence en milieu hospitalier tant des hommes que des femmes. Quant à la violence dans la communauté, ils ont trouvé des degrés modestes d'exactitude prédictive pour «violence» chez les deux sexes. L'exactitude prédictive pour la «physique» dans la communauté était significative chez les hommes, mais non chez les femmes, sauf dans la sous-échelle *Historique*. De Vogel et De Ruiter (2005) ont examiné le HCR-20 dans un groupe de patientes en psychiatrie légale et un groupe apparié de patients masculins. Chez les hommes, le score total au HCR-20 montrait une validité prédictive allant de bonne à excellente pour les issues violentes. Chez les femmes, seul le jugement final sur le risque du HCR-20, mais non le score total, montrait une importante validité prédictive pour les issues violentes. Ainsi, alors qu'une simple addition des facteurs de risque individuels du HCR-20 ne permettait pas de prédire le risque de violence chez les patientes, la méthode JPS basée sur le HCR-20 semblait donner de meilleurs résultats. On en est récemment arrivé à une conclusion semblable pour le START (Petersen, Douglas et Nicholls, 2011). Schaap et ses collègues (2009) ont examiné la validité prédictive du HCR-20 chez des patientes de deux hôpitaux psychiatriques médico-légaux aux Pays-Bas³ et n'ont trouvé aucune exactitude prédictive significative pour les scores du HCR-20 relativement aux manifestations violentes. Les résultats ont été les mêmes dans un groupe de femmes incarcérées (Warren et al., 2005) et dans un groupe de femmes hospitalisées en psychiatrie pour une courte période de temps (Strub, 2010).

En conclusion, les résultats sont équivoques et l'exactitude prédictive des items du HCR-20 dans des échantillons de femmes n'a pas été démontrée de façon probante. Les auteurs de deux analyses récentes de l'évaluation du risque de violence chez les femmes en sont arrivés à une conclusion semblable. Garcia-Mansilla et ses collègues (2009) ont analysé la littérature scientifique sur les différentes méthodes d'évaluation du risque de violence dans diverses populations de femmes. Ils ont conclu que les méthodes structurées d'évaluation du risque sont plus exactes que les méthodes non structurées, mais que dans l'ensemble, les résultats des recherches soutenant l'applicabilité des instruments d'évaluation du risque de violence dans les populations de femmes demeurent équivoques. McKeown (2010) a effectué une analyse de la littérature scientifique

3 Les codages de 15 femmes de l'étude de De Vogel et De Ruiter (2005) ont été inclus dans cette étude.

sur l'évaluation du risque de violence avec le HCR-20 chez les femmes et conclu que, pour le moment, la recherche vient appuyer l'utilisation du HCR-20 dans des populations de femmes, mais que d'autres études sont nécessaires et qu'il serait souhaitable de mettre un accent particulier sur des facteurs de risque additionnels qui pourraient mieux baliser l'évaluation du risque de violence chez les femmes.

PCL-R

Un certain nombre d'analyses ont été publiées sur l'utilisation de l'échelle de psychopathie de Hare, version révisée (PCL-R; Hare, 2003) dans des échantillons féminins (Logan, 2009; Nicholls, Ogloff, Brink et Spidel, 2005; Vitale et Newman, 2001). Bien que la PCL-R ne soit pas un instrument d'évaluation du risque, la psychopathie est un important facteur de risque et elle est souvent incorporée dans les instruments d'évaluation du risque comme le HCR-20. Il est permis de conclure, à la lumière des analyses de la documentation scientifique, qu'il existe de nombreuses preuves de l'importance de la psychopathie comme facteur de risque de violence chez les femmes, mais que son effet n'est pas aussi notable que chez les hommes. En général, on a observé une prévalence de la psychopathie plus faible chez les femmes que chez les hommes, de même que des scores moins élevés à la PCL-R. La fiabilité de la PCL-R chez les femmes est plutôt bien établie, mais sa validité prédictive demeure incertaine. Dans l'ensemble, les résultats jusqu'ici ne sont pas suffisamment probants pour autoriser des conclusions sur l'applicabilité de la structure de la PCL-R dans les deux sexes (Logan, 2009; Nicholls et al. 2005; Vitale et Newman, 2001). Certains items de la PCL-R peuvent ne pas évaluer correctement la psychopathie telle qu'elle s'exprime chez les femmes (Forouzan et Cooke, 2005; Weizmann-Henelius et al., 2010) et il pourrait être utile de formuler les items différemment pour les femmes. Il pourrait être également utile d'abaisser le score-seuil de la PCL-R pour les femmes (voir Logan, 2009). Une mesure qui serait mieux adaptée à l'évaluation de la psychopathie chez les femmes et les filles pourrait s'avérer précieuse en pratique médico-légale. Idéalement, la PCL-R sera ajustée en vue d'une utilisation dans des populations féminines.

INS

Quelques études ont été menées sur la validité prédictive des outils actuariels d'évaluation du risque comme l'*Inventaire du niveau de service* (INS; Andrews et Bonta, 2000) ou des versions pour jeunes de l'INS. L'INS n'est pas conçu spécifiquement pour évaluer le risque de violence, mais plutôt la récidive en

général, et la plupart des études ont été menées avec des personnes qui ont commis des infractions principalement contre les biens ou liées à la drogue. Un groupe de chercheurs américains travaille depuis 1999 à élaborer une méthode plus sexospécifique pour prédire la récidive en général (voir par exemple Salisbury et al., 2009; Van Voorhis et al., 2010). Ils ont adapté l'INS en vue d'une utilisation chez les femmes, estimant qu'il serait plus efficace d'ajuster un outil existant que de créer un instrument complètement nouveau (Van Voorhis et al., 2010). Les résultats de cet INS adapté pour les femmes montrent que les facteurs tant sexospécifiques que non différenciés étaient prédictifs d'inconduite en prison et de récidive en général après la remise en liberté (Salisbury et al., 2009; Van Voorhis et al., 2010). D'autres études ont montré que l'INS permet de prédire la récidive en général aussi bien dans des échantillons masculins que dans des échantillons féminins, bien qu'on ait découvert des cas de classification erronée touchant les infractions avec violence (Reisig, Holtfreter et Morash, 2006; Schwalbe, 2008).

Outils d'évaluation du risque de violence conjugale

Plusieurs instruments d'évaluation du risque ont été conçus pour la violence conjugale, par exemple le *Guide d'évaluation du risque de violence conjugale* (SARA; Kropp, Hart, Webster et Eaves, 1999) et le *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk* (B-SAFER; Kropp, Hart et Belfrage, 2005). Bien que, selon leurs manuels respectifs, ces instruments puissent être utilisés pour les deux sexes, les mises en garde faites au sujet d'autres outils d'évaluation du risque s'appliquent également au SARA et au B-SAFER: les items s'appuient principalement sur des études menées dans des populations masculines et il existe peu de recherche sur la valeur de ces types d'instruments pour les femmes délinquantes. Les descriptions des items sont en général faites dans la perspective d'un auteur masculin et d'une victime féminine. Autant que nous sachions, il n'existe pas d'outil spécifique pour évaluer le risque de violence conjugale perpétrée par les femmes.

Facteurs de protection chez les femmes

Les évaluations sexospécifiques ne devraient pas tenir compte uniquement des facteurs de risque, mais évaluer également les forces et les signes d'adaptation (Meichenbaum, 2006). Il a été suggéré que chaque sexe réagit différemment aux facteurs de protection (Rumgay, 2004). Par exemple, Hawkins et ses collègues (2009) ont montré que les liens familiaux étroits et la religiosité apportaient une importante protection aux filles, mais non aux garçons. Les rapports sociaux

positifs ont également un plus grand effet protecteur pour les adolescentes que pour les garçons (Hart, O'Outile, Price-Sharps et Shaffer, 2007). Borowsky et ses collègues (1997) ont montré que la performance scolaire, dans une population non clinique d'étudiants, constituait un facteur de protection contre les comportements sexuels violents, particulièrement chez les adolescentes. Une étude néerlandaise sur les différences entre les sexes dans l'évaluation du risque utilisant *L'évaluation structurée du risque de violence chez les jeunes* (SAVRY; Borum, Bartel et Forth, 2006) et menée auprès de filles et garçons adolescents a montré que les scores pour le facteur de protection *Attitude positive envers les interventions et l'autorité* étaient nettement plus élevés chez les filles que chez les garçons (Lodewijks, De Ruiter et Doreleijers, 2008). Le score total pour les six facteurs de protection était un important prédicteur de non-récidive tant pour les filles que pour les garçons.

Chez les femmes adultes, il est établi que la satisfaction matrimoniale, l'emploi et une saine gestion financière réduisent le risque de récidive (Holtfreter et Cupp, 2007). Un facteur de protection pour les femmes adultes souvent mentionné dans la littérature scientifique est le dévouement à l'égard de leurs enfants⁴; ce facteur pourrait représenter une incitation importante pour suivre un traitement (Benda, 2005; Kreager, Matsueda et Erosheva, 2010; Simmons, Lehmann et Dia, 2010; Willison et Lutter, 2009), bien que la responsabilité des soins des enfants puisse aussi constituer un facteur de risque additionnel (voir p. 81 du FAM, item R6 *Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant*). Une étude sexospécifique portant sur le risque et les facteurs de protection chez des femmes en prison aux États-Unis a pu montrer que la confiance en soi, le soutien de la famille et du conjoint, une bonne situation financière et l'éducation étaient des facteurs de protection contre la récidive en général (Van Voorhis et al., 2008; 2010). Une étude sur le transfert intergénérationnel du risque a montré que les enfants de mères plus scolarisées avaient moins de comportements antisociaux (Serbin et al., 1998). Dans une étude prospective en cours à la Van der Hoeven Kliniek, on a montré que la validité prédictive du SAPROF pour l'abstention de la violence durant le traitement était bonne à la fois pour les hommes et les femmes. On a toutefois relevé des différences quant aux facteurs qui étaient les plus utiles. Chez les hommes, les items Autocontrôle et Attitudes envers l'autorité étaient les meilleurs prédicteurs d'absence d'incidents violents durant le traitement. Chez les femmes, les items Adaptation et Intelligence étaient les meilleurs facteurs de prédiction (De Vries Robbé et De Vogel, 2011). Concernant le START, il a été

4 Évidemment, cela peut aussi être un facteur de protection pour les hommes, mais on juge en général que l'impact est plus grand chez les femmes.

montré que les patientes en psychiatrie légale qui ont réussi un retour dans la communauté avaient des scores de forces significativement plus élevés au START que les femmes qui étaient toujours en rétablissement (Viljoen, Nicholls, Greaves, De Ruiter et Brink, 2011).

Traitement sexospécifique

Au cours des dix dernières années, plusieurs auteurs ont reconnu certains besoins de traitements spécifiques pour les femmes délinquantes, souvent appelés «sensibles au sexe» ou sexospécifiques (p. ex., Blanchette et Brown, 2006; Bloom, Owen et Convington, 2003; Bottos, 2007; Heilbrun et al., 2008; McClellan, Farabee et Crouch, 1997; Morgan et Patton, 2002). En général, ces modèles de traitement mettent l'accent sur l'importance d'utiliser une évaluation du risque sexospécifique et d'aborder des questions comme les événements traumatisants, la violence (sexuelle) et le rôle des rapports sociaux ainsi que les ruptures de ces rapports au cours du traitement. Une notion centrale dans les programmes de traitement pour les femmes en Amérique du Nord est celle de l'autonomisation, c'est-à-dire l'augmentation de l'estime de soi et du contrôle intériorisé chez les femmes (Salisbury et al., 2009). Selon certains, la pratique de la gestion du risque de violence chez les femmes devrait tenir compte des niveaux élevés de comorbidité psychiatrique observés, particulièrement la comorbidité dans des axes I/II (Logan et Blackburn, 2009). Lewis (2006) recommande un modèle de traitement pour les femmes incarcérées qui reconnaît les différences entre les sexes, mais aussi les enjeux liés au sexe – autrement dit, reconnaît que le travail auprès des délinquantes est, à certains égards, plus difficile que le travail auprès des délinquants masculins. Foley (2008) a analysé douze programmes sexospécifiques pour les filles délinquantes et conclu que la plupart de ces programmes n'incorporaient pas suffisamment les théories pertinentes et les risques et facteurs de protection sexospécifiques dans leur cursus. Dowden et Andrews (1999) ont mené une méta-analyse de la valeur du modèle Risque Besoin Réceptivité (Andrews et Bonta, 1998, 2010) spécifiquement pour les femmes délinquantes et conclu qu'il existe suffisamment de validation empirique de ce modèle tant pour les hommes que pour les femmes. Hubbard et Matthews (2008) ont étudié la littérature scientifique sur «ce qui fonctionne» (voir par exemple Latessa, Cullen et Gendreau, 2002) et sur le «sexospécifique» (voir par exemple Chesney-Lind et Pasko, 2004) et conclu que ces approches sont plus complémentaires que rivales et qu'ensemble, elles constituent un excellent plan directeur pour travailler de façon efficace auprès des femmes.

Le besoin d'un outil sexospécifique

Une récente méta-analyse portant sur la validité prédictive des instruments d'évaluation du risque a montré que les outils conçus pour un groupe cible particulier ont une meilleure valeur prédictive que les outils généraux (Singh, Grann et Fazel, 2011). Les auteurs recommandent par conséquent que soient élaborés des outils pour des populations spécifiques ou des types spécifiques d'infractions. Malgré les nombreux progrès importants dans le domaine de l'évaluation du risque de violence des trente dernières années, et le fait que de nombreux outils d'évaluation du risque soient devenus disponibles pour des populations de différents âges et pour différents types de violence, pratiquement aucun outil «écifque» n'avait encore été conçu pour évaluer le risque de comportement antisocial ou violent chez les femmes délinquantes. Une exception serait la Liste d'évaluation précoce des risques pour les filles (EARL-21G; Levene et al., 2001) pour les filles âgées de six à douze ans. Outre les facteurs de risque valides pour les garçons comme pour les filles, cet instrument contient deux items spécifiques pour les filles: Interaction entre la fille et ses parents/tuteurs et Développement sexuel. On a pu montrer des résultats positifs quant à fiabilité, la validité prédictive et l'applicabilité clinique du EARL-21G (Augimeri, Enebrink, Walsh et Jiang, 2010). Toutefois, il n'existe pas d'instrument semblable pour évaluer le risque de violence chez les adolescentes ou les femmes adultes.

Des connaissances additionnelles sur les facteurs de risque de violence chez les délinquantes de même que des stratégies sexospécifiques d'évaluation et de gestion du risque sont nécessaires pour prévenir les récidives de violence chez les femmes. De nombreux professionnels de la santé mentale qui travaillent quotidiennement avec des femmes reconnaissent ces différences et ont réclamé une évaluation plus sexospécifique des facteurs explicatifs du risque de violence chez les délinquantes et pertinents pour la gestion du risque (Adams, 2002; Odgers et al., 2005). Adams (2002) a étudié les attitudes de professionnels œuvrant dans le domaine de la violence familiale et conclu que de nombreux professionnels soulignent un manque de lignes directrices appropriées pour les aider à évaluer les femmes violentes et un besoin de formation additionnelle dans ce domaine. De meilleures évaluations et gestions du risque chez les femmes sont également importantes du point de vue de la santé mentale publique, puisque la recherche a démontré un transfert intergénérationnel du risque de violence entre les mères et les enfants; les mères ayant des antécédents d'infractions avec violence sont plus susceptibles d'élever des enfants perturbateurs et agressifs (Kim et al., 2009; Meichenbaum, 2006; Motz, 2001; Serbin et al., 1998).

En conclusion, les comportements violents chez les femmes constituent un problème qu'on ne peut ignorer et il est permis de douter que la compréhension théorique actuelle de la violence, du risque de violence ainsi que de la prévention et du traitement de la violence chez les hommes soit suffisamment valide et applicable aux femmes. Dans la partie suivante, des lignes directrices sexospécifiques pour l'évaluation du risque de violence sont indiquées.

Deuxième partie – Le FAM

Dans le FAM, des lignes directrices additionnelles pour les femmes ont été formulées pour cinq items historiques du HCR-20 et neuf facteurs de risque spécifiques pour les femmes ont été incorporés. Le tableau 1 présente les items du HCR-20 et du FAM (voir aussi les annexes 1 et 2). En outre, trois nouveaux aspects de codage ont été intégrés dans le FAM, basés sur les expériences cliniques avec le HCR-20, le SAPROF et le START: 1) notation des items critiques; 2) notation du jugement final sur une échelle de cinq points plutôt que trois; et 3) codage des notations des risques additionnels.

Tableau 1. Items du HCR-20 et du FAM

HCR-20		FAM
Items historiques		Items historiques
H1	Violence antérieure	
H2	Jeune âge au premier incident violent	
H3	Relations instables	
H4	Problèmes d'emploi	
H5	Problèmes de toxicomanie	<i>Lignes directrices additionnelles pour les femmes aux items suivants du HCR-20</i>
H6	Maladie mentale majeure	H6 Maladie mentale majeure
H7	Psychopathie	H7 Psychopathie
H8	Inadaptation précoce	H8 Inadaptation précoce
		H8a Circonstances difficiles à l'enfance
		H8b Comportement difficile à l'enfance
H9	Trouble de la personnalité	H9 Trouble de la personnalité
H10	Échec d'une supervision antérieure	H10 Échec d'une supervision antérieure
		<i>Facteurs de risque spécifiques aux femmes</i>
		H11 Prostitution
		H12 Difficultés de parentage
		H13 Grossesse précoce
		H14 Suicidalité/autoagression
		H15 Victimisation après l'enfance

HCR-20		FAM	
Items cliniques		Items cliniques	
C1	Introspection déficiente		
C2	Attitudes négatives		
C3	Symptômes actifs de maladie mentale majeure		
C4	Impulsivité		
C5	Réfractaire au traitement		<i>Facteurs de risque spécifiques aux femmes</i>
		C6	Comportement caché/ manipulateur
		C7	Faible estime de soi
Items de gestion du risque		Items de gestion du risque	
R1	Plans manquant de réalisme		
R2	Exposition à des facteurs déstabilisants		
R3	Manque de soutien personnel		
R4	Non-respect des mesures correctives		
R5	Stress		<i>Facteurs de risque spécifiques aux femmes</i>
		R6	Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant
		R7	Relation intime malsaine
Évaluation finale du risque		Évaluation finale du risque	
Violence envers les autres		Violence envers les autres	
		Évaluations additionnelles du risque (stade expérimental)	
		Comportement autodestructeur	
		Victimisation	
		Comportement criminel non violent	

Note : Les items du HCR-20 sont reproduits avec l'autorisation des auteurs (voir Webster et al., 1997).

Élaboration

Le FAM a été élaboré en s'appuyant sur :

1. L'analyse de la littérature scientifique.
2. L'expertise clinique :
 - a. Les « autres facteurs » les plus souvent codés dans le HCR- 20 pour les patientes en psychiatrie légale;
 - b. Des entrevues semi-structurées avec des professionnels de la santé mentale de différentes disciplines;
 - c. Des expériences avec la procédure de codage d'autres outils d'évaluation (SAPROF, START).
3. Une étude pilote sur la fidélité interévaluateurs et la sexospécificité du FAM : *Version de recherche*.

Analyse de la littérature scientifique

L'élaboration du FAM a commencé en 2007. En premier lieu, une analyse de la littérature scientifique sur la violence et les facteurs de risque de violence chez les femmes a été effectuée (Van Kalmthout et Place, 2007). Plus précisément, une recherche a été menée sur l'applicabilité des items du HCR-20 dans les populations de femmes. Cette recherche a confirmé la pertinence de la plupart des items historiques du HCR-20, quoique des différences touchant l'interprétation et la portée de certains items pour les femmes aient été relevées. On a trouvé très peu d'études empiriques sur les items dynamiques du HCR-20 menées dans des échantillons de femmes, et donc aucune validation empirique directe de la validité des items dynamiques du HCR-20 chez les femmes. En outre, on a effectué une recherche d'études empiriques sur les facteurs de risque sexospécifiques qui ne sont pas suffisamment pris en compte par les items du HCR-20. Dans l'ensemble, l'analyse de la documentation scientifique a mené à des suggestions de lignes directrices additionnelles à plusieurs items historiques et d'inclusion de facteurs de risque sexospécifiques comme des antécédents de prostitution, de grossesse précoce et d'autoagression ou de suicidalité (Blanchette et Brown, 2006; Messer et al., 2004; Morgan et Patton, 2002).

Expertise clinique

Dans une étude antérieure, les auteurs ont demandé expressément à des professionnels de la santé mentale œuvrant en psychiatrie légale de prendre en considération les facteurs de risque spécifiques d'un cas qui s'écartent des descriptions des items du HCR-20 (voir De Vogel et De Ruiter, 2005). Les trois autres facteurs les plus fréquemment codés pour les femmes étaient : 1) (antécédents de) mauvais choix de partenaire; 2) problèmes dans la responsabilité des enfants, et stress relié; et 3) prostitution, et particulièrement la vulnérabilité et le mode de vie mésadapté qui l'accompagnent. Ensuite, des entrevues semi-structurées avec des professionnels de la santé mentale de différentes disciplines ont été menées, lesquelles ont mis à jour d'autres nouveaux facteurs de risque spécifiques aux femmes, notamment la dissimulation (p. ex., cacher la vérité, incitation) ainsi qu'une manière manipulatrice de vivre sa sexualité (p. ex., exploitation sexuelle de soi pour un profit personnel) et une faible estime de soi (voir Van Kalmthout et Place, 2007). L'intégration de la littérature scientifique et de l'expertise clinique a mené à une première version du FAM. Cette version a été mise en pratique à la fin de 2007 pour toutes les femmes à la Van der Hoeven Kliniek. En 2010, nous avons révisé cette version en nous fondant sur les commentaires des utilisateurs et les expériences avec les procédures de codage d'autres outils, plus particulièrement le SAPROF et le START. L'outil révisé a été nommé *Manuel additionnel pour les femmes – Version de recherche* (FAM:RV; De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout et Place, 2010).

Étude pilote sur le FAM:RV

En 2010, une étude pilote prospective a été menée sur les propriétés psychométriques du FAM:RV à la Van der Hoeven Kliniek, dans le but d'établir la fidélité interévaluateurs et la sexospécificité des items du FAM pour les femmes (Stam, 2010). L'étude pilote a conduit à plusieurs révisions, par exemple : le raffinement de certaines lignes directrices de codage, notamment de l'item ayant la plus faible fidélité interévaluateurs, *Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant*; la révision et l'adaptation de l'item historique *Comportement sexuel manipulateur* dans l'item clinique *Comportement caché/manipulateur*; et l'élimination d'un certain nombre de lignes directrices additionnelles qui, à l'examen, se sont montrées peu pertinentes ou qui visaient des facteurs moins prévalents. Les résultats de l'étude pilote ont mené à la version présente du FAM.

Objectifs

Le FAM a pour but de constituer un outil additionnel pertinent en clinique et utile pour effectuer une évaluation exacte et sexospécifique du risque de violence qui offre des lignes directrices concrètes pour gérer le risque chez les femmes.

Définition de la violence

La définition de la violence dans le FAM est essentiellement la même que dans le HCR-20 (Webster et al., 1997, p. 24) :

Le terme violence désigne tout acte causant des blessures à une autre personne et toute tentative ou menace d'acte de même nature.

Cela comprend toutes les infractions avec violence, les homicides, les infractions d'ordre sexuel et les incendies criminels mettant des personnes en danger. Sans nécessairement qu'il y ait eu condamnation en cour, le comportement violent doit avoir été suffisamment sérieux pour entraîner une sanction criminelle ou civile. Dans le FAM, **l'incitation à la violence et la complicité dans la violence** sont explicitement incluses dans la définition de la violence. Il n'est pas clair, dans la définition de la violence donnée dans le HCR-20, que ces types de comportements soient inclus. L'inclusion explicite de ces comportements dans le FAM se fonde sur l'idée que relativement plus de femmes que d'hommes sont reconnues coupables de complicité, même si aucune donnée officielle n'a pu être produite pour soutenir une telle hypothèse. Les professionnels de la santé mentale estiment que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'inciter quelqu'un d'autre à commettre un acte violent ou antisocial et que leur propre part de responsabilité peut ne pas être toujours clairement perçue. En outre, les femmes peuvent ne pas commettre elles-mêmes un acte de violence et néanmoins en être les complices, par exemple en refusant d'intervenir lorsque leurs partenaires commettent des actes de violence.

Applications

Le FAM a été conçu comme un ajout au HCR-20 (ou HCR-20^{V3}) pour évaluer le risque de violence chez des femmes adultes en psychiatrie légale qui ont manifesté de la violence envers les autres antérieurement⁵. Le FAM peut aussi se montrer utile pour les femmes en prison ou en psychiatrie générale qui ont manifesté de la violence envers les autres. Pour évaluer la violence chez les jeunes filles (entre 6 et 12 ans), nous renvoyons au EARL-21G. Pour les adolescentes, il n'existe, autant que nous sachions, aucun outil d'évaluation du risque sexospécifique. Le FAM pourrait se montrer en partie utile pour évaluer le risque de violence chez les adolescentes, mais une certaine prudence s'impose du fait que certains facteurs de risque spécifiquement valides pour les adolescentes ne sont pas inclus dans le FAM, par exemple l'interaction avec des pairs déviants, l'appartenance à un gang et les fugues (voir Funk, 1999; Hart et al., 2007; Park, Morash et Stevens, 2010). En outre, certains items du FAM ne sont évidemment pas applicables aux adolescentes, par exemple *Victimisation après l'enfance*.

Qualifications des utilisateurs

Les qualifications des utilisateurs sont semblables à celles qui sont décrites dans le HCR-20 (voir Webster et al., 1997, p. 17). L'évaluateur devrait posséder une expertise dans les évaluations individuelles et être familiarisé avec les plus récentes connaissances empiriques et théoriques sur la violence et la prédiction de la violence. En plus, l'évaluateur devrait bien connaître le HCR-20. Une formation sur l'utilisation du HCR-20 et du FAM est fortement recommandée.

Procédure de codage

La procédure de codage du FAM est essentiellement la même que celle du HCR-20. Toutefois, trois nouveaux aspects ont été intégrés dans le FAM : 1) noter les items critiques; 2) évaluer le risque final sur une échelle de cinq points; et 3) coder les évaluations de risques additionnels. La procédure de codage est décrite en détail ci-dessous. Des exemples de feuilles de codage pour les femmes pouvant servir avec tant le FAM que le HCR-20 sont fournis à la page 85⁶. Pour coder le FAM et le HCR-20, il est nécessaire d'utiliser les deux manuels

⁵ La violence par les femmes survient relativement souvent à la maison. Pour une évaluation plus spécifique du risque de violence conjugale, l'évaluateur est renvoyé au B-SAFER (voir aussi Thijssen et De Ruiter, 2010) ou au SARA (Kropp et al., 1999); et pour la violence envers les enfants, à *L'évaluation du risque de violence envers les enfants*, version néerlandaise (CARE-NL; De Ruiter et De Jong, 2005; CARE, version anglaise; De Ruiter, De Jong et Hildebrand, en rédaction).

⁶ La feuille de codage du FAM peut être téléchargée depuis www.violencebywomen.com ou obtenue de façon électronique après des auteurs.

simultanément. Pour coder les items du HCR-20 H6 à H10, l'évaluateur devrait consulter les directives de codage spécifiques pour les femmes dans le FAM. Ces items devraient être codés sur la feuille de codage du FAM et non celle du HCR-20, afin de prévenir le double comptage.

La procédure de codage se fait en quatre étapes (voir aussi p. 89) :

1. Coder les items.
2. Noter les items critiques.
3. Coder le jugement final Violence envers les autres (incluant l'incitation à la violence ou la complicité dans un acte violent).
4. Coder les évaluations de risques additionnels (expérimental) :
 - a. Comportement autodestructeur
 - b. Victimisation
 - c. Comportement criminel non violent.

Coder les items

Les items sont codés sur une échelle de trois points selon le degré de présence du facteur de risque. Un « 0 » indique que le facteur de risque est absent ou peu présent; le code « 1 » indique que le facteur de risque est peut-être ou partiellement présent, mais que sa présence n'est pas démontrée; et un « 2 » indique que le facteur de risque est nettement présent (voir Tableau 2). Si l'information nécessaire pour coder l'item est manquante ou insuffisante, l'évaluateur devrait d'abord tenter d'obtenir l'information, en utilisant par exemple des sources multiples, en parlant avec des collègues ou en interrogeant la femme elle-même. S'il n'existe absolument aucune information au sujet d'un item donné ou si l'information est jugée sans valeur, l'item doit être omis. Cette option devrait être utilisée avec parcimonie et ne devrait pas être utilisée en cas de doute au sujet de la présence de l'item (ce qui mériterait une note de « 1 »). Lorsque plus de **sept** items au total sont omis dans le HCR-20 et le FAM (maximum de trois items historiques, deux cliniques et deux de gestion du risque), l'évaluation du risque cesse d'être utilisable. L'item *Difficultés de parentage* est sans objet si la femme n'a jamais eu d'enfant (dont elle devait s'occuper). Dans ce cas, on peut inscrire s.o. (sans objet) et cela n'est pas considéré comme une omission. Si l'évaluateur estime qu'un facteur de risque ou plus, présents dans un cas donné, n'est couvert par aucun des 30 items du HCR-20 et du FAM, ces facteurs peuvent être codés sous « Autres facteurs ».

Tableau 2. Coder les items.

0	Non. Le facteur de risque n'est décidément pas présent ou ne s'applique pas.
1	Peut-être. Le facteur de risque peut être présent ou est présent dans une faible mesure.
2	Oui. Le facteur de risque est de toute évidence présent.
-	Omettre. Il n'y a pas suffisamment d'information valide pour trancher.

Noter les items critiques

Dans le FAM, l'évaluateur est invité à noter les items critiques, soit les facteurs de risque considérés comme essentiels dans un cas donné. Ces items servent à guider l'élaboration des objectifs du traitement et à calibrer les interventions cliniques. L'option de coder les items critiques existe aussi dans le START et le SAPROF ; elle est grandement appréciée par les professionnels de la santé mentale parce qu'elle structure leur pensée et les aide à préciser et prioriser les objectifs du traitement (Van den Broek et De Vries Robbé, 2008). Le codage des items critiques est vraisemblablement utile également pour évaluer le risque de violence chez les hommes. Il existe une distinction importante entre les items critiques historiques et dynamiques. Il est conseillé de noter un maximum de six items critiques au total dans le HCR-20 et le FAM, car autrement la valeur des items critiques serait diluée. Les items critiques sont ces items qui sont nettement plus importants que les autres.

Item critique historique	Item statique avec un score de 1 ou 2 vu comme un facteur de risque essentiel dans un cas donné. Ces facteurs ne peuvent évoluer dans le bon sens, et devraient être retenus comme une vulnérabilité à long terme pour le risque de violence future.
Item critique dynamique	Item dynamique avec un score de 1 ou 2 sur lequel l'évaluateur estime que les efforts de gestion du risque devraient d'abord être centrés pour réduire le risque de violence future.

Il est conseillé de noter un maximum de **six** items critiques au total dans le HCR-20 et le FAM, car autrement la valeur des items critiques serait diluée. Les items critiques sont ces items qui sont nettement plus importants que les autres.

Coder l'évaluation finale du risque

Comme dans le HCR-20 et d'autres instruments du même genre, l'évaluation finale du risque de violence future envers les autres n'est pas déterminée seulement en additionnant les items individuels, mais elle dépend aussi de l'interprétation, de la pondération et de l'intégration des items. Les items critiques devraient également être pris en compte pour établir l'évaluation finale du risque. Dans le FAM, les évaluations finales du risque se font sur une échelle de cinq points : 1) faible; 2) faible à modéré; 3) modéré; 4) modéré à élevé, et 5) élevé. L'utilisation d'une échelle de cinq points plutôt que trois est préférable, car cela aide à nuancer le jugement; chez les personnes en psychiatrie légale, où les progrès du traitement sont habituellement lents, il peut être utile et motivant de pouvoir faire état de petits changements. En outre, les recherches à la Van der Hoeven Kliniek ont montré que les validités prédictives des échelles de cinq points sont supérieures à celles des échelles de trois points (De Vries Robbé et De Vogel, 2010, 2011). L'utilisation d'une échelle de cinq points plutôt que trois pourrait être également préférable pour les hommes. L'évaluation finale du risque devrait être faite pour la prochaine année et inclura non seulement la probabilité d'un comportement violent, mais aussi le contexte, la fréquence, la durée et le cadre temporel d'une violence éventuelle ainsi que l'identification des victimes potentielles. Dans le HCR-20^{V3}, ce processus est appelé *Planification du scénario de risque* (voir pour plus de précisions Douglas et al., 2013).

En nous appuyant sur les expériences en pratique clinique à la Van der Hoeven Kliniek, nous faisons ici plusieurs recommandations. Premièrement, il pourrait être utile de juger des items de gestion du risque et des évaluations finales du risque dans différents contextes, par exemple la situation « cadre hospitalier » et la situation « supervisé vivant dans la communauté ». En notant en fonction des différents contextes, l'évaluateur peut mieux saisir le besoin éventuel d'un traitement continu. En pratique quotidienne, cette façon de coder est jugée utile, par exemple au moment de rédiger un rapport à la cour concernant la fin ou la prolongation d'une ordonnance de traitement obligatoire. Deuxièmement, il est recommandé d'examiner les facteurs de protection en plus des facteurs de risque, en utilisant par exemple le SAPROF. En tenant compte non seulement des facteurs de risque, mais aussi des facteurs de protection existants ou pouvant être développés, il est possible d'effectuer une évaluation du risque plus

équilibrée et de donner ainsi un portrait plus complet de la personne. En outre, l'approche positive centrée sur les forces du SAPROF peut être motivante tant pour le personnel que pour les patients, menant non seulement à une évaluation du risque plus équilibrée, mais aussi à des stratégies de gestion du risque plus précises et mieux adaptées au patient ainsi qu'à une meilleure communication du risque (voir pour plus d'information De Vogel, De Vries Robbé, De Ruiter et Bouman, 2011; De Vries Robbé, 2014; De Vries Robbé, De Vogel et De Spa, 2011). Troisièmement, nous recommandons fortement le modèle consensuel pour une évaluation valide du risque. Les recherches menées à la Van der Hoeven Kliniek ont nettement montré que l'évaluation du risque utilisant le modèle consensuel (codage et par les chercheurs et par les professionnels de la santé mentale, suivi d'une discussion approfondie pour en arriver à un consensus) mène à une prédiction significativement plus exacte du risque de récurrence (De Vogel, 2005; De Vogel et De Ruiter, 2006). Dans ces conférences de cas, les effets possibles des biais des évaluateurs peuvent s'annuler; les évaluateurs peuvent raffiner leur compréhension des items et se corriger mutuellement, partager de l'information qui n'est pas connue de tous, discuter du sens des items et discuter de facteurs de risque additionnels ou de facteurs de protection éventuels ainsi que de stratégies de gestion du risque.

Coder les évaluations de risques additionnels

Dans le FAM, l'évaluateur est invité non seulement à faire un jugement final sur le risque de violence *envers les autres* (incluant l'incitation d'autres personnes à commettre des actes de violence ou la complicité dans des actes de violence), mais également à juger du risque de *comportement autodestructeur*, du risque de *victimisation* et du risque de *comportement criminel non violent*. Cette méthode de juger des différents types de risques est également utilisée dans le START. Bien qu'il n'existe encore aucune preuve empirique confirmant que les facteurs de risque dans le FAM sont effectivement reliés à ces risques particuliers, la distinction entre les différents types de risque peut se montrer utile en pratique clinique. Ces trois jugements devraient donc être vus comme en étant à un stade expérimental et des recherches à venir devront démontrer leur intérêt.

Il est vraisemblable que les jugements finals sont reliés les uns aux autres (voir aussi Strub, 2010). Hillbrand (2001) a résumé la documentation scientifique sur l'agression concomitante contre soi et contre les autres et conclu qu'il existe un lien étroit entre ces deux formes d'agression et que les deux types d'évaluation du risque devraient se faire conjointement. En outre, la recherche a montré que le comportement autodestructeur ou des antécédents de tentatives de suicide

chez les femmes sont des prédictors de récidive générale (Blackburn et Trulson, 2010; Blanchette et Brown, 2006; Motz, 2001; voir aussi l'item du FAM *Suicidalité/ autoagression*). La victimisation peut aussi mener à un comportement violent, par exemple sous la forme d'une agression réactive ou d'autodéfense, mais aussi indirectement, par exemple parce que la victime souffre de stress ou se met à consommer en réaction à des expériences traumatisantes (voir Hiday et al., 2001; voir aussi l'item du FAM *Victimisation après l'enfance*).

1. Risque de comportement autodestructeur

Tout comportement qui cause une blessure ou porte atteinte à son propre corps est dit comportement autodestructeur. Cela comprend les actes autodestructeurs et les comportements suicidaires (voir aussi p. 66), mais également la négligence de soi grave par consommation excessive d'alcool, de drogues ou de médicaments ou par non-observance des posologies médicamenteuses prescrites pour les symptômes physiques pouvant entraîner des conséquences sérieuses ou par une très mauvaise hygiène personnelle. Cela devrait inclure les comportements autodestructeurs graves, c'est-à-dire qui entraînent une détérioration nettement observable de l'état mental et physique de la femme. Les items *Problèmes de toxicomanie, Maladie mentale majeure, Suicidalité/autodestruction* et *Faible estime de soi* sont particulièrement importants pour évaluer le risque de comportement autodestructeur. Cependant, le FAM n'est pas un instrument pour évaluer le risque de suicide; il existe des prédictors de comportement suicidaire qui ne sont pas inclus dans le FAM (voir par exemple Bouch et Marshall, 2005).

2. Risque de victimisation

La victimisation est définie comme le fait d'être la victime du comportement nuisible d'une autre personne. Les cas les plus évidents sont les victimes de violence, comme la violence dans les relations intimes, la violence sexuelle ou la prostitution forcée. Les items *Relations instables, Circonstances difficiles à l'enfance, Prostitution, Victimisation après l'enfance, Comportement caché/manipulateur, Faible estime de soi* et *Relation intime malsaine* sont particulièrement importants pour évaluer le risque de victimisation.

3. Risque de comportement criminel non violent

Les comportements criminels non violents comprennent tous les comportements (non violents) qui contreviennent à la loi. Cela inclut toutes les infractions qui ne comportent pas un item de comportement violent (sexuel), y

compris la fraude, les incendies criminels sans risques pour des personnes, les crimes contre les biens et les infractions en matière de drogue. La recherche sur les prédicteurs de récidive en général (incluant la violence) a confirmé un bon nombre des items historiques dans les HCR-20/FAM, particulièrement les facteurs relatifs à la maladie mentale, à la victimisation, problèmes de couple et les problèmes liés au soin des enfants (voir Van Voorhis et al., 2010). Outre les facteurs de risque susmentionnés, les items *Problèmes de comportement à l'enfance*, *Prostitution* et *Comportement caché/manipulateur* semblent être importants pour évaluer le risque de comportement criminel non violent, mais cela n'est pas encore démontré par des preuves empiriques.

Communication du risque

Une fois que l'évaluateur a noté le FAM, il doit rédiger un rapport dans lequel les principaux facteurs de risque (et facteurs de protection) sont décrits les uns par rapport aux autres. L'intention ici n'est pas d'indiquer simplement les scores, mais plutôt de produire un rapport descriptif. En formulant l'évaluation finale du risque, non seulement le risque de comportement violent doit-il être indiqué, mais également les éventuels contextes, moments, fréquences et durées du comportement violent de même que les victimes potentielles. Il est souhaitable que les principaux résultats de l'évaluation du risque soient communiqués à la femme, de préférence en présence du personnel traitant. Enfin, une évaluation du risque devrait être suivie d'un plan de gestion du risque fondé sur les principales conclusions de l'évaluation.

La recherche

La recherche sur le FAM est encore limitée. En 2011, une étude prospective a été lancée sur la valeur clinique et les propriétés psychométriques du FAM à la Van der Hoeven Kliniek. Dans cette étude, le FAM, le HCR-20 et le SAPROF sont notés relativement aux moments clés d'évaluation du risque⁷ pour toutes les patientes admises à la Van der Hoeven Kliniek. La première partie de cette recherche est complétée (Stam, 2010; De Vogel et De Vries Robbé, 2011). Dans ce projet, le FAM, le HCR-20 et le SAPROF ont été notés pour 42 patientes et 42 patients. Les femmes et les hommes ont été appariés par rapport à leur phase de traitement, au type de psychopathologie et au type d'infraction. Dans un échantillon de 20

⁷ Les moments clés d'évaluation du risque à la Van der Hoeven Kliniek sont : 1) à l'admission; 2) avant la première sortie supervisée; 3) avant la première sortie non supervisée; et 4) au début de la phase de transition. À partir de l'étape 2, l'évaluation du risque est répétée chaque année. En outre, l'évaluation du risque peut être répétée si jugée nécessaire (par exemple, en cas d'un changement de contexte ou en raison d'une question particulière de l'équipe de traitement).

femmes, les instruments ont été notés par deux évaluateurs indépendants afin de déterminer la fidélité interévaluateurs. L'étude a montré une bonne fidélité interévaluateurs pour tous les nouveaux items du FAM ainsi que pour les items du HCR-20 comportant des lignes directrices additionnelles pour les femmes, pour le score total intégré du HCR-20, du FAM et pour le jugement final de risque de violence envers les autres (voir l'annexe 3). Pour les évaluations finales des risques additionnels, on a également démontré d'excellentes fidélités interévaluateurs, à l'exception de la victimisation (fiabilité modérée). Quant aux différences entre femmes et hommes dans les scores du FAM, l'étude a montré que les femmes obtenaient des scores sensiblement plus élevés dans sept des neuf nouveaux items : *Prostitution*, *Grossesse précoce*, *Suicidalité/autodestruction*, *Victimisation après l'enfance*, *Comportement caché/manipulateur*, *Faible estime de soi* et *Relation intime malsaine* (voir l'annexe 4). Aucun score significativement plus élevé n'a été noté chez les femmes pour les items du HCR-20 comportant des lignes directrices additionnelles pour les femmes et pour deux de ces items, soit *Psychopathie* et *Problèmes de comportement à l'enfance*, les hommes ont obtenu des scores significativement plus élevés. Ces derniers résultats étaient prévus.

Une analyse préliminaire d'un groupe de 46 femmes a établi que, dans l'ensemble, le FAM possédait une bonne validité prédictive pour des incidents de violence envers les autres durant le traitement, mais encore davantage pour les incidents de comportement autodestructeur durant le traitement (De Vogel et De Vries Robbé, 2011). D'autres recherches sur la validité prédictive du FAM pour des incidents durant le traitement et les récidives après le congé seront menées au cours des prochaines années.

En général, les études menées dans des populations de femmes doivent surmonter plusieurs difficultés – en particulier, les tailles réduites des échantillons (voir aussi Burman, Batchelor et Brown, 2001). La population des patientes en psychiatrie légale est relativement petite et beaucoup de ces femmes ont des problèmes tellement graves qu'elles sont admises en psychiatrie légale ou générale pour de très longues périodes de temps souvent même de façon permanente. La plupart de ces femmes ne retournent jamais complètement dans la société. Par conséquent, il sera relativement facile d'étudier le comportement violent au sein des institutions, mais très difficile d'examiner la violence dans la société. En outre, un nombre assez important des patientes en psychiatrie légale meurent à un âge relativement jeune. Six des 42 femmes examinées dans une étude antérieure à la Van der Hoeven Kliniek (De Vogel et De Ruiters, 2005) sont mortes dans les cinq ans qui ont suivi la fin de l'étude (dont deux par suicide).

Une étude britannique a montré que, chez les femmes libérées d'établissements à sécurité moyenne, le taux de mortalité est en général dix fois plus élevé que dans la population générale et deux fois plus élevé que chez les hommes sortis d'institutions du même type (Davies, Clarke, Hollin et Duggan, 2007). En outre, les femmes traitées dans des unités à sécurité moyenne au R.-U. ont été réadmisses plus souvent que les hommes (Sahota et al., 2010). Bref, la recherche sur la violence chez les femmes et la prédiction d'un comportement violent chez les femmes sont des entreprises complexes et requièrent plus de temps de même qu'une étroite collaboration entre les institutions. En outre, les mesures de résultats généralement utilisées pour les récidives violentes sont probablement moins utiles chez les femmes, étant donné la nature différente de la violence des femmes comparée à celle des hommes et le fait que la violence chez les femmes demeure sous-évaluée. Il est recommandé, pour les recherches à venir, d'utiliser des mesures de résultats différentes, par exemple le comportement autodestructeur ou suicidaire et la victimisation ou, d'examiner des formes plus subtiles de violence comme la violence verbale et d'autres formes de comportement antisocial. Il est possible que l'autoévaluation et les données d'observation, en plus des données sur les condamnations, soient plus indiquées pour étudier les récidives de comportement violent chez les femmes.

Limites

La plus grande limite du FAM tient au fait qu'il existe relativement peu de preuves empiriques validant les nouveaux facteurs de risque et les items du HCR-20 assortis de lignes directrices additionnelles employés dans le FAM. Pour certains des facteurs, on dispose de preuves empiriques d'un rapport avec les infractions criminelles en général, mais pas spécifiquement d'un rapport avec la violence. En outre, on a pu montrer pour certains items une corrélation avec un comportement violent dans le passé, mais cela ne signifie pas nécessairement que le facteur est également associé à un comportement violent futur. Les prochaines études menées dans différents contextes devront déterminer si les items du FAM permettent effectivement de prédire les récidives de violence envers les autres. On ne sait pas encore non plus si ces items possèdent effectivement une valeur empirique pour la prédiction des risques additionnels de comportement autodestructeur, de victimisation et de comportement criminel non violent. Une autre limite vient du fait que le FAM contient des items historiques relativement nombreux. Toutes les lignes directrices additionnelles se rapportent à des items historiques du HCR-20 et plus de la moitié des nouveaux items sont de nature historique. Ces items pourraient mettre en relief des aspects

importants que les professionnels de la santé mentale doivent garder à l'esprit, mais malheureusement, comme facteurs de risque, ils ne sont pas modifiables par une intervention clinique.

Définition des facteurs de risque

Les lignes directrices additionnelles aux directives de codage des cinq items du HCR-20 ainsi que les nouveaux facteurs de risque pour les femmes sont décrits dans la prochaine section. En outre, l'inclusion de chaque nouvel item dans le FAM est expliquée; cette justification s'appuie sur la littérature scientifique et des entrevues avec des professionnels de la santé mentale. Une définition de l'item et des directives de codage concrètes sont aussi fournies pour aider à coder l'item. Enfin, pour les items du FAM, un exemple de cas clinique⁸ est donné pour illustrer un score élevé à cet item. Pour le codage des items originaux du HCR-20, l'évaluateur devra consulter le manuel du HCR-20 (Webster et al., 1997).

⁸ Tous les exemples de cas s'inspirent de cas cliniques réels. Pour des raisons de protection de la vie privée, les noms et certains détails ont été changés.



Items historiques

Les items historiques font état du passé de la femme **jusqu'au moment de l'évaluation**. Des lignes directrices de codage additionnelles pour les femmes ont été formulées pour cinq items historiques du HCR-20 (H6-H10) et cinq nouveaux facteurs historiques de risque pour les femmes ont été incorporés dans le FAM (H11-H15). Pour le codage des items historiques originaux du HCR-20, l'évaluateur consultera le manuel du HCR-20 (Webster et al., 1997).

Tableau 3. Items historiques

Items historiques du HCR-20		Items historiques du FAM	
H1	Violence antérieure		
H2	Jeune âge au 1er incident violent		
H3	Relations instables		
H4	Problèmes d'emploi		
H5	Problèmes de toxicomanie	<i>Lignes directrices additionnelles pour les femmes aux items suivants du HCR-20</i>	
H6	Maladie mentale majeure	H6	Maladie mentale majeure
H7	Psychopathie	H7	Psychopathie
H8	Inadaptation précoce	H8	Inadaptation précoce
		H8a	Circonstances difficiles à l'enfance
		H8b	Problèmes de comportement à l'enfance
H9	Trouble de la personnalité	H9	Trouble de la personnalité
H10	Échec d'une supervision antérieure	H10	Échec d'une supervision antérieure
		<i>Facteurs de risque spécifiques pour femmes</i>	
		H11	Prostitution
		H12	Difficultés de parentage
		H13	Grossesse précoce
		H14	Suicidalité/autodestruction
		H15	Victimisation après l'enfance

Note : Les items du HCR-20 sont repris avec la permission des auteurs (Webster et al., 1997).

H6 Maladie mentale majeure

Lignes directrices additionnelles au HCR-20

Explication

Certaines maladies mentales majeures touchent exclusivement ou principalement les femmes et sont reliées à la violence envers les autres, particulièrement les enfants (De Ruiter et De Jong, 2005; De Ruiter, De Jong et Hildebrand, en rédaction). Les plus importantes de ces maladies sont la dépression postpartum, la psychose du postpartum et le syndrome de Münchhausen par procuration. La dépression postpartum et les psychoses du postpartum sont définies comme des maladies mentales marquées par l'apparition soudaine de symptômes dépressifs ou psychotiques dans le mois qui suit un accouchement (voir Spinelli, 2003). Le syndrome de Münchhausen par procuration, est défini comme un motif de comportement dans lequel des mères (essentiellement) provoquent, exagèrent ou simulent délibérément des problèmes de santé d'ordre physique et/ou psychologique-comportemental chez leur enfant dans le but d'obtenir de l'attention, de la sympathie ou un autre gain psychologique. Sheridan (2003) a mené une analyse de la littérature scientifique sur le syndrome de Münchhausen par procuration et conclu que dans la plupart des cas de cette forme de violence envers les enfants, la mère biologique est en cause (voir aussi Motz, 2001).

Directives de codage spécifiques pour les femmes

0	Aucune maladie mentale majeure.
1	Maladie mentale majeure possible/moins sérieuse.
2	Maladie mentale majeure certaine/sérieuse.

Pour les directives de codage, voir le HCR-20.

Pour coder cet item pour les femmes, les maladies mentales majeures qui peuvent être liées à de la violence envers les autres (ou tournée contre soi) et qui sont exclusivement ou essentiellement présentes chez les femmes, comme la dépression postpartum, la psychose du postpartum ou le syndrome de Münchhausen par procuration, devraient également être envisagées.

H7 Psychopathie

Lignes directrices additionnelles au HCR-20

Explication

En général, les scores du PCL-R sont plus bas chez les femmes que chez les hommes, de même que la prévalence d'un diagnostic de psychopathie (Logan, 2009; Nicholls et al., 2005; Vitale et Newman, 2001; voir aussi p. 23). Logan (2009) suggère qu'il pourrait être bon d'abaisser le score-seuil du PCL-R pour les femmes. Cette recommandation a été suivie dans le FAM et les scores-seuils du PCL-R et de la *Liste de vérification pour la psychopathie : version de dépistage* (PCL:SV; Hart, Cox et Hare, 1995) ont été abaissés.

Directives de codage spécifiques pour les femmes

0	Non psychopathique. Score de moins de 14 au PCL-R ou de moins de 11 au PCL:SV.
1	Psychopathie possible/moins sérieuse. Score de 14-23 au PCL-R ou de 11-15 au PCL:SV.
2	Psychopathie certaine/sérieuse. Score de plus de 23 au PCL-R ou de plus de 15 au PCL:SV.

Voir le HCR-20 pour les directives de codage⁹.

Pour coder cet item chez les femmes, les scores-seuils du PCL-R et du PCL:SV ont été abaissés.

⁹ Dans le HCR-20³, cet item sera probablement supprimé et un diagnostic de psychopathie sera inclus dans l'item *Trouble de la personnalité* proposé.

H8 Inadaptation précoce

Lignes directrices additionnelles au HCR-20

Dans le FAM, l'item *Inadaptation précoce* se divise en *Circonstances difficiles à l'enfance* et *Problèmes de comportement à l'enfance*. Tant la victimisation que le rôle d'agresseur durant l'enfance peuvent constituer un facteur de risque de violence, sauf que les répercussions pour ce qui est du traitement sont nettement différentes (voir aussi Webster et al., 1997, p. 43). Les professionnels de la santé mentale indiquent que la quasi-totalité des patientes en psychiatrie légale a été victime de maltraitance durant leur enfance. Il est probable que les problèmes de comportement à l'enfance, ajoutés à des circonstances difficiles, augmentent la probabilité de comportements violents futurs. Les lignes directrices additionnelles à cet item pourraient être également pertinentes pour les hommes (voir aussi le HCR-20^{v3}).

H8a Circonstances difficiles à l'enfance

Explication

La recherche montre que les femmes qui ont été victimes de négligence ou de sévices (sexuels) à l'enfance ont un risque plus élevé d'avoir à l'âge adulte des problèmes de consommation de drogues ou d'alcool et de commettre des crimes violents (Bishop, Mahmoodzadegan et Warren, 2008; Blackburn et Trulson, 2010; Herrera et McCloskey, 2003; Penney et Lee, 2010; Siegel, 2000). Ce rapport existe également chez les hommes, mais semble être plus marqué chez les femmes (Belknap et Holsinger, 2006; Blackburn et Trulson, 2010; Bottos, 2007; Widom et Maxfield, 2001). Il existe une forte corrélation entre le fait d'avoir été victime de violence à l'enfance et les comportements violents envers les enfants plus tard dans la vie (De Ruiter et De Jong, 2005). En outre, on a pu établir un rapport entre d'autres types de circonstances difficiles à l'enfance et des comportements violents à l'âge adulte. Le divorce des parents et l'expérience de maltraitance dans la famille distinguent les femmes qui ont des comportements violents répétés des femmes qui n'ont été violentes qu'une seule fois (Weizmann-Henelius et al., 2004). Les femmes qui ont commis des infractions avec violence ont plus de chances d'avoir eu des parents aux prises avec des problèmes de santé mentale ou d'abus de drogues ou d'alcool que celles qui ont commis des infractions non violentes (Pollock, Mullings et Crouch, 2006). Chez des détenues, on a pu établir un rapport entre des circonstances difficiles à l'enfance, particulièrement la maltraitance physique et mentale par la mère, et un diagnostic de trouble de la personnalité de groupe B à l'âge adulte, et particulièrement de trouble de la personnalité limite (Loper et al., 2008), qui constitue en soi un facteur de risque de comportement violent.

Codage

0	Pas de circonstances difficiles à l'enfance (avant l'âge de 17 ans).
1	Circonstances difficiles à l'enfance (avant l'âge de 17 ans) possibles/ moins sérieuses.
2	Circonstances difficiles à l'enfance (avant l'âge de 17 ans) certaines/ sérieuses.

Pour coder cet item, il est recommandé que l'évaluateur examine les circonstances difficiles à l'enfance à l'école, à la maison et dans la communauté. Des exemples de circonstances difficiles sont le fait d'avoir été victime de violence physique, sexuelle ou mentale ou de grave négligence émotionnelle, d'avoir été très tôt séparé des parents, d'avoir été témoin de violence entre les parents, un manque d'attachement (p. ex., en raison d'une adoption) et l'intimidation. Un score de 1 ou de 2 dépend de la nature, de la gravité, de la durée et des répercussions des circonstances difficiles. Si les circonstances difficiles ont été multiples, prolongées ou graves, un score de 2 est indiqué.

H8b Problèmes de comportement à l'enfance

Explication

Les problèmes de comportement à l'enfance sont un important prédicteur de comportement antisocial et violent ultérieur tant chez les hommes que chez les femmes (Funk, 1999; Levene et al., 2001). Les problèmes de comportement à l'enfance sont également un prédicteur d'autres comportements indésirables qui augmentent les risques chez les filles/femmes, comme le décrochage scolaire et la grossesse non planifiée chez les adolescentes (Serbin et al., 1998).

Codage

0	Pas de circonstances difficiles à l'enfance (avant l'âge de 17 ans).
1	Circonstances difficiles à l'enfance (avant l'âge de 17 ans) possibles/ moins sérieuses.
2	Circonstances difficiles à l'enfance (avant l'âge de 17 ans) certaines/ sérieuses.

Pour coder cet item, il est bon de porter attention aux problèmes de comportement dans trois domaines : à l'école, à la maison et dans la communauté. Des exemples de problèmes à l'école sont les bagarres, les difficultés avec des enseignants, les problèmes avec l'autorité en général, l'intimidation et l'absentéisme. Des exemples de problèmes de comportement à la maison sont les fugues, le non-respect des règles familiales et des actes violents ou des menaces à l'endroit des membres de la famille. Les problèmes dans la communauté incluent, par exemple, des infractions, l'appartenance à un gang criminel ou des méfaits criminels. Pour mériter un score de 2, les problèmes devraient avoir été présents dans au moins deux domaines, ou ils doivent avoir été graves lorsqu'ils ne sont présents que dans un seul.

H9 Trouble de la personnalité

Lignes directrices additionnelles au HCR-20

Explication

Les recherches ont montré que les troubles de la personnalité ne sont pas tous reliés à la violence. Le rapport avec la violence est particulièrement clair en ce qui a trait aux troubles de la personnalité du groupe B et à la personnalité paranoïde (Berman, Fallon et Coccaro, 1998; Coid, 2000; Coid, Kahtan, Gault et Jarman, 1999). Cela vaut tant pour les hommes que pour les femmes. Les lignes directrices additionnelles à cet item pourraient être également pertinentes pour les hommes (voir aussi le HCR-20^{v3}). Une étude a montré un rapport entre des actes de violence antérieurs et les troubles du groupe B chez les femmes, et plus précisément les troubles de la personnalité antisociale et de la personnalité narcissique (Warren et al., 2002). En outre, l'étude a montré que le trouble de la personnalité limite avait un lien avec la violence dans l'échantillon. Enfin, cette étude a montré un rapport entre des symptômes du groupe A (suspensions et pensées étranges) et un comportement violent antérieur. On n'a relevé aucun rapport significatif entre les symptômes du groupe C et un comportement violent antérieur. Weizmann-Henelius et ses collègues (2004) ont trouvé une plus grande fréquence du trouble de la personnalité antisociale et un degré élevé de psychopathie chez les femmes qui avaient été condamnées à plusieurs reprises pour un comportement violent comparativement aux femmes qui en étaient à une première infraction violente.

Directives de codage spécifiques pour les femmes

0	Aucun trouble de la personnalité du groupe B ou accompagné de traits de suspicion.
1	Trouble de la personnalité du groupe B ou accompagné de traits de suspicion possible/moins sérieux.
2	Trouble(s) de la personnalité du groupe B ou accompagné(s) de traits de suspicion possibles/moins sérieux.

Voir le HCR-20 pour les directives de codage.

Pour coder cet item chez les femmes, l'évaluateur devrait prendre explicitement en compte les troubles de la personnalité du groupe B ou des troubles de la personnalité comportant une suspicion comme le trouble de la personnalité paranoïde. D'après nos connaissances actuelles, il n'existerait pas de rapport entre les troubles de la personnalité du groupe C et le comportement violent. Si toutefois, dans un cas particulier, l'évaluateur est porté à croire qu'il existe un rapport entre le trouble du groupe C d'une femme et son comportement violent, un score de 1 peut être donné.

H10 Échec d'une supervision antérieure

Lignes directrices additionnelles au HCR-20

Explication

La recherche a montré que les femmes qui ont été impliquées dans des actes criminels ou qui ont commis des actes violents sont plus susceptibles de se retrouver en psychiatrie générale qu'en prison ou en psychiatrie légale (Ogle, Maier-Katkin et Bernard, 1995; Yourstone, Lindholm et Kristiansson, 2008). Une étude néerlandaise a montré que presque 75 % de toutes les patientes en psychiatrie légale avaient été admises à un hôpital psychiatrique au moins une fois avant de commettre l'infraction à l'origine de leur peine (Graat, Lammers et Bloemsaat, 2011). Les professionnels de la santé mentale indiquent que de nombreuses femmes en psychiatrie légale ont un long passé d'échecs en soins ambulatoires ou cliniques en raison d'abandons des traitements ou (d'un motif) de comportement perturbateur. Selon ces professionnels, de tels manquements sont des indicateurs quant à la motivation et la volonté de respecter des règles et des ententes inhérentes à un nouveau traitement.

Directives de codage spécifiques pour les femmes

0	Aucun échec de supervision.
1	Échec(s) de supervision possible(s)/moins sérieux.
2	Échec(s) de supervision certain(s)/sérieux.

Voir le HCR-20 pour les directives de codage¹⁰.

Il est à noter que pour coder cet item chez les femmes, l'échec de la supervision durant une admission volontaire dans un cadre psychiatrique (général) est également inclus. Comme exemples d'échecs de supervision, citons le non-retour ou le retour en retard d'une permission, la consommation d'alcool ou de drogues là où c'est interdit, le trafic illégal, par exemple de médicaments, à l'intérieur de l'institution, l'abandon précoce du traitement et un comportement perturbateur. Il devrait y avoir un motif clair d'échecs de la supervision et la gravité des échecs devrait être prise en considération. Un simple incident ne devrait pas revêtir trop d'importance, à moins qu'il ne s'agisse d'un incident grave comme un comportement violent.

¹⁰ Dans le HCR-20^{v3}, cet item inclura probablement aussi le traitement tant volontaire qu'imposé; ainsi, les présentes lignes directrices additionnelles ne seront plus nécessaires.

H11 Prostitution

Explication

Les recherches antérieures (Morgan et Patton, 2002) et des entrevues avec des professionnels de la santé mentale ont établi que la prostitution est un facteur de risque de violence chez les femmes. La prostitution est définie comme le fait de se livrer à des activités sexuelles pour de l'argent. Différentes causes et différents mobiles peuvent sous-tendre la prostitution. Elle peut être un choix personnel, mais elle peut aussi être forcée. Et qu'elle soit volontaire ou forcée, la prostitution est vue comme un facteur de risque de comportement violent. La prostitution forcée est un indicateur de l'influçabilité et de la vulnérabilité d'une femme et de son incapacité à fixer des limites. Une femme qui est contrainte à se prostituer est probablement plus perméable à l'influence des autres, par exemple un partenaire antisocial ou des amis antisociaux. Une femme peut se retrouver dans le circuit criminel par suite de l'influence de telles personnes. La prostitution volontaire peut aussi être un facteur de risque de comportement violent et peut indiquer une attitude antisociale. La prostitution peut résulter d'un désir de pouvoir ou d'argent ou servir à financer une toxicomanie. En outre, une femme qui se prostitue peut se trouver dans des situations dangereuses, surtout si elle se livre à la prostitution de rue. Cela peut mener à la victimisation de la femme, mais aussi l'amener à commettre des actes de violence, notamment pour se défendre.

Codage

0	Aucun signe que la femme a travaillé comme prostituée.
1	Signes possibles/moins évidents que la femme a travaillé comme prostituée.
2	Signes certains/évidents que la femme a travaillé comme prostituée.

Cet item comprend la prostitution tant volontaire que forcée. L'attribution d'un score de 1 ou de 2 dépend de la fréquence et de la durée de la prostitution. Si une femme s'est prostituée une seule fois ou seulement pour une courte période de temps et qu'aucun motif clair n'est observable, un score de 1 devrait être attribué.

Exemple de cas

Lisa a connu de nombreux problèmes très tôt dans la vie. Dès l'âge de 13 ans, elle fait l'école buissonnière, consomme de la drogue et elle a des comportements violents. Elle ignore complètement ses parents ou leur manque de respect, alors qu'ils tentent de lui imposer des lignes de conduite. Lisa est sexuellement active depuis l'âge de 13 ans et travaille comme prostituée depuis l'âge de 18 ans; elle fait de la sollicitation dans la rue, dans les vitrines des sex shops, dans les boîtes de nuit et elle fait partie d'une agence d'escortes – dont elle s'occupe aussi de l'administration. Elle se fait à plusieurs reprises accuser de voler ses clients. À l'âge de 22 ans, Lisa surprend son amoureux au lit avec une autre femme. Elle devient furieuse, attrape un couteau et menace de tuer la femme. Lisa attaque physiquement la femme et lui coupe les cheveux. Par la suite, elle oblige le frère de son amoureux à violer cette dernière.

H12 Difficultés de parentage

Explication

Il existe un rapport entre les difficultés de parentage et : 1) la violence envers un enfant ou des enfants¹¹; 2) la violence envers un partenaire intime; et 3) le comportement criminel en général. Premièrement, la recherche a démontré que les parents qui maltraitent leurs enfants plus souvent ont des compétences parentales inadéquates (voir De Ruiters et De Jong, 2005; De Ruiters et al., en rédaction). Selon Motz (2001), les expériences personnelles de maltraitance et de négligence des femmes peuvent évoquer des sentiments négatifs, lesquels peuvent mener à de puissantes émotions et finalement à la maltraitance de leurs propres enfants. Deuxièmement, une étude exploratoire sur le rapport entre le parentage et la violence familiale a montré que les femmes voient le stress du parentage comme une justification de la violence envers leur partenaire, particulièrement si elles se sentent peu efficaces dans leur rôle de parent et si elles sentent que leur vie est dominée par les besoins et les demandes des enfants (Simmons et al., 2010). Troisièmement, une étude longitudinale de Messer et ses collègues (2004) a démontré un lien étroit entre les difficultés de parentage et le comportement criminel en général. Un important facteur ici est le fait que l'éducation des enfants peut être une importante source de stress, particulièrement pour une mère seule sans partenaire pour l'aider (Van Voorhis et al., 2010).

¹¹ Nous utiliserons dorénavant « enfants », pour simplifier.

Codage

0	Aucun ou très peu de signes de difficultés de parentage.
1	Difficultés de parentage possibles/moins sérieuses.
2	Difficultés de parentage certaines/sérieuses.
s.o.	Sans objet : n'a pas d'enfants/n'a jamais eu à s'occuper d'enfants.

Cet item traite des problèmes liés à l'éducation et aux soins des enfants. Il comprend également la responsabilité d'enfants non biologiques (p. ex., les enfants d'un conjoint ou adoptés). Des exemples de difficultés de parentage sérieuses sont la négligence structurelle, la maltraitance physique et/ou mentale grave et l'omission d'intervenir en cas de violence envers les enfants par le partenaire. Pour coder cet item, il est important de déterminer si l'intervention de professionnels était requise. Des contacts avec toute agence ou tout office de protection des enfants et de la jeunesse et d'autres organismes d'aide sont une indication de difficultés de parentage. Le placement en famille d'accueil ou la surveillance des enfants et le transfert de l'autorité parentale sont des indications de sérieuses difficultés de parentage. L'attribution d'un score de 1 ou de 2 dépend de la nature, de la gravité et de la durée des difficultés de parentage. Si une femme n'a jamais eu d'enfants (en foyer d'accueil/du conjoint) et ainsi n'a jamais joué un rôle de parent, l'item est sans objet et il faut cocher la case s. o.¹².

Exemple de cas

Sasha est une femme de 33 ans qui a été condamnée à une ordonnance tbs à la suite de l'homicide involontaire de son fils de deux ans. À l'enfance, Sasha a été gravement négligée et maltraitée par sa mère. Depuis qu'elle est devenue mère elle-même, elle a exactement le même comportement envers ses propres enfants. Les autorités lui retirent ses deux enfants en raison de sa maltraitance et de sa négligence graves envers eux. Quelques années plus tard, Sasha a deux enfants avec un autre homme. Elle se montre incapable de s'occuper de son fils plus âgé ; le néglige et le maltraite grièvement. Le petit garçon finit par mourir des suites de ces sévices et de malnutrition.

¹² Une option « s. o. » parce qu'elle permet de faire une distinction entre un manque d'occasions Cet item comprend de parentage (noté s. o.) et une absence de problèmes de parentage (score de 0).

H13 Grossesse précoce

Explication

Les résultats d'une étude longitudinale de Messer et ses collègues (2004) indiquent une forte association entre la grossesse précoce (avant l'âge de 20 ans) et le comportement criminel. Le fait de devenir mère en bas âge peut entraver le développement personnel d'une femme et mener à plusieurs conséquences négatives sur le plan des finances, de l'éducation et des relations sociales/intimes (voir aussi Serbin et al., 1998). En outre, la perte d'un enfant après l'accouchement – parce qu'il est adopté, par exemple – peut avoir de fortes répercussions émotionnelles et peut devenir un facteur de risque de violence (Motz, 2001).

Codage

0	Pas de grossesse précoce (avant l'âge de 20 ans).
1	Impact possible/moins sérieux d'une grossesse précoce (avant l'âge de 20 ans).
2	Impact certain/sérieux d'une grossesse précoce (avant l'âge de 20 ans).

Cet item porte sur la grossesse à un jeune âge et les conséquences de cette grossesse pour la femme. Une grossesse survenant avant l'âge de 20 ans mérite un score de 1 ou 2, selon l'impact de la grossesse sur la vie de la femme. L'impact peut être évalué en examinant les conséquences physiques, mentales ou financières de la grossesse ainsi que ses répercussions sur les relations sociales. Pour coder cet item, l'évaluateur devrait savoir si la femme a eu un avortement ou fait une fausse couche, si elle a dû donner son enfant en adoption et si de tels événements semblent avoir eu un effet marquant sur elle. Suivant la fréquence et l'impact, cela mènera à un score de 1 ou de 2.

Exemple de cas

À l'âge de 16 ans, Lili devient enceinte sans l'avoir prévu. Lili souffre de toxicomanie grave et n'arrête pas de consommer des drogues durant sa grossesse. Sa fille naît plusieurs semaines avant terme. L'enfant est retiré presque immédiatement à sa mère et placé en foyer d'accueil. Depuis, la situation de Lili n'a cessé de se détériorer; elle a eu de nombreuses relations instables, commet souvent des infractions contre les biens et des infractions violentes et elle est régulièrement admise dans des institutions psychiatriques. À l'âge de 24 ans, Lili est condamnée à un traitement obligatoire à la suite d'un vol qualifié. À l'hôpital, Lili reçoit un diagnostic de schizophrénie accompagnée de traits d'un trouble de la personnalité et de toxicomanie. Lili souffre de délires et d'hallucinations qui la terrifient, par exemple l'idée délirante qu'elle est enceinte et qu'elle sent un enfant bouger dans son ventre. Cela lui rappelle des souvenirs pénibles de sa grossesse et de la perte de sa fille.

H14 Suicidalité/autodestruction

Explication

Tant des entrevues avec des professionnels de la santé mentale que la recherche ont confirmé un rapport entre l'autodestruction ou des antécédents de suicidalité et le comportement violent envers les autres chez les femmes (Blanchette et Brown, 2006; Blanchette et Motiuk, 1995; Morgan et Patton, 2002; Völlm et Dolan, 2009; Weizmann-Henelius et al., 2004). Un lien a également été établi entre les pensées suicidaires et le comportement criminel en général chez les femmes (Benda, 2005; Wilkins et Coid, 1991). En psychiatrie légale et en prison, l'autodestruction et les tentatives de suicide sont plus courantes chez les femmes que chez les hommes (Belknap et Holsinger, 2006; Coid et al., 2000; Motz, 2001; Nicholls, 2001). Une explication possible serait que l'autodestruction est plus fréquente dans des troubles comme la dépression et le trouble de la personnalité limite – troubles généralement plus fréquents chez les patientes en psychiatrie légale que chez les patients (Coid et al., 2000; Coid, Wilkins, Coid et Everitt, 1992). Motz (2001) soutient que l'agression dirigée contre soi est une forme caractéristique d'expression de la colère chez les femmes. Les professionnels de la santé mentale reconnaissent ce phénomène dans leur pratique quotidienne : les hommes tendent à tourner leur agressivité vers l'extérieur (externalisation), et les femmes vers l'intérieur (internalisation). Selon les professionnels de la santé mentale, le comportement suicidaire et l'autodestruction démontrent la présence de désespoir et de frustration. Lorsqu'une femme manifeste un comportement destructeur envers elle-même, cela peut se transformer en agressivité dirigée vers les autres ou leurs biens. Les professionnels de la santé mentale indiquent en outre que le suicide peut être le mobile qui sous-tend certaines infractions, par exemple les incendies criminels ou l'infanticide (voir aussi Wilson et Daly, 1988). La définition du terme suicidalité englobe tout un éventail de pensées et de comportements comprenant des tentatives délibérées de se faire du mal ou de se donner la mort (voir Russell et Martson, 2010).

Codage

0	Absence de suicidalité et/ou d'autodestruction.
1	Suicidalité et/ou autodestruction possible/moins sérieuse.
2	Suicidalité et/ou autodestruction certaine/sérieuse.

Pour coder cet item, des antécédents d'autodestruction et/ou de suicidalité devraient être examinés. L'autodestruction comprend diverses manifestations, par exemple le grattage de la peau ou les coupures et brûlures, se frapper la tête contre les murs ou la prise de grandes quantités de drogues ou de médicaments. Pour déterminer le risque, l'évaluateur devrait prendre en considération la nature, la gravité et la fréquence du comportement suicidaire/autodestructeur ainsi que ses conséquences physiques et/ou psychologiques.

Exemple de cas

Marie grandit dans une famille très religieuse. Elle est proche de son père, mais elle a de mauvais rapports avec sa mère qui la frappe souvent. À l'âge de 9 ans, Marie est victime des agressions sexuelles d'un ami de la famille pendant une période de quelques mois. Elle en parle à sa mère, mais celle-ci blâme Marie et lui dit qu'elle est sale et méchante. À partir de ce moment, Marie commence à se faire du mal, par exemple en se coupant avec des objets tranchants. Elle quitte la maison à l'âge de 15 ans, mais elle est incapable de se créer une vie stable ou de nourrir des relations interpersonnelles. Après avoir été violée par une connaissance, elle commet sa première tentative de suicide. De nombreuses tentatives de suicide vont suivre, pour la plupart avec des médicaments ou de la drogue. Marie est souvent admise dans des hôpitaux psychiatriques, mais les traitements semblent infructueux. Marie se comporte souvent de façon très agressive envers le personnel infirmier et elle détruit des objets ou allume des incendies pour canaliser sa colère. Finalement, elle est condamnée à un traitement obligatoire après avoir mis le feu dans sa chambre dans un hôpital psychiatrique, mettant sérieusement d'autres personnes en danger.

H15 Victimisation après l'enfance

Explication

La recherche a montré que la victimisation après l'enfance¹³ est reliée : 1) au comportement violent; 2) à l'infraction sexuelle; et 3) au comportement criminel en général. Premièrement, pour ce qui est du comportement violent, il a été démontré que les délinquantes violentes sont plus sujettes que les non-délinquantes à avoir été mentalement et physiquement maltraitées à l'enfance et à l'âge adulte (Weizmann-Henelius et al., 2004). Swan et ses collègues (2005) ont montré que les femmes qui ont été fréquemment victimes de violence par leur partenaire manifestent souvent un comportement violent envers leur partenaire, particulièrement si la femme a aussi été victimisée à l'enfance. Les femmes maltraitées par leurs partenaires ont recours à une discipline plus agressive avec leurs enfants que les femmes non maltraitées (Margolin, Gordis, Medina et Oliver, 2003). En outre, on a montré que ces femmes courent un plus grand risque de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique et de dépression, et que le risque de comportement violent envers les autres s'en trouve accru. Deuxièmement, les femmes qui commettent des infractions sexuelles ont souvent des antécédents de violence sexuelle, tant à l'enfance qu'à l'âge adulte (Gannon et Cortoni, 2010). Les femmes victimes d'agressions sexuelles sont plus susceptibles de souffrir de dépression ou d'un trouble de stress post-traumatique et d'éprouver des sentiments de colère/irritabilité (Spataro, Mullen, Burgess, Wells et Moss, 2004), ce qui peut conduire à un comportement violent. Troisièmement, il existe une association marquée entre la victimisation à l'âge adulte et la récidive en général (Benda, 2005; Van Voorhis et al., 2010). La victimisation est un facteur de risque de violence envers les autres chez les hommes comme chez les femmes, mais la corrélation est plus forte chez les femmes (Benda, 2005). Les femmes sont généralement plus souvent exposées à la victimisation que les hommes. Dans une étude menée chez des détenues, presque toutes les femmes avaient connu au moins une expérience traumatique à l'âge adulte (Green et al., 2005). En général, les expériences traumatiques sont prédictives d'autres comportements à risque comme la consommation de drogues ou d'alcool et un comportement sexuel dangereux (Rheingold, Acierio et Resnick, 2004) et constituent ainsi indirectement des facteurs de risque de violence (Briere et Elliott, 2003; Coker et al., 2002).

¹³ Dans le HCR-20^{v3}, la victimisation sera vraisemblablement incluse dans l'item *Expériences traumatiques* proposé, bien que cet item ne fera probablement pas de distinction entre la victimisation à l'enfance et la victimisation à l'âge adulte.

Codage

0	Aucune victimisation après l'enfance (à partir de 17 ans).
1	Victimisation après l'enfance (à partir de 17 ans) possible/moins sérieuse.
2	Victimisation après l'enfance (à partir de 17 ans) certaine/sérieuse.

La gravité de la victimisation après l'enfance dépend de la durée, du degré du préjudice physique, des dommages matériels et des conséquences physiques et/ou psychologiques pour la victime. D'après certains professionnels de la santé mentale, les patientes peuvent facilement prendre un rôle de victime. Par conséquent, la crédibilité et la fiabilité des sources qui indiquent une victimisation devraient être vérifiées attentivement.

Exemple de cas

Rachel est agressée sexuellement par son frère entre les âges de 5 et 12 ans. Ses parents ne la protègent pas et infligent à leurs enfants des châtiments cruels. Rachel quitte la maison à l'âge de 13 ans pour aller vivre avec un homme qui au départ semble prendre soin d'elle et vouloir l'aider. Après un temps, cependant, cet homme se montre de plus en plus violent envers elle et elle le quitte. Plusieurs relations difficiles suivent, dans lesquelles Rachel est maltraitée et brutalisée. À plusieurs reprises, elle se retrouve à l'hôpital ou dans un refuge pour femmes battues. À l'âge de 22 ans, elle amorce une relation sérieuse avec un homme qui a des problèmes de toxicomanie et elle a une fille avec lui. Quand la famille est évincée du logement pour non-paiement du loyer, la relation se détériore et commence alors un cycle de violence familiale mutuelle. Au cours d'une querelle où son partenaire menace de s'en prendre à leur fille, Rachel devient furieuse et, sous l'effet de la colère, le tue avec une paire de ciseaux. Elle est condamnée à une peine de prison et à un traitement obligatoire. À l'hôpital psychiatrique médico-légal, elle noue rapidement une relation avec une autre patiente manifestant un haut degré de psychopathie. Cette relation est instable et conflictuelle.



Items cliniques

Pour coder les items cliniques, l'évaluateur devrait se centrer surtout sur le comportement observable **durant les 6 derniers mois et jusqu'au moment de l'évaluation**. Dans le FAM, deux nouveaux facteurs cliniques de risque pour les femmes ont été intégrés (C6 et C7). Pour coder les items cliniques originaux du HCR-20, l'évaluateur consultera le manuel du HCR-20 (Webster et al., 1997). Pour coder ces items cliniques du HCR-20, l'évaluateur devrait aussi savoir que, du fait des différences entre les sexes dans les processus de socialisation, les femmes sont plus sensibles à leur environnement social et en sont plus conscientes que les hommes, et par conséquent plus habiles pour déterminer ce qui est socialement désirable (Bennett, Farrington et Huesmann, 2005). Par conséquent, il pourrait être plus facile de surévaluer la connaissance de soi des femmes et leur motivation en faveur du traitement que ce ne le serait pour des hommes. En outre, on est souvent porté à croire que les femmes ont de meilleures aptitudes verbales que les hommes, mais cette hypothèse est loin d'être démontrée dans les faits (Wallentin, 2009).

Tableau 4. Items cliniques

Items cliniques du HCR-20	Items cliniques du FAM
C1	Manque de connaissance de soi
C2	Attitudes négatives
C3	Symptômes actifs de maladie mentale majeure
C4	Impulsivité
C5	Réfractaire au traitement
	<i>Facteurs de risque spécifiques pour les femmes</i>
	C6 Comportement caché/ manipulateur
	C7 Faible estime de soi

Note : Les items du HCR-20 sont repris avec permission des auteurs (Webster et al., 1997).

C6 Comportement caché/manipulateur

Explication

Bien que des preuves empiriques de la validité prédictive de cet item¹⁴ relativement au comportement violent manquent toujours, une indication de son intérêt vient d'études qui ont établi que les femmes montrent plus d'agressivité indirecte que les hommes (voir par exemple Archer et Cote, 2005; Crick et Grotpeter, 1995; Hess et Hagen, 2006). L'agressivité indirecte (aussi appelée agressivité relationnelle ou sociale ou manipulation sociale cachée) est définie comme une tentative délibérée de nuire à une autre personne au moyen des relations sociales ou en s'attaquant à son statut social, par exemple par des ragots ou l'exclusion. Plusieurs études ont montré une agressivité indirecte beaucoup plus grande chez les filles que chez les garçons (Brownie, 2007; Österman et al., 1998). Il y a eu moins de recherche sur l'agressivité indirecte chez les femmes adultes et jusqu'ici, les résultats de ces études ont été moins concluants que pour les filles. Une étude néerlandaise sur les différences entre les sexes chez des patients en psychiatrie légale a montré que les femmes déclarent beaucoup plus d'agressivité indirecte à l'*Inventaire d'hostilité de Buss-Durkee* (BDHI) que les hommes (Graat et al., 2011). En outre, il pourrait y avoir un lien entre l'agressivité indirecte chez les femmes et un score plus élevé au facteur 1 à la PCL-R (Isoma et Guyton, 2011). Il est cependant important de rappeler que si, en général, les femmes manifestent plus d'agressivité indirecte que les hommes, cela n'implique pas nécessairement qu'elle soit un prédicteur de violence future ou directe.

Les professionnels de la santé mentale ont maintes fois mentionné le comportement caché comme facteur potentiel de risque de violence (en particulier l'incitation à la violence ou à d'autres types de comportements antisociaux) et comme cible importante de traitement. Les femmes patientes sont vues comme étant plus habiles à manipuler leur environnement que les hommes ; elles semblent souvent jouer un rôle plus discret dans des incidents violents ou le comportement perturbateur d'autres personnes. De telles pratiques ne mènent pas nécessairement à la violence, mais peuvent créer des conflits et des problèmes. Une forme particulière de comportement manipulateur qui est considéré par des professionnels de la santé mentale comme un sérieux facteur de risque de (incitation à la) violence est le comportement sexuel manipulateur.

¹⁴ Dans le FAM:RV, il y avait deux items, *Comportement sexuel manipulateur* et *Comportement caché*. Dans le FAM, il a été décidé d'intégrer ces items. Bien qu'ils puissent être vus comme deux types différents de comportements, nous estimons qu'ils sont tous deux une expression d'un même mobile sous-jacent, c.-à-d. essayer d'influencer (de façon subtile) l'environnement social.

La sexualité peut avoir des fonctions différentes pour les femmes et celles-ci peuvent instrumentaliser leur sexualité pour amener d'autres personnes à faire des choses pour elles. Cela se voit relativement souvent chez les femmes ayant un haut degré de psychopathie (Forouzan et Cooke, 2005). Le recours à la sexualité pour manipuler les autres (habituellement des hommes) peut également augmenter le risque que ces femmes incitent d'autres personnes à s'engager dans des comportements violents. Enfin, le comportement sexuel manipulateur augmente le risque de victimisation, par exemple lorsque l'autre personne comprend qu'on se sert d'elle.

Codage

0	Aucun signe de comportement caché/manipulateur.
1	Signes possibles/moins sérieux de comportement caché/manipulateur.
2	Signes certains/sérieux de comportement caché/manipulateur.

Les comportements cachés comprennent par exemple les ragots, les mensonges au sujet d'une relation intime, la tromperie, le dénigrement et la tendance à laisser les autres faire les saloperies à sa place ou à monter des personnes les unes contre les autres. On peut déceler le comportement caché à l'intérieur d'une institution en observant comment une femme manœuvre dans son environnement social, par exemple son groupe de résidence, en évaluant l'étendue de son influence sur le groupe et en prenant note de son implication dans des incidents violents ou perturbateurs qui surviennent dans son environnement social. Des exemples de comportement manipulateur sont l'invocation de symptômes somatiques pour éviter les programmes de traitement et le recours intentionnel à la sexualité à des fins personnelles. Pour déterminer quel score attribuer, l'évaluateur devrait se centrer sur le comportement concret au cours des six derniers mois et prendre également en considération la nature et la gravité de ce comportement.

Note!

Les comportements cachés et manipulateurs peuvent être des symptômes de certains troubles comme la psychopathie ou un trouble de la personnalité limite, lesquels sont déjà notés avec les items historiques *Psychopathie* et *Trouble de la personnalité*. Le présent item, toutefois, est dynamique; il se rapporte au comportement des six derniers mois et devrait être noté s'il est présent, même s'il a déjà été inclus dans les facteurs historiques.

Exemple de cas

Carole est une femme de 46 ans qui a été de nombreuses fois reconnue coupable de fraudes, de détournement et de faux. À quelques reprises, elle a proféré des menaces. Elle trompe régulièrement amis, connaissances et étrangers. De façon générale, Carole a l'habitude de nouer une relation avec un homme, pour ensuite lui voler d'importantes sommes d'argent et disparaître. Finalement, elle est condamnée à un traitement obligatoire d'une durée de deux ans. À l'hôpital psychiatrique médico-légal, Carole montre un motif de comportement caché et manipulateur : elle répand volontiers des ragots et cause toutes sortes de malentendus et de problèmes. Elle est impliquée dans la vente de téléphones mobiles et facilite des relations secrètes à l'hôpital en louant sa chambre. Elle sème la bisbille entre les surveillantes. Elle demande à d'autres patientes qui ont des privilèges de sortie de lui rapporter des choses et elle emprunte aux autres patientes ou dans le budget du groupe de l'argent qu'elle ne rembourse pas. Carole suit son programme de traitement de façon irrégulière et se déclare souvent malade. Le personnel traitant soupçonne fort que ses symptômes somatiques sont simplement un prétexte pour se dérober au traitement et à ses obligations.

C7 Faible estime de soi

Explication

Une méta-analyse a montré un lien entre la faible estime de soi chez les femmes et le comportement antisocial et violent envers les autres, et particulièrement envers des êtres vulnérables comme les enfants (Larivière, 1999). Une étude aux Pays-Bas sur la carrière criminelle de filles a montré que presque toutes les filles qui avaient commis des crimes avaient une faible estime de soi. En outre, toutes les filles chez lesquelles l'estime de soi était extrêmement faible avaient du mal à contrôler leur agressivité (Wong, Slotboom et Bijleveld, 2010). Une faible estime de soi a également été associée à d'autres facteurs de risque. Il a aussi été démontré que les femmes qui ont été maltraitées dans leur passé tendent à avoir une faible estime de soi (Salisbury et al., 2009) et que la faible estime de soi est associée à une tendance accrue à la toxicomanie (Hubbard et Matthews, 2008). Les professionnels de la santé mentale indiquent que les croyances négatives des femmes à leur propre sujet résultant d'une faible estime de soi peuvent être mises en acte par des comportements violents dirigés contre les autres et contre elles-mêmes.

Codage

0	Aucun signe de faible estime de soi.
1	Signes possibles/moins sérieux de faible estime de soi.
2	Signes certains/sérieux de faible estime de soi.

Cet item se rapporte spécifiquement aux sentiments négatifs, aux attitudes et idées négatives des femmes envers elles-mêmes. Il est important que, pour coder cet item, l'évaluateur se demande comment cette faible estime de soi peut, dans un cas donné, augmenter le risque que la femme passe à l'acte de façon violente. Par exemple, le désespoir ou le sentiment de n'avoir rien à perdre peut favoriser la violence envers les autres ou envers soi. Un exemple de ce type de croyance serait : « Je suis nulle, je n'ai pas d'avenir, alors qu'importe si je... » D'autres exemples seraient la dévalorisation ou le dénigrement de soi. Pour déterminer le score, l'évaluateur devrait examiner les comportements concrets au cours des six derniers mois.

Exemple de cas

Chloé est une femme de 30 ans. Enfant, elle est rabaissée par son père et elle est une petite fille extrêmement anxieuse et timide. Dès un jeune âge, Chloé ment au sujet de beaucoup de choses, disant par exemple aux autres qu'elle souffre de maladies graves dont elle n'est nullement atteinte. Sa motivation est d'obtenir une attention positive de ses parents et de ses pairs. Le mensonge prend chez elle une tournure pathologique et Chloé devient de plus en plus enfermée dans ses fabulations. Pour dominer ses sentiments de stress, Chloé se met à allumer des feux qui mettent en danger des personnes et des biens. Elle est condamnée à un traitement obligatoire d'une durée maximale de deux ans. À l'hôpital, Chloé est vue comme une femme qui manque énormément d'assurance et qui a du mal à fixer ses limites. Cela la rend vulnérable aux mauvais traitements des autres, mais en même temps, Chloé est manipulatrice et ment constamment au personnel et aux autres patientes. Par conséquent, les autres ne la prennent pas au sérieux, ne la respectent pas et finissent par la repousser. En plus, elle éloigne les autres par un manque de soins de sa personne et sa mauvaise hygiène personnelle. Tout cela mène à une accumulation de frustration et elle adopte un comportement destructeur, tant envers elle-même (autodestruction) qu'envers les autres à l'hôpital (incendies, sabotage, agressivité indirecte).



Items de gestion du risque

Pour coder les items de gestion du risque, l'évaluateur devrait faire une prédiction au sujet du risque que la femme s'engage dans certains comportements dans un proche avenir, **jusqu'à 12 mois après l'évaluation**. Il peut être utile de coder les items de gestion du risque dans différents contextes de manière à pouvoir comparer et décider des interventions futures requises ou du suivi, par exemple la poursuite de la vie en milieu protégé ou un congé (conditionnel) de l'hôpital psychiatrique médico-légal. Dans les cas médico-légaux qui comparaissent en justice, les doubles codages pourraient être utiles à l'évaluateur pour expliquer et justifier son évaluation du risque au tribunal. Dans le FAM, deux nouveaux facteurs de gestion du risque pour les femmes ont été incorporés (R6 et R7). Pour coder les items originaux de gestion du risque du HCR-20, l'évaluateur consultera le manuel du HCR-20 (Webster et al., 1997).

Tableau 5. Items de gestion du risque

	Items de gestion du risque du HCR-20	Items de gestion du risque du FAM
R1	Plans qui manquent de réalisme	
R2	Exposition à des facteurs déstabilisants	
R3	Manque de soutien personnel	
R4	Non-observance des tentatives de remédiation	
R5	Stress	<i>Facteurs de risque spécifiques pour les femmes</i>
		R6 Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant
		R7 Relation intime malsaine

Note : Les items du HCR-20 sont repris avec la permission des auteurs (Webster et al., 1997).

R6 Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant

Explication

Cet item porte sur deux questions : 1) le fardeau et la lourde responsabilité de s'occuper d'un enfant ou d'enfants mineurs¹⁵; 2) la colère, la frustration et la tristesse qui peuvent venir d'une perte de contact ou d'un contact limité avec ses enfants. Premièrement, l'éducation des enfants requiert des compétences et comporte de nombreuses responsabilités qui peuvent s'avérer trop grandes pour certaines femmes ayant des problèmes graves ou souffrant de psychopathologie¹⁶. La recherche a démontré que les femmes qui ont la responsabilité d'enfants récidivent plus souvent, particulièrement si l'on ajoute la pauvreté, un soutien social limité et des problèmes de toxicomanie (Greene, Haney et Hurtado, 2000; Van Voorhis et al., 2008). En outre, la littérature scientifique montre que lorsqu'une femme a négligé ou maltraité ses enfants dans le passé, la responsabilité de s'occuper d'enfants augmente le risque de violence future envers à la fois ses propres enfants et d'autres enfants dont elle a la charge (Motz, 2001; De Ruiter et De Jong, 2005; De Ruiter et al., en rédaction). Deuxièmement, il est établi que les femmes qui ont un contact limité avec leurs enfants en raison d'une détention ou d'une admission dans une institution ont des niveaux élevés de stress et davantage de problèmes psychologiques (Van Voorhis et al., 2010). S'il existe un danger que la femme perde ses enfants, par exemple par transfert de l'autorité parentale, cela peut mener souvent à d'intenses sentiments de colère et de tristesse (Batchelor, 2005; Van Voorhis et al., 2008).

Les professionnels de la santé mentale reconnaissent que des problèmes peuvent apparaître si les femmes éprouvent des sentiments d'échec et de déception venant de leur incapacité d'aider leurs enfants lorsque leur absence est le résultat d'une détention ou d'une admission en service psychiatrique. En outre, des attentes irréalistes concernant la fréquence et l'intensité des contacts avec ses enfants ou la responsabilité de ses enfants peuvent susciter chez la femme des sentiments de colère et de frustration dirigés contre la famille d'accueil ou ceux qui remettent en question ses compétences parentales, ce qui peut éventuellement augmenter le risque de comportement violent.

¹⁵ Nous utiliserons dorénavant « enfants », pour simplifier.

¹⁶ Le fait d'avoir des enfants peut également exercer un effet protecteur (voir p. 24. Voir aussi l'item du SAPROF *Objectifs de vie*).

Codage

0	Faible probabilité de responsabilité des enfants difficile.
1	Probabilité modérée de responsabilité des enfants difficile.
2	Forte probabilité de responsabilité des enfants difficile.

Pour coder cet item, l'évaluateur devrait évaluer les chances que la femme retrouve la garde de ses enfants mineurs et déterminer si cette éventualité peut mener à d'autres problèmes. La responsabilité des soins des enfants ne s'étend pas qu'aux enfants de la femme elle-même, mais aussi, le cas échéant, aux enfants d'un partenaire. L'évaluateur devrait aussi porter une certaine attention à la capacité de la femme d'élever des enfants. Lorsqu'une femme est prête à accepter des conseils sur l'éducation de ses enfants, cela peut justifier un score plus bas. L'attribution du score est fondée sur la gravité prévue des problèmes auxquels la femme devra faire face dans l'éducation des enfants. Cet item porte essentiellement sur les soins (désirés) à donner à des enfants mineurs, mais peut aussi s'étendre à des (jeunes) enfants adultes, par exemple dans certaines circonstances de leur vie où ils souffrent de sérieux problèmes psychologiques, d'une maladie ou d'une incapacité. Ces circonstances ou problèmes peuvent affecter la femme, causer par exemple une vive inquiétude et des sentiments de stress. Si une responsabilité (désirée) de s'occuper d'enfants est peu probable, le score devrait être de 0.

Note!

Cet item peut sembler recouper l'item historique *Difficultés de parentage*. Toutefois, le présent item est dynamique et de portée plus large. Cet item embrasse non seulement les compétences parentales, mais aussi les problèmes relatifs à la responsabilité désirée des soins aux enfants, par exemple les conséquences d'une incapacité d'élever ou d'aider les enfants en raison d'une détention ou d'une hospitalisation.

Exemple de cas

Fatima grandit dans des conditions de négligence affective. Elle est presque totalement incapable d'établir des liens avec d'autres personnes et elle a beaucoup de problèmes dans ses relations intimes et ses rapports sociaux. À l'âge de 30 ans, elle noue une relation avec un homme avec qui elle aura trois enfants. Toutefois, son partenaire met un terme à la relation un an après la naissance de leur troisième enfant. Fatima est démolie, abandonne ses enfants et commence à vivre dans la rue. Elle se met à accumuler des dettes et ne respecte plus les accords de visite de ses enfants, lesquels vivent avec la famille de son ex-mari. Fatima menace d'enlever les enfants et de nuire à son ex-partenaire et sa famille. Après l'imposition d'une injonction, Fatima continue de faire des menaces à l'endroit de son ex-mari, de sa famille et de ses enfants. Elle est finalement condamnée à un traitement obligatoire dans un hôpital psychiatrique médico-légal pour cause de traque furtive. Au début du traitement, les enfants rendent visite à Fatima. Il devient clair toutefois que ces visites sont un fardeau trop lourd tant pour Fatima que pour les enfants ; l'hôpital, de concert avec le tuteur, décide de suspendre les visites. Fatima est furieuse et intente une poursuite pour retrouver la garde de ses enfants. Bien que cette démarche augmente sensiblement son stress, le personnel traitant estime que la poursuite sert aussi d'excuse à Fatima pour éviter le traitement.

R7 Relation intime malsaine

Explication

Les femmes qui ont un comportement violent sont plus susceptibles d'avoir des partenaires antisociaux, violents et/ou toxicomanes que les femmes qui n'ont jamais commis d'infractions avec violence (Leverentz, 2006; Weizmann-Henelius et al. 2004). La vie avec un partenaire antisocial, une vie conjugale médiocre et le manque de soutien du partenaire sont tous des facteurs fortement associés au comportement criminel (Benda, 2005; Farrington, Barnes et Lambert, 1996; Messer et al., 2004; Van Voorhis et al., 2010). Le rapport entre une relation intime malsaine et le comportement criminel est bien établi tant chez les femmes que chez les hommes, mais la corrélation est plus forte chez les femmes (Benda, 2005). Les femmes qui ont été victimes de nombreuses agressions sexuelles semblent se lier fois après fois au même type de partenaire (McCartan et Gunnison, 2010). Elles sont plus susceptibles de poursuivre une relation avec un partenaire inadéquat ou de nouer des relations avec de semblables partenaires violents.

Les professionnels de la santé mentale indiquent qu'une relation intime malsaine peut mener à un risque de violence future de plusieurs façons. Premièrement, dans une relation difficile caractérisée par la violence et les conflits, le partenaire est une victime potentielle (voir aussi p.18). Deuxièmement, de nombreuses femmes commettent des infractions avec leur partenaire, car il n'est pas rare qu'un partenaire antisocial entraîne la femme dans son activité criminelle.

Codage

0	Faible probabilité de relation intime (future) malsaine.
1	Probabilité modérée de relation intime (future) malsaine.
2	Forte probabilité de relation intime (future) malsaine.

Cet item s'applique à une relation intime existante ou prévue dans laquelle des problèmes majeurs sont observés ou redoutés. Pour évaluer cet item, il est important de vérifier si la femme est (financièrement) indépendante, si elle peut supporter de ne pas être en couple et si elle a tendance à fuir dans des relations instables. Les relations très fusionnelles ou dans lesquelles il existe une forte dépendance sont exposées à un risque de codélinquance. Cela inclut non seulement la perpétration directe des infractions, mais également la complicité et l'incitation d'une autre personne à commettre une infraction. Des exemples de relations instables sont les relations caractérisées par de nombreux conflits, les relations dans lesquelles il y a oppression ou maltraitance et les relations avec des partenaires antisociaux. Selon la fréquence, la gravité et l'impact, le score sera de 1 ou de 2.

Note!

Cet item peut sembler recouper l'item historique *Relations instables*, vu que les deux items portent (un pattern) sur de l'instabilité et des problèmes dans les relations intimes. La différence vient du fait que le présent item est axé sur l'avenir. Cela inclut une prévision qu'une femme demeurera dans une relation malsaine ou nouera une nouvelle relation malsaine. Un score élevé à l'item historique *Relations instables* n'implique pas nécessairement qu'une femme obtiendra un score élevé dans le présent item – quoique les chances que cela se produise soient beaucoup plus grandes.

Exemple de cas

Michelle est une femme de 27 ans qui, avec son petit ami, a tué son oncle quand elle avait 16 ans. Michelle souffre d'un grave trouble de la personnalité limite et elle a été longtemps traitée dans un hôpital psychiatrique médico-légal. En dépit de sa motivation et de son engagement dans son traitement, elle n'arrive pas à gérer sa propre vie. Elle est très vulnérable, elle est facilement influencée par les autres et elle se montre incapable d'établir des limites. Michelle a eu de nombreuses relations à l'hôpital, avec des hommes et avec des femmes. Ces relations semblent la déstabiliser fois après fois. Elle entretient présentement une relation avec un homme souffrant de graves problèmes d'alcoolisme qui fait de fréquentes rechutes. Comme l'alcool est un facteur de risque pour Michelle elle-même, elle trouve difficile de composer avec les problèmes de son partenaire. Elle est fâchée contre lui, mais en même temps elle a envie de boire. En plus, elle a très peur de perdre son partenaire, ce qui l'amène à céder trop facilement à ses demandes douteuses. Par exemple, ils sont impliqués ensemble dans un trafic de drogues à l'intérieur de l'hôpital. Michelle reconnaît les problèmes que la relation représente pour elle, mais elle dit aussi qu'elle ne peut pas vivre sans son partenaire.

Schéma de codage pour le FAM

❶ Utiliser les deux manuels pour coder les items du HCR-20 (items H6-H10 avec les lignes directrices additionnelles dans le FAM) et les items du FAM.



❷ Noter les items critiques (un maximum de 6) pour le HCR-20 et le FAM : quels items sont les facteurs de risque les plus importants pour cette femme ?



❸ Faire l'évaluation finale du risque de violence envers les autres.



❹ Faire les trois évaluations des risques additionnels (expérimental) :

- Comportement autodestructeur (p. ex., autodestruction, tentative de suicide)
- Victimisation (p. ex., victime de violence familiale)
- Comportement criminel non violent (p. ex., infractions contre les biens, fraude).

Note : Pour des directives plus détaillées, voir *Procédure de codage* (p. 35). En outre, il est recommandé d'examiner également les facteurs de protection, par exemple avec le SAPROF.



Feuille de cotation du Manuel additionnel pour les femmes (FAM)

Lignes directrices additionnelles au HCR-20 chez les femmes

Nom :	Date :
Âgé :	Contexte de l'évaluation du risque :

Items historiques	Cote	Aspect critique
H6 Maladie mentale majeure : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>		<input type="checkbox"/>
H7 Psychopathie : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>		<input type="checkbox"/>
H8 Inadaptation précoce : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i> H8a Circonstances difficiles à l'enfance H8b Comportement difficile à l'enfance		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
H9 Trouble de la personnalité : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>		<input type="checkbox"/>
H10 Échec d'une supervision antérieure : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>		<input type="checkbox"/>
H11 Prostitution		<input type="checkbox"/>
H12 Difficultés de parentage		<input type="checkbox"/>
H13 Grossesse précoce <input type="checkbox"/> s.o.		<input type="checkbox"/>
H14 Suicidalité / autoagression		<input type="checkbox"/>
H15 Victimisation après l'enfance		<input type="checkbox"/>

Items cliniques	Cote	Aspect critique
C6 Comportement caché / manipulateur		<input type="checkbox"/>
C7 Faible estime de soi		<input type="checkbox"/>

Items de gestion du risque	Cote	Aspect critique
R6 Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant		<input type="checkbox"/>
R7 Relation intime malsaine		<input type="checkbox"/>

Autres facteurs considérés

Facteurs de protection	
Jugement final SAPROF (optionnel)	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Faible / modéré <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Modéré / élevé <input type="checkbox"/> Élevé

Évaluation finale du risque	Proche avenir (12 mois)
Violence à autrui	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Faible / modéré <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Modéré / élevé <input type="checkbox"/> Élevé
Évaluation supplémentaire du risque (expérimental) :	
Comportement auto-destructeur	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Faible / modéré <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Modéré / élevé <input type="checkbox"/> Élevé
Victimisation	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Faible / modéré <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Modéré / élevé <input type="checkbox"/> Élevé
Comportement criminel non-violent	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Faible / modéré <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Modéré / élevé <input type="checkbox"/> Élevé

Évaluateur(s) :	Rôle de(s) l'évaluateur(s) :
------------------------	-------------------------------------

Item critique : au centre de l'attention (items historiques) ou centre du traitement (items cliniques et items de gestion du risque). Les items originaux du HCR-20 doivent être codés à l'aide du manuel du HCR-20 (Webster et al., 1997).

Feuille de codage pour les items du HCR-20 spécifiques pour les femmes

À utiliser en combinaison avec le FAM

Nom :	Date :
Âgé :	Contexte de l'évaluation du risque :

Items historiques		Cote	Aspect critique
H1	Violence antérieure		<input type="checkbox"/>
H2	Jeune âge au premier incident violent		<input type="checkbox"/>
H3	Relations instables		<input type="checkbox"/>
H4	Problèmes d'emploi		<input type="checkbox"/>
H5	Problèmes de toxicomanie		<input type="checkbox"/>
H6	Maladie mentale majeure <i>(voir le FAM pour les lignes directrices additionnelles)</i>	<i>Voir la feuille de codage du FAM</i>	
H7	Psychoopathie <i>(voir le FAM pour les lignes directrices additionnelles)</i>	<i>Voir la feuille de codage du FAM</i>	
H8	Inadaptation précoce <i>(voir le FAM pour les lignes directrices additionnelles)</i>	<i>Voir la feuille de codage du FAM</i>	
H9	Trouble de la personnalité <i>(voir le FAM pour les lignes directrices additionnelles)</i>	<i>Voir la feuille de codage du FAM</i>	
H10	Échec d'une supervision antérieure <i>(voir le FAM pour les lignes directrices additionnelles)</i>	<i>Voir la feuille de codage du FAM</i>	

Items cliniques		Cote	Aspect critique
C1	Manque de connaissance de soi		<input type="checkbox"/>
C2	Attitudes négatives		<input type="checkbox"/>
C3	Symptômes actifs de maladie mentale majeure		<input type="checkbox"/>
C4	Impulsivité		<input type="checkbox"/>
C5	Réfractaire au traitement		<input type="checkbox"/>

Items de gestion du risque		Cote	Aspect critique
R1	Plans irréalistes		<input type="checkbox"/>
R2	Exposition à des facteurs déstabilisants		<input type="checkbox"/>
R3	Manque de soutien personnel		<input type="checkbox"/>
R4	Non-observance des tentatives de remédiation		<input type="checkbox"/>
R5	Stress		<input type="checkbox"/>

Les items du HCR-20 doivent être codés à l'aide du manuel HCR-20 (Webster et al., 1997). Dans le FAM, des lignes directrices ont été formulées pour les items H6-H10 et des facteurs de risque spécifiques pour les femmes ont été incorporés (voir De Vogel et al., 2011). Item critique : au centre de l'attention (items historiques) ou centre du traitement (items cliniques et items de gestion du risque). Les items du HCR-20 sont repris avec la permission des auteurs (Webster et al., 1997).



Références

- Abram, K., Teplin, L., & McClelland, G. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1007-1010.
- Adams, S.R. (2002). Women who are violent: Attitudes and beliefs of professionals working in the field of domestic violence. *Military Medicine*, *167*, 445-450.
- Allen, C.T., Swan, S.C., & Raghavan, C. (2009). Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*, 1816-1834.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: Author.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2000). *The Level of Service-Inventory-Revised*. Toronto, Multi-Health Systems.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. 5th ed. New Providence: Anderson Publishing.
- Archer, D. & McDaniel, P. (1995). Violence and gender. In R.B. Ruback & N.A. Weiner (Eds.). *Interpersonal violent behaviors: Social and cultural aspects* (pp. 63-87). New York, NY: Springer.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *126*, 651-680.
- Archer, J. & Côté, S. (2005). Sex differences in aggressive behavior. A developmental and evolutionary perspective. In R.E. Tremblay, W. Hartup, & J. Archer (Eds.). *Developmental origins of aggression* (pp. 425-443). New York: The Guilford Press.
- Augimeri, L.K., Enebrink, P., Walsh, M., & Jiang, D. (2010). Gender specific risk assessment tools: Early assessment risk list for boys (EARL-20B) and girls (EARL-21G). In R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds), *Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health* (pp. 43-62). New York: Routledge.
- Babcock, J.C., Miller, S.A., & Siard, C. (2003). Toward a typology of abusive women: Differences between partner-only and generally violent women in the use of violence. *Psychology of Women Quarterly*, *27*, 153-161.
- Batchelor, S. (2005). 'Prove me the bam!': Victimization and agency in the lives of young women who commit violent offences. *The Journal of Community and Criminal Justice*, *52*, 358-375.
- Beech, A.R., Parrett, N., Ward, T., & Fisher, D. (2009). Assessing female sexual offenders' motivations and cognitions: An exploratory study. *Psychology, Crime & Law*, *15*, 201-216.

- Belknap & Holsinger, K. (2006). The gendered nature of risk factors for delinquency. *Feminist Criminology, 1*, 48-71.
- Benda, B. (2005). Gender differences in life-course theory of recidivism: A survival analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49*, 325-342.
- Bennett, S., Farrington, D.P., & Huesmann, L.R. (2005). Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 263-288.
- Berman, M.E., Fallon, A.E., & Coccaro, E.F. (1998). The relationship between personality psychopathology and aggressive behavior in research volunteers. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 651-658.
- Blackburn, A.G. & Trulson, C.R. (2010). Sugar and spice and everything nice? Exploring institutional misconduct among serious and violent female delinquents. *Journal of Criminal Justice, 38*, 1132-1140.
- Blanchette, K. & Brown, S.L. (2006). *The assessment and treatment of women offenders. An integrative perspective*. Chichester: Wiley Series in Forensic Clinical Psychology.
- Blanchette, K. & Motiuk, L.L. (1995). *Female offender risk assessment: The case management strategies approach*. Annual Convention of the Canadian Psychological Association, Racheltown, 1995.
- Bloom, B.E., Owen, B., & Convington, S.S. (2003). *Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders*. Washington DC: National Institute of Corrections.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist, 51*, 945-956.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bottos, S. (2007). *Women and violence: Theory, risk and treatment implications*. Research report No. R-198. Ottawa, ON, Canada: Research Brand Correctional Service Canada.
- Bouch, J. & Marshall, J.J. (2005). Suicide risk: Structured professional judgement. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*, 84-91.
- Briere, J., & Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1205-1222.
- Browne, A., Miller, B., & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry, 22*, 301-322.

- Brownie, B.H. (2007). Relational aggression, gender, and the developmental process. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 107-115.
- Burman, M., Batchelor, S., & Brown, J. (2001). Researching girls and violence: Facing the dilemmas of fieldwork. *British Journal of Criminology*, 41, 443-459.
- Byrd, P.M. & Davis, J.I. (2009). Violent behavior in female inmates. Possible predictors. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 379-392.
- Canadian Institute of Health Research (2011, December). *Gender, sex and health research guide: A tool for CIHR applicants*. Retrieved from: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/32019.html>.
- Carlen, P. (1985). Law, psychiatry and women's imprisonment. A sociological view. *British Journal of Psychiatry*, 146, 618-621.
- Carney, M., Buttell, F., & Dutton, D. (2007). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior* 12, 108-115.
- Chesney-Lind, M. & Pasko, L. (2004). *The female offender: Girls, women and crime*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Coid, J. (2000). Axis II disorders and motivation for serious criminal behavior. In A.E. Skodol (Ed.), *Psychopathology and violent crime* (pp. 53-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., & Jarman, B. (1999). Patients with personality disorder admitted to secure forensic psychiatric services. *British Journal of Psychiatry*, 175, 528-536.
- Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., & Jarman, B. (2000). Women admitted to secure forensic psychiatry services: I. Comparison of women and men. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 275-295.
- Coid, J., Wilkins, J., Coid, B., & Everitt, B. (1992). Self-mutilation in female remanded prisoners II: A cluster analytic approach towards identification of a behavioural syndrome. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 1-14.
- Coker, A.L., Davis, K.E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H.M., & Smith, P.H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268.
- Correctional Service of Canada, Task Force On Federally Sentenced Women (1990). *Creating Choices: Report of the Task Force on Federally Sentenced Women*.
- Corston, J. (2007). *The Corston Report: The need for a distinct, radically different, visibly-led, strategic, proportionate, holistic, woman-centered, integrated approach*. London: Home office. Retrieved from: <http://www.justice.gov.uk/publications/docs/corston-report-march-2007.pdf>.

- Cortoni, F. & Hanson, R.K. (2005). *A review of recidivism rates of adult female sexual offenders*. Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Cortoni, F., Hanson, R.K., & Coache, M. (2010). The recidivism rates of female sexual offenders are low: A meta-analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 387-401.
- Crick, N.R. & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological Adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- Cross, S.E. & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37.
- Davies, S., Clarke, M., Hollin, C., & Duggan, C. (2007). Long-term outcomes after discharge from medium secure care: A cause for concern. *British Journal of Psychiatry*, 191, 70-74.
- Daly, K. (1994). *Gender, crime, and punishment*. New Haven, CT: Yale University Press.
- de Ruiter, C. & de Jong, E.M. (2005). *CARE-NL. Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. [CARE-NL. Guideline for the structured assessment of risk for child abuse]. Enschede: FEBO druk.
- de Ruiter, C., de Jong, E.M., & Hildebrand, M. (in preparation). *Manual for the Child Abuse Risk Evaluation (CARE) English version*.
- de Vogel, V. (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press. Available at: <http://dare.uva.nl/document/13725>.
- de Vogel, V. & de Ruiter, C. (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 226-240.
- de Vogel, V. & de Ruiter, C. (2006). Structured Professional Judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12, 321-336.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. English Version*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. Second edition*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- de Vogel, V., & de Vries Robbé, M. (2013). Working with Women. Towards a more gender sensitive violence risk assessment. In: L. Johnstone & C. Logan (Eds). *Managing Clinical Risk: A guide to effective practice* (pp. 224-241). London: Routledge.

- de Vogel, V. & de Vries Robbé, M. (2011). *Risk assessment in female forensic psychiatric patients. First results with new gender-sensitive risk assessment guidelines*. Paper presented at the 11th Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Barcelona, Spain.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y.H.A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice. Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 171-177.
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., van Kalmthout, W., & Place, C. (2010). *Female Additional Manual: Research version (FAM:RV). Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwelijke (forensisch) psychiatrische patiënten* [Additional guidelines to the HCR-20 for the assessment of violent behavior by women]. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Kliniek.
- de Vries Robbé, M. (2014). *Protective factors. Validation of the Structured Assessment of Protective Factors for violence risk in forensic psychiatry*. Utrecht: Van der Hoeven Kliniek. Available: www.saprof.com.
- de Vries Robbé, M. & de Vogel, V. (2010). *Addendum to the SAPROF manual. Updated research chapter*. Utrecht, The Netherlands: Van der Hoeven Stichting (available at www.saprof.com).
- de Vries Robbé, M. & de Vogel, V. (2011). *Assessing protective factors in clinical practice: The SAPROF*. Paper presented at the 11th Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Barcelona, Spain.
- de Vries Robbé, M., de Vogel, V., & de Spa, E. (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients. A retrospective validation study of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 178-186.
- Douglas, K.S., Blanchard, A.J.E., Guy, L.S., Reeves, K.A., & Weir, J. (2010). *HCR- 20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography*. Available: <http://kdouglas.files.wordpress.com/2007/10/hcr-20-annotated-biblio-sept-2010.pdf>
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20^{vs}: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K.S. & Reeves, K.A. (2010). Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR- 20) Violence risk assessment scheme: Rationale, Application, and Empirical Overview. In R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health* (pp. 147-185). New York: Routledge.

- Dowden, C. & Andrews, D.A. (1999). What works for female offenders: A meta-analytic review. *Crime & Delinquency*, 45, 438-452.
- Farrington, D.P., Barnes, G.C., & Lambert, S. (1996). The concentration of offending in families. *Legal and Criminological Psychology*, 1, 47-63.
- Federal Bureau of Investigation. (2005). *Uniform crime reports*. Washington, DC: Author.
- Federal Bureau of Investigation. (2006). *Uniform crime reports*. Washington, DC: Author.
- Felson, R.B. (2002). *Violence and gender reexamined*. Washington: APA.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley.
- Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.
- Foley, A. (2008). The current state of gender-specific delinquency programming. *Journal of Criminal Justice*, 36, 262-269.
- Forouzan, E. & Cooke, D.J. (2005). Figuring out *la femme fatale*: Conceptual and assessment issues concerning psychopathy in females. *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 765-778.
- Funk, S.J. (1999). Risk assessment for juveniles on probation. A focus on gender. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 44-68.
- Fusco, S.L., Perrault, R.T., Paiva, M.L., Cook, N.E., & Vincent, G. (2011). *Probation officer perceptions of gender differences in youth offending and implications for practice in the field*. Paper presented at the 4th International Congress on Psychology and Law, Miami, March 2011.
- Gannon, T. (2010). Female arsonists: Key features, psychopathologies and treatment needs. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 73, 173-189.
- Gannon, T.A. & Cortoni, F. (2010). *Female sexual offenders. Theory, assessment and treatment*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Garcia-Mansilla, A., Rosenfeld, B., & Nicholls, T.L. (2009). Risk assessment: Are current methods applicable to women? *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 50-61.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works. *Criminology*, 34, 575-608.
- Graat, R., Lammers, S., & Bloemsaat, G. (2011). Sekseverschillen bij tbs-patiënten [Sex differences in tbs-patients]. *De Psycholoog*, 46, 10-20.
- Green, B.L., Miranda, J., Daroowalla, A., & Siddique, J. (2005). Trauma exposure, mental health functioning and program needs for women in jail. *Crime & Delinquency*, 51, 133-151.

- Greene, S., Haney, C., & Hurtado, A. (2000). Cycles of pain: Risk factors in the lives of incarcerated mothers and their children. *The Prison Journal*, 80, 3-23.
- Greenfield, L.A. & Snell, T.L. (1999). Women offenders. In *Bureau of Justice Statistics Special Report*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Guy, L.S. & Douglas, K.S. (2006). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Evaluating item bias with item response theory*. The sixth Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health, Amsterdam, June 2006.
- Hamel, J. & Nicholls, T.L. (2007). *Family interventions in domestic violence: A handbook of gender-inclusive theory and treatment*. London: Springer.
- Hannah-Moffat, K. (2004). Gendering risk at what cost: Negotiations of gender and risk in Canadian women's prisons. *Feminism & Psychology*, 14, 243-249.
- Hardyman, P.L. & van Voorhis, P. (2004). *Developing gender-specific classification systems for women offenders*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Justice, National Institute of Corrections.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hart, S.D., Cox, D., & Hare, R.D. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Hart, J.L., O'Toole, S.L., Price-Sharps, J.L., & Shaffer, T.W. (2007). The risk and protective factors of violent juvenile offending. An examination of gender differences. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 5, 367-384.
- Hawkins, S.R., Graham, P.W., Williams, J., & Zahn, M.A. (2009). *Resilient girls - factors that protect against delinquency* [Online]. Available at: www.ojp.usdoj.gov/ojjdp [accessed on 26 January 2010].
- Heilbrun, K., DeMatteo, D., Fretz, R., Erickson, J., Yasuhara, K., & Anumba, N. (2008). How "specific" are gender-specific rehabilitation needs? An empirical analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 1382-1397.
- Herrera, V.M. & McCloskey, L.A. (2003). Sexual abuse, family violence, and female delinquency: Findings from a longitudinal study. *Violence and Victims*, 18, 319-334.
- Hess, N.H. & Hagen, E.H. (2006). Sex differences in indirect aggression. Psychological evidence from young adults. *Evolution and Human Behavior* 27, 231-245.
- Hiday, V.A., Swanson, J.W., Swartz, M.S., Borum, R., & Wagner, H.R. (2001). Victimization: A link between mental illness and violence? *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 559-572.
- Hillbrand, M. (2001). Homicide-suicide and other forms of co-occurring aggression against self and against others. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 626-635.

- Holtfreter, K. & Cupp, R. (2007). Gender and risk assessment. The empirical status of the LSI-R for women. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 23, 363-382.
- Home Office (2003). *Statistics on Women and the Criminal Justice System*. Home Office Press Office, London. Retrieved from: <http://www.justice.gov.uk/publications/docs/women-criminal-justice-system-07-08.pdf>.
- Hotton-Mahony, T. (2011, April). *Women and the Criminal Justice System*. Component of Statistics Canada Catalogue no. 89-503-X. Minister of Industry.
- Hubbard, D.J. & Matthews, B. (2008). Reconciling the differences between the "Gender-responsive" and the "What works" literatures to improve services for girls. *Crime and Delinquency*, 54, 225-258.
- Isoma, Z. & Guyton, M.R. (2011). *Relational aggression and psychopathy among male and female inmates*. Paper presented at the AP-LS Conference, Miami, United States.
- Jeffries, S., Fletcher, G.J.O., & Newbold, G. (2003). Pathways to sex-based differentiation in criminal court sentencing. *Criminology*, 41, 329-354.
- Kim, H.K., Capaldi, D.M., Pears, K.C., Kerr, D.C.R., & Owen, L.D. (2009). Intergenerational transmission of internalising and externalising behaviours across three generations: Gender-specific pathways. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 125-141.
- Koons-Witt, B. & Schram, P. (2003). The prevalence and nature of violent offending by females. *Journal of Criminal Justice*, 31, 361-371.
- Krakowski, M. & Czobor, P. (2004). Gender differences in violent behaviors: Relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry*, 161, 459-465.
- Kreager, D.A., Matsueda, R.L., & Erosheva, E.A. (2010). Motherhood and criminal desistance in disadvantaged neighborhoods. *Criminology*, 48, 221-258.
- Kreis, M.K.F. & Cooke, D.J. (2011). Capturing the psychopathic female: A prototypicality analysis of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) across gender. *Behavioral Sciences and the Law*, 29, 634-648.
- Kropp, P.R., Hart, S.D., & Belfrage, H. (2005). *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER): User Manual*. Vancouver, Canada: ProActive ReSolutions Inc.
- Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D., & Eaves, D. (1999). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (Version 3)*. Vancouver: British Columbia Institute against Family Violence.
- Kruttschnitt, C. & Carbone-Lopez, K. (2006). Moving beyond the stereotypes: Women's subjective accounts of their violent crime. *Criminology*, 44, 321-351.

- Kruttschnitt, C., Gartner, R., & Ferraro, K. (2002). Women's involvement in serious interpersonal violence. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 529-565.
- Lam, J.N., McNeil, D.E., & Binder, R.L. (2000). The relationship between patients' gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatric Services, 51*, 1167-1170.
- Larivière, M. (1999). *The relationship between self-esteem, criminality, aggression, and violence: A meta-analysis*. Unpublished comprehensive examination, Carleton, University, Ottawa, Canada.
- Latessa, E., Cullen, F., & Gendreau, P. (2002). Beyond correctional quackery: Professionalism and the possibility of effective treatment. *Federal Probation, 66*, 43-49.
- Levene, K.S., Augimeri, L.K., Pepler, D.J., Walsh, M.M., Webster, C.D., & Koegl, C.J. (2001). *Early Assessment Risk List for Girls: EARL-21G. Version 1 - Consultation version*. Toronto, Ontario, Canada: EarlsCourt Child and Family Centre.
- Leverentz, A.M. (2006). The love of a good man? Romantic relationships as a source of support or hindrance for female ex-offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 43*, 459-488.
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: Gender matters. *Psychiatric Clinics of North America, 29*, 773-789.
- Lodewijks, H.P.B., de Ruiter, C., & Doreleijers, Th.A.H. (2008). Gender differences in violent outcome and risk assessment in adolescent offenders after residential treatment. *International Journal of Forensic Mental Health, 7*, 133-146.
- Logan, C. (2003). Women and dangerous and severe personality disorder: Assessing, treating and managing women at risk. In A. Lord & L. Rayment (Eds). *Dangerous and severe personality disorder (DSPD)* (pp. 46-60). Leicester: British Psychological Society.
- Logan, C. (2008). Sexual deviance in females: Psychopathology and theory. In D.R. Laws and W. O'Donohue (eds) *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment*, 2nd Edition. New York: Guilford Press.
- Logan, C. (2009). Psychopathy in women: Conceptual issues, clinical presentation and management. *Neuropsychiatrie, 23*, S. 25-33.
- Logan, C. & Blackburn, R. (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. *International Journal of Law and Psychiatry, 32*, 31-38.
- Loper, A.B., Mahmoodzadegan, N., & Warren, J.I. (2008). Childhood maltreatment and cluster B personality pathology in female serious offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 20*, 139-160.
- Loucks, A.D. & Zamble, E. (1999). Canada searches for predictors common to both men and women. *Corrections Today, 61*, 26-32.

- MacKenzie, A. & Johnson, S.L. (2003). *A profile of women gang members in Canada*. Research report No. R-138. Ottawa, ON: Research Brand Correctional Service Canada.
- Magdol, L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Newman, D.L., Fagan, J., & Silva, P.A. (1997). Gender differences in partner violence in a birth cohort of 21 years olds: Bridging the gap between clinical and epidemiological approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 68-78.
- Margolin, G., Gordis, E.B., Medina, A., & Oliver, P.H. (2003). The co-occurrence of husband-to-wife aggression, family-of-origin aggression, and child abuse potential in a community sample. Implications for parenting. *Journal of Interpersonal Violence, 18*, 413-440.
- McCartan, L.M. & Gunnison, E. (2010). Individual and relationship factors that differentiate female offenders with and without a sexual abuse history. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 1449-1469.
- McClellan, D., Farabee, D., & Crouch, B. (1997). Early victimization, drug use, and criminality: A comparison of male and female prisoners. *Criminal Justice and Behavior, 24*, 455-477.
- McFarlane, J., Willson, P., Malecha, A., & Lemmey, D. (2000). Intimate partner violence. A gender comparison. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 158-169.
- McKeown, A. (2010). Female offenders: Assessment of risk in forensic settings. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 422-429.
- Meichenbaum, D. (2006). *Comparison of aggression in boys and girls: A case for gender-specific interventions* [Online]. Available at: http://www.melissainstitute.org/documents/2006/Meich_06_genderdifferences.PDF [accessed on 26 January 2010].
- Meloy, J.R. & Boyd, C. (2003). Female stalkers and their victims. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 31*, 211-219.
- Melton, G.B., Petrila, J., Poythress, N.G., & Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers (3rd ed.)*. New York, NY: Guildford Press.
- Messer, J., Maughan, B., Quinton, D., & Taylor, A. (2004). Precursors and correlates of criminal behaviour in women. *Criminal Behaviour and Mental Health, 14*, 82-107.
- Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology, 13*, 355-375.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University press.
- Morash, M., Bynum, T.S., & Koons, B.A. (1998). *Women offenders: Programming needs and promising approaches* (National Institute of Justice, Research in Brief, NCJ 171668). Retrieved from: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/171668.pdf>.
- Morgan, M. & Patton, P. (2002). Gender-Responsive Programming in the Justice System - Oregon's Guidelines for Effective Programming for Girls. *Federal Probation*, 66, 57-65.
- Motz, A. (2001). *The psychology of female violence. Crimes against the body*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Newhill, C.E., Mulvey, E.P., & Lidz, C.W. (1995). Characteristics of violence in the community by female patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 46, 785-789.
- Nicholls, T.L. (2001). *Violence risk assessment with female NCRMD acquittees. Validity of the HCR-20 and PCL:SV*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Nicholls, T.L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 23-30.
- Nicholls, T.L., Greaves, C., & Moretti, M. (2008). Female aggression. In A. Jamieson & A. Moenssens (Eds.). *Wiley Encyclopedia of Forensic Science*. Wiley.
- Nicholls, T.L., Ogloff, J.R.P., Brink, J., & Spidel, A. (2005). Psychopathy in women: A review of its clinical usefulness for assessing risk for aggression and crime. *Behavioral Sciences and the Law*, 23, 779-802.
- Nicholls, T.L., Ogloff, J.R.P., & Douglas, K.S. (2004). Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 127-158.
- Ogders, C.L. & Moretti, M.M. (2002). Aggressive and antisocial girls: Research update and challenges. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 103-119.
- Ogders, C.L., Moretti, M.M., & Reppucci, N.D. (2005). Examining the science and practice of violence risk assessment with female adolescents. *Law and Human Behavior*, 29, 7-27.

- Office of the Auditor General of Canada (2003). *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons: Chapter 4 Correctional Service Canada - Reintegration of women offenders*. Retrieved from: <http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/20030404ce.pdf>.
- Ogle, R.S., Maier-Katkin, D., & Bernard, T.J. (1995). A theory of homicidal behavior among women. *Criminology*, 33, 173-193.
- Österman, K., Björkqvist, K., Lagerspetz, K.M.J., Kaukiainen, A., Landau, S.F., Frączek, A., & Caprara, G.V. (1998). Cross-cultural evidence of female indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 24, 1-8.
- Park, S., Morash, M., & Stevens, T. (2010). Gender differences in predictors of assaultive behavior in late adolescence. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 8, 314-331.
- Penney, S.R. & Lee, Z. (2010). Predicting and preventing aggression and violence risk in high-risk girls: Lessons learned and cautionary tales from the Gender and Aggression Project. *Court Review*, 46, 36-43.
- Petersen, K., Douglas, K.S., & Nicholls, T.L. (2011). *Gender differences in the psychometric properties of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in an acute civil psychiatric sample*. Paper presented at the 4th International Congress on Psychology and Law, Miami, March 2011.
- Philipse, M., de Ruiter, C., Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2* [HCR-20. Assessing the risk for violence. Version 2]. Nijmegen / Utrecht, The Netherlands: Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting / Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Pollack, S. (2005). Taming the shrew: Regulating prisoners through women-centered mental health programming. *Critical Criminology*, 13, 71-87.
- Pollock, J.M. & Davis, S.M. (2005). The continuing myth of the violent female offender. *Criminal Justice Review*, 30, 5-29.
- Pollock, J.M., Mullings, J.L., & Crouch, B.M. (2006). Violent women: Findings from the Texas women inmates study. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 485-502.
- Reisig, M.D., Holtfreter, K., & Morash, M. (2006). Assessing recidivism risk across female pathways to crime. *Justice Quarterly*, 23, 384-405.
- Rheingold, A.A., Acierno, R., & Resnick, H.S. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health risk behaviors. In P.P. Schnurr & B.L. Green (Eds.), *Trauma and health* (pp. 217-243). Washington, DC: American Psychological Association.
- Robbins, P.C., Monahan, J., & Silver, E. (2003). Mental disorder, violence and gender. *Law and Human Behavior*, 27, 561-571.

- Rossegger, A., Wettil, N., Urbaniok, F., Elbert, T., Cortoni, F., & Endrass, J. (2009). Women convicted for violent offenses: Adverse childhood experiences, low level of education and poor mental health. *BMC Psychiatry, 9*, 81.
- Rudin, M.M., Zalewski, C., & Bodmer-Turner, J. (1995). Characteristics of child sexual abuse victims according to perpetrator gender. *Child Abuse and Neglect, 19*, 963-973.
- Russell, M.A. & Martson, E.G. (2010). Profiles of mental disorder among incarcerated adolescent females. *Court Review, 46*, 16-23.
- Rumgay, J. (2004). Scripts for safer survival: Pathways out of female crime. *The Howard Journal, 43*, 405-419.
- Sahota, S., Davies, S., Duggan, C., Clarke, M., Huband, M., & Owen, V. (2010). Women admitted to medium secure care: Their admission characteristics and outcome as compared with men. *International Journal of Forensic Mental Health, 9*, 110-117.
- Salisbury, E.J. (2007). *Gendered pathways: An investigation of women offenders' unique paths to crime*. Unpublished doctoral dissertation, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, Criminal Justice.
- Salisbury, E.J. & van Voorhis P. (2009). Gendered pathways: A quantitative investigation of women probationers' paths to incarceration. *Criminal Justice and Behavior, 36*, 541-566.
- Salisbury, E.J., van Voorhis, P., & Spiropoulos, G.V. (2009). The predictive validity of a gender-responsive needs assessment. *Crime & Delinquency, 55*, 550-585.
- Schaap, G., Lammers, S., & de Vogel, V. (2009). Risk assessment in female forensic psychiatric patients: A quasi-prospective study into the validity of the HCR-20 and PCL-R. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*, 354-365.
- Schwalbe, C.S. (2008). A meta-analysis of juvenile justice risk assessment instruments: Predictive validity by gender. *Criminal Justice and Behavior, 35*, 1367-1381.
- Serbin, L.A., Cooperman, J.M., Peters, P.L., Lehoux, P.M., Stack, D.M., & Schwartzman, A.E. (1998). Intergenerational transfer of psychosocial risk in women with childhood histories of aggression, withdrawal, or aggression and withdrawal. *Developmental Psychology, 34*, 1246-1262.
- Sheridan M S. (2003). The deceit continues: An updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect, 27*, 431-451.
- Siegel, J.A. (2000). Aggressive behavior among women sexually abused as children. *Violence and Victims, 15*, 235-255.
- Simmons, C.A., Lehmann, P., & Dia, D.A. (2010). Parenting and women arrested for intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 1429-1448.

- Singh, J.P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, *31*, 499-513.
- Skeem, J., Schubert, C., Stowman, S., Beeson, S., Mulvey, E., Gardner, W., & Lidz, C. (2005). Gender and risk assessment accuracy: Underestimating women's violence potential. *Law and Human Behavior*, *29*, 173-186.
- Spataro, J., Mullen, P.E., Burgess, P.M., Wells, D.L., & Moss, S.A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 416-421.
- Spinelli, M.G. (2003). *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Stam, J. (2010). *Risicotaxatie bij vrouwen: kan het beter? Een onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de Female Additional Manual*. [Risk assessment in women: Improvement possible? A study into the psychometric properties of the *Female Additional Manual*]. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Strand, S. & Belfrage, H. (2001). Comparison of HCR-20 scores in violent mentally disordered men and women: Gender differences and similarities. *Psychology, Crime, and Law*, *7*, 71-79.
- Straus, M.A. (2007). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, *30*, 252-275.
- Strub, D.S. (2010). *Evaluation of the performance of the HCR-20 across genders in a civil psychiatric sample*. Unpublished master's thesis, Simon Fraser University, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Swan, S., Gambone, L.J., Fields, A.M., Sullivan, T.P., & Snow, D.L. (2005). Women who use violence in intimate relationships: The role of anger, victimization, and symptoms of posttraumatic stress and depression. *Violence and Victims*, *20*, 267-285.
- Swan, S. & Snow, D.L. (2006). The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. *Violence against women*, *12*, 1026-1045.
- Tardiff, K., Marzuk, P.M., Leon, A.C., Portera, L., & Weiner, C. (1997). Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 88-93.
- Teasdale, B., Silver, E., & Monahan, J. (2006). Gender, threat/control-override delusions and violence. *Law and Human Behavior*, *30*, 649-658.
- Teplin, L., Abram, K., & McClelland, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. Pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 505-512.

- Thijssen, J. & de Ruiter, C. (2011). Identifying Subtypes of Spousal Assaulters Using the B-SAFER. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1307-1321.
- Triplett, R. & Myers, L. (1995). Evaluating contextual patterns of delinquency: Gender-based differences. *Justice Quarterly*, 12, 59-79.
- Tsopelas, C., Spyridoula, T., & Athanasios, D. (2011). Review on female sexual offenders: Findings about profile and personality. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34, 122-126.
- van Binsbergen, M.H., Keune, L.H., Gerrits, J., & Wiertsema, H.L. (2007). *Organising forensic psychiatry. Clinical practice at the Van der Hoeven Kliniek*. Utrecht: Forum Educatief.
- van den Broek, E. & de Vries Robbé, M. (2008). *The supplemental value of the SAPROF from a treatment perspective: A counterbalance to risk? The eight Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Vienna, Austria, July 2008*.
- van der Laan, A., Blom, M., Tollenaar, N., & Kea, R. (2010). *Trends in de geregistreerde jeugdcriminaliteit onder 12- tot en met 24-jarigen in de periode 1996-2007. Bevindingen uit de Monitor Jeugdcriminaliteit 2009*. [Trends in recorded juvenile crime in the age group 12-24 in the period 1996-2007. Findings from the 'Monitor Jeugdcriminaliteit' 2009 (Juvenile Crime Monitor 2009)]. Den Haag: WODC.
- van Kalmthout, W. & Place, C. (2007). *Risk assessment in female tbs patients. An adapted version of the HCR-20 for women. Is it possible to predict the unpredictable?* Amsterdam, VU University Amsterdam.
- van Marle, H.J.C. (2002). The Dutch Entrustment Act (TBS): Its Principles and Innovations. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 83-92.
- van Voorhis, P. & Presser, L. (2001). *Classification of Women Offenders: A National Assessment of Current Practices*. Washington, D.C.: National Institute of Corrections.
- van Voorhis, P., Salisbury, E., Wright, E.M., & Bauman, A. (2008). *Achieving accurate pictures of risk and identifying gender responsive needs: Two new assessments for women offenders*. Washington, D.C.: United States Department of Justice: National Institute of Corrections.
- van Voorhis, P., Wright, E.M., Salisbury, E., & Bauman, A. (2010). Women's risk factors and their contributions to existing risk/needs assessment. The current status of a gender-responsive supplement. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 261-288.

- Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., de Ruiter, C., & Brink, J. (2011). Resilience and successful community reintegration among female forensic psychiatric patients: A preliminary investigation. *Behavioral Sciences and the Law, 29*, 752-770.
- Vitale, J.E. & Newman, J.P. (2001). Using the Psychopathy Checklist-Revised with female samples: Reliability, validity and implications for clinical utility. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 117-132.
- Völlm, B.A. & Dolan, M.C. (2009). Self harm among UK prisoners: A cross-sectional study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20*, 741-751.
- Wallentin, M. (2009). Putative sex differences in verbal abilities and language cortex: A critical review. *Brain and Language, 108*, 175-183.
- Warren, J.I., Burnette, M.L., South, S.C., Chauhan, P., Bale, R., & Friend, R. (2002). Personality disorders and violence among female prison inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 30*, 502-509.
- Warren, J.I., South, S.C., Burnette, M.L., Rogers, A., Friend, R., Bale, R., & van Patten, I. (2005). Understanding the risk factors for violence and criminality in women: The predictive validity of the PCL-R and HCR-20. *International Journal of Law and Psychiatry, 28*, 269-289.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. Burnaby, British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2004). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery*. Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Desmarais, S.L. (2009). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery. Version 1.1*. Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Webster, C.M. & Doob, A.N. (2004). Classification without validity or equity: An empirical examination of the Custody Rating Scale for federally sentenced women offenders in Canada. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 46*, 395-422.
- Weizmann-Henelius, G. (2006). Violent female perpetrators in Finland. Personality and life events. *Nordic Psychology, 58*, 280-297.
- Weizmann-Henelius, G., Putkonen, H., Grönroos, M., Lindberg, N., Eronen, M., & Häkkänen-Nyholm, H. (2010). Examination of psychopathy in female homicide offenders: Confirmatory factor analysis of the PCL-R. *International Journal of Law and Psychiatry, 33*, 177-183.

- Weizmann-Henelius, G., Viemerö, V., & Eronen, M. (2004). Psychological risk markers in violent female behavior. *International Journal of Forensic Mental Health, 3*, 185-196.
- Widom, C.S. & Maxfield, M.G. (2001). *An update on the "cycle of violence": Research in brief*. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Justice.
- Wijkman, M., Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2010). Women don't do such things! Characteristics of female sex offenders and offender type. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 22*, 135-156.
- Wilkins, J. & Coid, J. (1991). Self-mutilation in female remanded prisoners I: An indicator of severe psychopathology. *Criminal Behaviour and Mental Health, 1*, 247-267.
- Willison, J.S. & Lutter, Y.L. (2009). Contextualizing women's violence: Gender-responsive assessment and treatment. In J.T. Andrade (Ed). *Handbook of violence risk assessment and treatment. New approaches for mental health professionals* (pp. 121-155). New York: Springer Publishing Company.
- Wilson, M. & Daly, M. (1988). *Homicide*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Wilson, M., Daly, M., & Daniele, A. (1995). Familicide: The killing of spouse and children. *Aggressive Behavior, 21*, 275-291.
- Wong, T.M.L., Slotboom, A., & Bijleveld, C.C.J.H. (2010). Risk factors of delinquency of adolescent and young adult females: A European review. *European Journal of Criminology, 7*, 266-284.105
- Yourstone, J., Lindholm, T., & Kristiansson, M. (2008). Women who kill: A comparison of the psychosocial background of female and male perpetrators. *International Journal of Law and Psychiatry, 31*, 374-383.
- Zaplin, R.T. (2008). *Female offenders: Critical perspectives and effective interventions*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.



Annexe 1 – Lignes directrices additionnelles aux items du HCR-20 dans le FAM

Items du HCR-20	Lignes directrices additionnelles dans le FAM
Items historiques	
H6 Maladie mentale majeure	Troubles qui sont spécifiquement ou prioritairement observés chez les femmes sont également inclus, telle la dépression postpartum ou le syndrome de Munchausen par procuration
H7 Psychopathie	L'expression de la psychopathie est vraisemblablement différente chez les femmes en comparaison des hommes. Les points de coupure au PCL-R sont abaissés pour les femmes 0 = non-psychopatique. Score de moins de 14 au PCL-R ou de moins de 11 au PCL SV; 1 = psychopathie possible/moins sérieuse. Score de 14-23 au PCL-R, ou de 11-15 au PCL SV; 2 = psychopathie certaine /sérieuse. Score de plus de 23 au PCL-R, ou de plus de 15 au PCL SV
H8 Inadaptation précoce	H8a : Circonstances difficiles à l'enfance (ex: victime d'abus, témoin de violence parentale). H8b: Problèmes de comportement à l'enfance
H9 Trouble de la personnalité	0 = Aucun trouble de la personnalité de groupe B ou accompagné de traits de suspicion. 1 = Trouble de la personnalité de groupe B ou accompagné de traits de suspicion possible/moins sérieux. 2 = Trouble(s) de la personnalité de groupe B ou accompagné(s) de traits de suspicion possibles/moins sérieux.
H10 Échec d'une supervision antérieure	L'échec d'une supervision durant un séjour volontaire dans un établissement de psychiatrie générale est aussi inclus. Un pattern doit être observable.

Note : Les lignes directrices additionnelles aux items *Inadaptation précoce* et *Trouble de la personnalité* visent à permettre une meilleure différenciation et peuvent également se montrer valables pour les hommes (voir également la révision du HCR-20, le HCR-20¹³ – Douglas et al., 2013).

Annexe 2 – Facteurs de risque spécifiques pour les femmes

Items du FAM	Brève description	Littérature
Items historiques		
H11 Prostitution	À travailler comme prostituée pendant une période de temps relativement long. Souvent des circonstances de vie inadaptées / style de vie d'une prostituée sont perçues comme des facteurs de risque. De plus, la vulnérabilité d'une femme forcée de se prostituer peut aussi l'amener à commettre des délits contre sa volonté.	Morgan & Patton, 2002
H12 Difficulté de parentage	Sérieuses difficultés de parentage, par exemple abus ou négligence émotionnelle des enfants. Des informations de toute agence ou tout office de protection des enfants et de la jeunesse sont utiles.	Messer et al., 2004; Motz, 2001; Salisbury, 2007; Simmons et al., 2010; Van Voorhis et al., 2010
H13 Grossesse précoce	Sérieux impact d'une grossesse précoce (avant l'âge de 20 ans). Des avortements ou des fausses couches peuvent aussi être considérées.	Messer et al., 2004 Serbin et al., 1998
H14 Suicidalité / auto-agression	Tentatives sérieuses de suicide et / ou d'automutilation et / ou répétées. À mesure que le degré de suicidalité augmente, la fréquence de la violence extériorisée en va de même. Le suicide est aussi perçu comme motif pour certains délits violents tels le filicide ou l'incendie criminel.	Benda, 2005; Blanchette & Brown, 2006; Blanchette & Motiuk, 1995; Coid et al., 2000; Motz, 2001; Morgan & Patton, 2002; Völlm & Dolan, 2009; Weizmann-Henelius et al., 2004
H15 Victimisation après l'enfance	Victimisation grave après l'enfance (après l'âge de 17 ans), tels un abus sexuel et la violence de la part de leur partenaire. Le fait d'être victime d'un traumatisme peut aussi avoir un effet indirect, ce qui peut provoquer des troubles psychiatriques ou l'abus de substances psychoactives.	Benda, 2005; Byrd & Davis, 2009; McClellan et al., 1997; Siegel, 2000; Swan et al., 2005; Weizmann-Henelius et al., 2004; Van Voorhis et al., 2008

Items du FAM	Brève description	Littérature	
Items cliniques			
C6	Comportement caché/manipulateur	Indications sérieuses de comportement caché/manipulateur. Exemples de comportement caché : taire la vérité, semer la bisbille, mentir au sujet des relations ou chantages. Exemples de comportement manipulateur : utiliser sa sexualité pour obtenir du pouvoir ou d'autres gains ou prétexter de problèmes somatiques pour éviter le programme de traitement.	Aucune preuve empirique
C7	Faible estime de soi	Croyances et émotions négatives à propos de soi qui peuvent mener à des sentiments de désespoir et de n'avoir rien à perdre et, par suite, à des actes violents envers les autres et/ou envers soi.	Larivière, 1999; Van Voorhis et al., 2008; Wong et al., 2010
Items de gestion du risque			
R6	Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant	Problèmes sérieux liés aux soins (désirés) des enfants. L'éducation des enfants peut être une trop grande source de stress étant donné les problèmes personnels ou la maladie de la femme. En outre, tristesse occasionnée par la perte des enfants par suite d'une résiliation des droits parentaux, colère envers ceux qui remettent en question sa compétence et/ou lui retirent ses droits parentaux.	Greene et al., 2000; Van Voorhis et al., 2010
R7	Relation intime malsaine	Relation intime malsaine (anticipée), p. ex., vivre avec un partenaire criminel, violence envers le partenaire intime.	Benda, 2005; Leverentz, 2006; Messer et al., 2004; Van Voorhis et al., 2010; Weizmann- Henelius et al. 2004

Annexe 3 – Fidélité interévaluateurs

Items du FAM		CCI	Kappa de Cohen
H6	Maladie mentale majeure :	1	1
	<i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	1	1
H7	Psychopathie :		
	<i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	.87	.63
H8	Inadaptation précoce :	.95	.82
	<i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	1	1
	H8a Circonstances difficiles à l'enfance	.91	.79
	H8b Problèmes de comportement à l'enfance	.96	.90
H9	Trouble de la personnalité :	.84	.71
	<i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	.81	.79
H10	Échec de supervision antérieure :	.97	.92
	<i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	.82	.75
H11	Prostitution	.82	.66
H12	Difficultés de parentage	.65	.38
H13	Grossesse précoce	.63	.31
H14	Suicidalité/autodestruction	.75	.58
H15	Victimisation après l'enfance	.98	-
C6	Comportement caché/manipulateur	.85	-
C7	Faible estime de soi	.77	-
R6	Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant	.95	-
R7	Relation intime malsaine	.95	.89
	FAM + HCR-20 Échelle historique	.85	.71
	FAM + HCR-20 Échelle clinique	.54	.50
	FAM + HCR-20 Échelle de gestion du risque	.73	.61
	FAM + HCR-20 Score total		
	Évaluation finale du risque de violence envers les autres		
	Évaluation finale du risque de comportement autodestructeur		
	Évaluation finale du risque de victimisation		
	Évaluation finale du risque de comportement criminel non violent		

Note : Adapté en partie de Stam (2010). N = 20. Toutes les valeurs de la CIC et du coefficient Kappa de Cohen $p < .05$, sauf pour l'item *Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant* (Kappa de Cohen $p = .07$). Les valeurs critiques utilisées pour une mesure unique de la CIC sont : CIC $\geq .75$ = excellente; $.60 \leq$ CIC $< .75$ = bonne; $.40 \leq$ ICC $< .60$ = modérée; CIC $< .40$ = faible (Fleiss, 1986). Les valeurs critiques pour le coefficient Kappa de Cohen sont : $\kappa \geq .75$ = excellent; $.60 \leq \kappa < .75$ = bon; $.40 \leq \kappa < .60$ = modéré; et $\kappa < .40$ = faible (Fleiss, 1981).

Annexe 4 – Différences entre les hommes et les femmes dans les scores du FAM

Comparaison entre les femmes et les hommes dans les items du FAM : fréquence des scores (0, 1, 2), scores moyens par item (M) et écart type (ET).

Items du FAM	Patentes N=42					Patients N=42				
	0	1	2	M	ET	0	1	2	M	ET
H6 Maladie mentale majeure : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	8	13	21	1.31	.78	19	9	16	.98	.90
H7 Psychopathie : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	14	13	13 ^b	.97	.83	7	11	20 ^c	1.34*	.78
H8 Inadaptation précoce : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>										
H8a Circonstances difficiles à l'enfance	6	7	29	1.55	.74	6	10	26	1.50	.74
H8b Problèmes de comportement à l'enfance	20	7	15	.88	.92	5	9	28	1.55***	.71
H9 Trouble de la personnalité : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	2	1	38 ^a	1.88	.46	2	2	38	1.86	.47
H10 Échec d'une supervision antérieure : <i>lignes directrices additionnelles au HCR-20</i>	8	10	24	1.38	.79	5	4	33	1.67	.69
H11 Prostitution	27	7	8	.55	.80	38	1	2 ^a	.12**	.46
H12 Difficultés de parentage	2	2	21 ^a	1.76	.60	1	1	13 ^a	1.80	.56
H13 Grossesse précoce	31	2	9	.48	.83	41	1	0	.02**	.15
H14 Suicidalité / autodestruction	12	3	27	1.36	.91	29	4	9	.52***	.83
H15 Victimisation après l'enfance	20	6	16	.90	.93	31	6	5	.38**	.70
C6 Comportement caché / manipulateur	19	14	9	.76	.79	30	8	4	.38*	.66
C7 Faible estime de soi	7	10	25	1.43	.77	15	17	10	.88**	.77
R6 Difficulté à assumer la responsabilité d'un enfant	24	8	9 ^a	.63	.83	29	11	2	.36	.58
R7 Relation intime malsaine	16	10	16	1.0	.88	31	8	3	.33***	.61

Note: Partiellement adapté de Stam (2010). *p<.05; **p<.01; ***p<.001. ^a1 omission, ^b2 omissions, ^c4 omissions. L'item *Difficulté de parentage* n'était pas applicable pour 16 femmes et 26 hommes. Pour coder l'item *Grossesse précoce* pour les hommes, a été considéré le fait d'avoir eu une partenaire enceinte lorsque l'homme était jeune et si cela est, quel impact cela a-t-il eu sur sa vie.

