

Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence

Citation for published version (APA):

Pham, T., Ducro, C., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K., Doyle, M., Folino, J. O., Godoy-Cervera, V., Grann, M., Ho, R. M. Y., Large, M. M., Nielsen, L. H., Rebocho, M. F., Reeves, K. A., Rettenberger, M., de Ruitter, C., Seewald, K., ... Singh, J. P. (2016). Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence: présentation des données belges. *Annales Medico-Psychologiques*, 174(7), 539-543. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.018>

Document status and date:

Published: 01/09/2016

DOI:

[10.1016/j.amp.2015.10.018](https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.018)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Enquête internationale sur les pratiques d'évaluation du risque de violence : présentation des données belges[☆]



International survey of violence risk assessment practices: Presentation of Belgian data

Thierry Pham^{a,*,b}, Claire Ducro^{a,c}, Sarah L. Desmarais^d, Cristina Hurducas^e, Karin Arbach-Lucioni^{f,g}, Carolina Condemarin^h, Kimberlie Dean^{i,j}, Michael Doyle^k, Jorge O. Folino^l, Veronica Godoy-Cervera^m, Martin Grannⁿ, Robin M.Y. Ho^o, Matthew M. Large^p, Louise Hjort Nielsen^q, Maria Francisca Rebocho^r, Kim A. Reeves^s, Martin Rettenberger^t, Corine de Ruiter^u, Katharina Seewald^v, Randy K. Otto^e, Jay P. Singh^{v,w,x}

^a Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS), 94, rue Despars, 7500 Tournai, Belgique

^b Service de Psychologie Légale, Université de Mons, Mons, Belgique

^c Équipe DEEP, SCALab UMR CNRS 9193, Université Lille 3, 59000 Lille, France

^d Department of Psychology, North Carolina State University, Raleigh, North Carolina, États-Unis

^e Department of Mental Health Law and Policy, University of South Florida, Tampa, Florida, États-Unis

^f Group of Advanced Violence Studies, University of Barcelona, Barcelona, Espagne

^g National Council of Scientific and Technical Research, Buenos Aires, Argentine

^h Ministerio de Justicia, Santiago, Chili

ⁱ School of Psychiatry, University of New South Wales, New South Wales, Australie

^j Justice Health & Forensic Mental Health Network, New South Wales, Australie

^k Centre for Mental Health and Risk, University of Manchester, Manchester, Royaume-Uni

^l Department of Psychiatry, National University of La Plata, La Plata, Argentine

^m Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán, Yucatán, Mexique

ⁿ Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institute, Stockholm, Suède

^o Castle Peak Hospital, Tuen Mun, Hong Kong

^p Mental health services, The Prince of Wales Hospital, New South Wales, Australie

^q Department of Psychology, University of Southern Denmark, Odense, Danemark

^r Department of Human and Social Sciences, University Fernando Pessoa, Porto, Portugal

^s Department of Psychology, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada

^t Johannes Gutenberg Institute of Psychology, University of Mainz, Mainz, Allemagne

^u Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, Pays-Bas

^v Department of Psychology, University of Konstanz, Konstanz, Allemagne

^w Global Institute of Forensic Research, Reston, Virginia, États-Unis

^x Faculty of Health Sciences, Molde University College, Molde, Norvège

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 24 juillet 2015

Accepté le 21 octobre 2015

Disponible sur Internet le 24 novembre 2015

Mots clés :

Belgique

Enquête

Évaluation

Professionnel de santé

RÉSUMÉ

Les professionnels de la santé mentale sont amenés à évaluer le risque de violence présenté par leurs patients. De nombreuses méthodes d'évaluation ont été développées et implémentées dans différents pays. Toutefois, les pratiques des professionnels n'ont à ce jour pas encore été comparées. Cette enquête a été développée au plan international, afin d'identifier les méthodes d'évaluation du risque de violence et de comparer leur utilité perçue par les psychologues, psychiatres et infirmiers psychiatriques. L'enquête a été complétée par 2135 répondants provenant de 44 pays répartis dans cinq continents. Cette étude se focalise spécifiquement sur les pratiques des professionnels en Belgique concernant l'évaluation du risque de violence. Les répondants ont déclaré utiliser les instruments afin d'évaluer, gérer et superviser les risques de violence. Plus de la moitié des évaluations se fait via l'utilisation d'un

[☆] Cet article a été réalisé avec le soutien du ministère de la Région Wallonne, Santé et Affaires Sociales et Égalité des Chances.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thierry.pham@crds.be (T. Pham).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.10.018>

0003-4487/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Risque
Violence

instrument structuré. L'évaluation du risque de violence constitue un enjeu mondial, tout comme l'utilisation d'instruments structurés. Les 86 professionnels belges répondants ne se distinguent pas particulièrement des professionnels des autres pays.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:
Belgium
Evaluation
Mental health professionals
Risk
Survey
Violence

Objective. – Mental health professionals are routinely called upon to assess the violence risk presented by their patients, frequently aided by structured instruments. Though surveys of risk assessment and management have been conducted, these efforts have been largely circumscribed to individual countries and have not compared the practices of members of different professional disciplines.

Method. – A web-based survey was developed to examine the international use of structured instruments in the violence risk assessment process across five continents and to compare the perceived utility of such instruments by psychologists, psychiatrists, and nurses. The survey was translated into nine languages and distributed to members of 59 national and international organizations following the Dillman total Survey Design method.

Belgium results. – The Belgium sample was composed of 86 mental health professionals (69 psychologists, 12 psychiatrists, 1 nurse and 4 other professionals). Respondents had an average age of 43.93 years and 10.85 years of which was spent in practice. Over half of their time in the past 12 months was spent on clinical activities, most often in forensic hospitals followed by private practice and correctional institutions. Additional responsibilities over the past 12 months included administrative duties, teaching with comparatively little time being spent on research pursuits. Respondents reported having conducted an average of 211.68 violence risk assessment in their lifetimes, over half of which with the aid of a structured instrument. In the past 12 months, respondents conducted an average of 40.76 violence risk assessments, again over half of which using a structured instrument. Over both their lifetimes and the past 12 months, respondents reported that the instrument most commonly used in the violence risk assessment process were the: PCL-R (Psychopathy Checklist Revised; Hare 1991, 2003), the HCR-20 (Historical Clinical Risk; Webster, Douglas, Eaves, et Hart, 1997), the VRAG (Violence Risk Appraisal Guide; Quinsey, Harris, Rice et Cormier, 2006) and the SAPROF (Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk; de Vogel, de Ruiter, Bouman, & de Vries Robbé, 2011). The PCL-R and the HCR-20 are the most used instruments. As for the perceived usefulness of these instruments by respondents, the utility for risk assessment was described as “quite useful” and “useful” for the PCL-R, HCR-20 and the SAPROF. The usefulness of the VRAG was more nuanced. To develop a violence risk management plan or implement violence risk management plan, the instruments were used less frequently, however, the HCR-20 was the instrument found most useful, followed by PCL-R and SAPROF.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

À la lueur des récentes tragédies telles que les crimes en Arizona, au Colorado, au New Jersey, on assiste à une demande accrue pour les méthodes valides d'évaluation de la violence aux États-Unis [6]. Cet accent mis sur la prévention n'est pas nouveau et ne se limite pas aux États-Unis, il concerne aussi la France, la Belgique ou la Suisse. Il y a plus d'une décennie déjà [22], l'Organisation mondiale de la santé par exemple a fait de la prévention de la violence l'une de ses priorités. Les lignes directrices actuelles cliniques pour les psychologues [1], les psychiatres [2,14], et les infirmiers [15] recommandent une évaluation systématique du risque de violence pour les patients diagnostiqués avec un trouble mental majeur. Au cours des dernières décennies, de nombreux instruments d'évaluation du risque de violence ont ainsi été développés. Ces instruments combinent des facteurs de risque de violence et/ou des facteurs protecteurs de violence soit de manière mécanique, à travers des instruments actuariels, ou combinés selon le jugement clinique professionnel, via des instruments basés sur le « jugement structuré du professionnel ». Ces instruments ont largement été implémentés dans les milieux de la justice pénale ou de la santé mentale et sont utilisés par des psychiatres et psychologues afin d'éclairer les décisions médico-légales telles que la gestion du risque de violence ou de récidive, l'élaboration de programmes de traitements, ou encore l'élaboration de plan de libération [7]. Étant donné qu'il existe de nombreux instruments d'évaluation du risque disponibles aujourd'hui, les praticiens sont confrontés au défi de choisir

l'instrument le plus adapté pour la population étudiée et le programme de traitement. Cependant, selon les méta-analyses récentes, les instruments d'évaluation du risque discriminent les individus violents des individus non violents avec une précision comparable [17,23]. Elles suggèrent ainsi qu'il paraît difficile de choisir un instrument sur la base du seul critère de validité prédictive. Ces constatations ont amené les experts à recommander un changement d'orientation lors de la sélection de l'instrument [18], en se focalisant davantage sur les besoins du praticien en fonction de l'objectif de l'évaluation ainsi que les caractéristiques de la population étudiée. Ainsi, identifier les instruments utilisés dans la pratique et qui sont considérés comme « les plus utiles » par l'ensemble des collègues du champ constitue une information indispensable que cette enquête vise à dégager.

Selon une recherche sur PsycINFO, Embase et Medline, huit enquêtes ont été publiées entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} janvier 2013, concernant les pratiques d'évaluation du risque de violence [4,5,11–13,19,20]. Ces études ont rapporté que les instruments d'évaluation de ce risque sont couramment utilisés par les psychologues praticiens aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Danemark et en Australie.

Ces enquêtes ont fait progresser notre compréhension concernant l'utilisation des instruments d'évaluation du risque de violence ainsi que leurs limites. Tout d'abord, aucune enquête publiée n'a encore comparé entre eux les instruments fréquemment utilisés au sein des continents. De plus, ces enquêtes n'ont pas comparé les modes d'utilisation des instruments ni encore leur

utilité selon les différentes disciplines professionnelles. Par ailleurs, elles ne distinguaient pas les objectifs relatifs à l'utilisation de ces instruments tels que l'évaluation du risque, la gestion des patients et/ou l'évaluation des pratiques cliniques. Pourtant, de nombreuses questions demeurent quant à l'application des instruments d'évaluation du risque de violence. Quels instruments sont actuellement utilisés, à quelle fréquence, dans quel contexte et par qui ? Les réponses à ces questions peuvent aider les praticiens de la justice pénale ou de la santé mentale à mieux identifier et utiliser les instruments, et ce avec plus d'efficacité et de fiabilité [3]. La présente étude consiste en une enquête relative à l'évaluation du risque de violence auprès de praticiens psychiatres, psychologues et infirmiers répartis sur les cinq continents. Cette enquête multilingue a été diffusée sur Internet. La présente étude présente les résultats de cette enquête en Belgique.

2. Méthode

2.1. Participants

Les professionnels de santé mentale sollicités avaient entre 18 et 65 ans et ont évalué, au cours de leur vie, au moins une fois, le niveau de risque de violence d'un individu. La répartition des participants était la suivante : 69 psychologues (80,2 %), 12 psychiatres (14,0 %), un infirmier (1,2 %) et quatre autres professionnels (4,7 %).

2.2. Enquête

L'enquête constituée de questions fermées s'appuyait sur une revue de la littérature du risque de violence ainsi que sur des enquêtes concernant les pratiques d'évaluation en milieu psychiatrique sécuritaire préalablement menées.

Les questions ont été réparties en trois parties :

- les caractéristiques démographiques et cliniques ;
- la prévalence et la fréquence d'utilisation des instruments d'évaluation du risque ;
- l'utilité perçue de ces instruments, la gestion et le suivi des cas évalués.

Dans la première partie, les répondants ont été questionnés sur leurs caractéristiques démographiques et sur leurs activités cliniques au cours des 12 derniers mois. Plus précisément, ils

devaient rapporter le nombre d'évaluations du risque de violence menées au cours de leur vie professionnelle et au cours des 12 derniers mois, et ce à l'aide d'un instrument d'évaluation. Enfin, ils devaient rapporter le nombre de commentaires reçus concernant l'exactitude de leurs évaluations du risque, ainsi que le nombre de stratégies de gestion du risque implémentées par la suite.

Dans la deuxième partie, les répondants rapportaient la prévalence et la fréquence avec laquelle ils ont utilisé des instruments spécifiques d'évaluation des risques au cours des 12 derniers mois. À la suite d'une revue de la littérature internationale sur l'évaluation du risque, une liste d'instruments a été établie, et les répondants pouvaient au-delà de cette liste identifier jusqu'à trois instruments supplémentaires. La fréquence d'utilisation des instruments a été évaluée sur une échelle de Likert à 6 points (0 = presque jamais ; 5 = toujours).

Au sein de la troisième partie, les répondants ont indiqué les tâches pour lesquelles ils ont utilisé les instruments spécifiques identifiés dans la partie précédente (par exemple, informer les jugements du risque de violence de l'individu, élaborer des stratégies de gestion des risques de violence et/ou contrôler ces stratégies). L'utilité perçue de ces instruments dans la/les tâche(s) identifiée(s) a été évaluée sur une échelle de Likert en 7 points (0 = très inutile ; 6 = très utile).

2.3. Procédure

Cette étude a été menée en quatre phases entre janvier et décembre 2012 :

- le développement du matériel et notamment l'enquête ;
- la traduction ;
- la diffusion ;
- l'analyse des données (Tableau 1).

Le comité d'examen institutionnel à l'université de Floride du Sud a approuvé toutes les procédures de cette étude (Pro00007104).

2.3.1. Phase 1 : le développement matériel

Au cours de cette phase, (janvier 2012–février 2012), un sondage Web a été élaboré sur la base d'un logiciel de sondage électronique Qualtrics (<http://www.Qualtrics.com>). Une revue de la littérature sur l'évaluation des risques et des enquêtes précédentes relatives à l'utilisation des instruments ont été

Tableau 1

Utilité des outils d'évaluation du risque afin de juger de façon éclairée la probabilité de violence (Pro) et dans l'élaboration de plan de gestion du risque de violence (Gest).

%	n total répondants par objectif	Très inutile	Inutiles	Plutôt inutiles	Ni utiles ni inutiles	Plutôt utiles	Utiles	Très utiles
PCL-R	Pro n=67	0,00	1,49	4,48	11,95	43,28	38,81	0,00
	Ges n=37	0,00	2,70	8,11	27,03	43,24	18,92	0,00
HCR-20	Pro n=61	0,00	0,00	3,28	6,55	32,79	57,38	0,00
	Ges n=36	0,00	0,00	5,56	5,56	36,11	52,78	0,00
VRAG	Pro n=34	0,00	0,00	11,76	20,59	32,35	35,29	0,00
	Ges n=13	0,00	0,00	0,00	38,46	46,15	15,38	0,00
SAPROF	Pro n=33	0,00	0,00	3,03	9,09	30,30	57,58	0,00
	Ges n=24	0,00	0,00	8,33	8,33	33,33	50,00	0,00

utilisées pour dresser une liste des éléments de l'enquête en anglais, qui ont été mis à l'essai par des membres de l'Institut de santé mentale de la Floride ainsi que 16 experts internationaux représentant l'Argentine, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, la Belgique, Canada, le Chili, le Danemark, l'Allemagne, Hong Kong, le Mexique, les Pays-Bas, le Portugal, l'Espagne, la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni. Ces collaborateurs ont fourni des commentaires qui ont été utilisés pour améliorer l'enquête avant la phase de traduction.

2.3.2. Phase 2 : traduction

Lors de la deuxième phase (mars 2012–août 2012), l'enquête ainsi que la lettre de participation ont été traduites par un professionnel de l'anglais en huit langues : danois, néerlandais, français, allemand, portugais, espagnol (Amérique latine), espagnol (européen), et suédois. Des services de traduction ont été fournis par SDL International (<http://www.SDL.com>). Les documents traduits ont ensuite été envoyés aux collaborateurs internationaux pour la « retraduction ».

2.3.3. Phase 3 : diffusion

Lors de la troisième phase (septembre 2012–novembre 2012), les lettres de participation ont été distribuées électroniquement aux adresses e-mail contenues soit dans les listes de diffusion ou dans les répertoires des membres de 59 organisations professionnelles internationales. Les lettres ont été distribuées par chaque collaborateur expert dans la langue maternelle de leur pays. Le cas échéant, l'adhésion d'au moins trois organisations nationales a été ciblée :

- une organisation nationale des psychologues (par exemple, American Psychology–Law Society) ;
- une organisation nationale de psychiatres (par exemple, l'American Academy of Psychiatry and the Law) ;
- une organisation nationale des infirmières (par exemple, Forensic Psychiatric Nurses Conseil).

L'adhésion à des organisations de santé mentale internationales (par exemple, l'Association internationale de la santé mentale médico-légale) a également été ciblée.

Dans la mesure du possible, la diffusion de l'enquête a suivi la Méthode d'enquête Dillman. Plus précisément, les lettres de participation ont été adressées par e-mail un vendredi et contenaient le lien direct à l'enquête. Deux courriels de rappel ont été adressés 7 et 14 jours après la diffusion initiale. Un quatrième e-mail a été adressé indiquant la dernière occasion d'y participer. Les répondants qui ont répondu à l'enquête et qui ont référencé leur adresse e-mail ont pu participer à une tombola pour huit prix différents, chacun d'une valeur de 50 USD. À la fin de la période de collecte des données, les gagnants ont été choisis au hasard parmi l'ensemble des répondants.

2.3.4. Phase 4 : l'analyse des données

Lors de la quatrième phase (décembre 2012–février 2013), afin de mener les analyses, les données des répondants ont été exportées à partir de Qualtrics à STATA/IC 10.1 et SPSS 17.01. Les distributions de fréquences ont été examinées et des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été calculées pour toutes les variables.

3. Résultats des données belges

3.1. Caractéristiques démographiques et cliniques

L'échantillon était composé de 86 professionnels en santé mentale, 59,3 % étaient des femmes ($n = 51$). La moyenne d'âge

était de 37,56 ans (SD = 10,65, Min = 23 ; Max = 65) et la moyenne d'expérience professionnelle était de 10,85 ans (SD = 9,49 ; Min = 0,50 ; Max = 45,00).

Environ la moitié des activités professionnelles des 12 derniers mois (M = 48,47 % ; SD = 24,70 % ; Min = 0 ; Max = 90) était consacrée à une pratique clinique, le plus souvent au sein d'un établissement pénitencier (M = 55,56 % ; SD = 44,51 ; Min = 0 ; Max = 100), en cabinet privé (M = 10,06 % ; SD = 21,89 ; Min = 0 ; Max = 100), en hôpital psychiatrique civil (M = 10,51 % ; SD = 25,89 ; Min = 0 ; Max = 100) ou en hôpital psychiatrique médico-légal (M = 10,19 % ; SD = 25,60 ; Min = 0 ; Max = 100). Des plus, les autres activités professionnelles menées au cours des 12 derniers mois étaient constituées de tâches administratives (M = 24,66 % ; SD = 17,71 ; Min = 0 ; Max = 96), des activités d'enseignement ou de supervision (M = 11,6 % ; SD = 13,67 ; Min = 0 ; Max = 50), des activités de recherche (M = 7,38 % ; SD = 17,24 ; Min = 0 ; Max = 100) et des activités de type « autres » (M = 8,43 % ; SD = 18,37 ; Min = 0 ; Max = 81). Ces deux dernières activités étaient moins représentatives que les précédentes.

3.2. Pratiques d'évaluation du risque

Les participants avaient mené en moyenne 211,68 évaluations du risque de récurrence au cours de leur carrière (SD = 633,06 ; Min = 3 ; Max = 5000). Plus de la moitié de ces évaluations (M = 60,15 % ; SD = 37,39 ; Min = 0 ; Max = 100) ont été réalisées à l'aide d'un outil d'évaluation du risque. Les participants ont en moyenne mené 40,76 évaluations du risque de violence au cours des 12 derniers mois (SD = 84,66 ; Min = 1 ; Max = 500) dont 65,91 %, à l'aide d'instruments d'évaluation du risque de récurrence (SD = 36,97 ; Min = 0 ; Max = 100). Lorsque nous prenons en compte le temps consacré aux entretiens, à l'obtention et à l'examen du dossier, ainsi qu'à la réception des rapports, une évaluation du risque de récurrence nécessite en moyenne 6,5 heures (SD = 5,32 ; Min = 1 ; Max = 12) lorsque celle-ci est menée sans instruments d'évaluation et 10,45 heures en moyenne lorsqu'elle est menée à l'aide d'au moins un instrument d'évaluation (SD = 8,68 ; Min = 1 ; Max = 30).

3.3. Utilisation d'instruments spécifiques d'évaluation du risque

Plus de 200 instruments différents sont utilisés dans le processus d'évaluation du risque de violence, et il existe plus de 200 instruments additionnels développés pour un usage personnel ou institutionnel. Dans la présente étude, nous décrivons la prévalence et l'utilité perçue par les répondants des instruments les plus fréquemment employés selon l'objectif d'utilisation (évaluation du risque de violence, gestion et surveillance).

Les réponses des participants, que ce soit au cours de leur carrière professionnelle ou au cours des 12 derniers mois, indiquent que les instruments les plus utilisés sont la PCL-R (Psychopathy Checklist Revised [9,10] ; au cours de la carrière = 89,54 % ; au cours des 12 derniers mois = 82,56 %) ; la HCR-20 (Historical Clinical Risk [21] ; au cours de la carrière = 87,21 % ; au cours des 12 derniers mois = 75,58 %) ; la VRAG (Violence Risk Appraisal Guide [16] ; au cours de la carrière = 68,60 % ; au cours des 12 derniers mois = 41,86 %) et la SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for violence risk [8] ; au cours de la carrière = 54,65 % ; au cours des 12 derniers mois = 43,02 %). La PCL-R et la HCR-20 sont les instruments les plus fréquemment utilisés, la SAPROF est utilisée avec une fréquence plus nuancée (de quelques fois utilisée à très fréquemment). Par contre la VRAG présente une fréquence d'utilisation bien plus nuancée (Tableau 2).

L'utilité perçue de ces instruments (Tableau 1), afin d'apprécier la probabilité de violence, est qualifiée de « plutôt utile » et « utile » pour la PCL-R, la HCR-20 et la SAPROF. L'utilité de la VRAG est plus

Tableau 2

Pourcentage de participants utilisant les instruments d'évaluation du risque selon des fréquences d'utilisation.

%	Presque jamais De 1 à 20 %	Rarement De 21 à 40 %	Quelques fois De 41 à 60 %	Fréquemment De 61 à 80 %	Très fréquemment De 81 à 99 %	Toujours 100 %
PCL-R	9,86	15,49	9,56	18,31	26,76	19,72
HCR-20	6,15	1,54	1,54	18,46	33,85	21,54
VRAG	5,56	19,44	22,22	2,78	25,00	11,11
SAPROF	10,81	8,11	18,92	21,62	29,73	10,81

nuancée, de « plutôt inutile » à « utile ». Afin d'élaborer un plan de gestion du risque de violence ou la mise en œuvre de plan de gestion du risque de violence, les instruments sont moins fréquemment utilisés, néanmoins la HCR-20 est l'instrument qui est jugé comme étant le plus utile, suivi de la PCL-R et de la SAPROF.

4. Conclusion

L'évaluation du risque de violence est devenue une pratique courante, de même que l'utilisation des instruments d'évaluation comme aide à la réalisation de cette tâche. En effet, les résultats belges de cette enquête soulignent une utilisation des instruments d'évaluation du risque dans plus de la moitié des situations d'évaluations. Certains instruments s'avèrent être davantage utilisés et jugés comme étant plus utiles. Cette utilisation est principalement focalisée sur l'évaluation du risque de récurrence plutôt que sur la prise en charge. Nous observons une évolution des pratiques évaluatives et prévoyons dans l'avenir une utilisation accrue à venir de ces instruments dans le cadre de la gestion et de la prise en charge des délinquants. En Belgique, plusieurs modules de formations à ces instruments sont proposés depuis quelques années (« Violence et troubles mentaux », Extension-UMons) et nous constatons un parallélisme entre les instruments proposés en formation et ceux utilisés dans la pratique. Soulignons toutefois qu'au sein du système judiciaire belge, même si des missions évaluatives du risque de récurrence ou d'orientation en traitement sont demandées aux professionnels, aucune n'impose l'utilisation obligatoire d'un instrument. Le praticien soutiendrait son jugement clinique à l'aide d'évaluations standardisées.

Il est maintenant reconnu, tant aux niveaux national qu'international, que ces évaluations permettent aux praticiens de disposer d'informations précises quant à la prédiction du risque ainsi qu'à la mise en place de stratégies de gestion du risque mais également des informations concernant la communication de ce risque. Compte tenu de l'évidence scientifique de la fidélité et de la validité des évaluations structurées, comparativement aux évaluations non structurées, l'étude des méthodes d'évaluation du risque de violence en Belgique, en France et en Suisse romande constitue une priorité de recherche ainsi qu'un enjeu majeur pour les pratiques en santé publique.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] American Psychiatric Association Presidential task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61:271–85.
- [2] American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Arlington, VA: American psychiatric Association; 2004.
- [3] Andrews DA, Bonta J. Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychol Public Policy Law* 2010;16:39–55.
- [4] Archer RP, Buffington-Vollum JK, Stredney RV, et al. A survey of psychological test use patterns among forensic psychologists. *J Pers Assess* 2006;87:84–94.
- [5] Bengtson S, Pedersen L. Implementation of evidence-based practices in forensic psychiatric clinical practice in Denmark: are we there? *Scand J Forensic Sci* 2008;2:37–72.
- [6] Brown D. Predicting violence is a work in progress. *The Washington Post*; 2013 [Retrieved from <http://www.washingtonpost.com>].
- [7] Conroy MA, Murrie DC. Forensic evaluation of violence risk: a guide to risk assessment and risk management. New York: Oxford University Press; 2007.
- [8] de Vogel V, de Ruiter C, Bouman Y, et al. SAPROF. Guide d'évaluation des facteurs de protection pour le risque de violence; 2011 [French translation of the SAPROF guidelines by Jean-Pierre Guay and Tiziana Costi. Utrecht: Forum Educatif].
- [9] Hare RD. Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Toronto, ON: multi health systems; 1991.
- [10] Hare RD. Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). 2nd ED. Toronto, ON: multi health systems; 2003.
- [11] Higgins N, Watts D, Bindman J, et al. Assessing violence risk in general adult psychiatry. *Psychiatr Bull* 2005;29:131–3.
- [12] Khirroya R, Weaver T, Maden T. Use and perceived utility of structured violence risk assessment in English medium secure forensic units. *Psychiatrist* 2009;33:129–32.
- [13] Lally S. What tests are acceptable for use in forensic evaluation? A survey of experts. *Prof Psychol Res Pract* 2003;34:491–8.
- [14] National Institute for Health Clinical excellence. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
- [15] Nursing Midwifery Council. Standards of proficiency for specialist community public health nurses. London: Nursing and Midwifery Council; 2004.
- [16] Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, et al. Violent offenders: appraising and managing risk. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
- [17] Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25980 participants. *Clin Psychol Rev* 2011;31:499–513.
- [18] Skeem JL, Monahan J. Current directions in violence risk assessment. *Curr Dir Psychol Sci* 2011;20:38–42.
- [19] Tolman A, Mullendore K. Risk evaluation for the courts: is service quality a function of specialization? *Prof Psychol Res Pract* 2003;34:225–32.
- [20] Viljoen JL, McLachlan K, Vincent GM. Assessing violence risk and psychopathy on juvenile and adult offenders: a survey of clinical practices. *Assessment* 2010;17:377–95.
- [21] Webster CD, Douglas KS, Eaves D, et al. HCR-20 Assessing risk for Violence. Version 2. Burnaby, BC: Simon Fraser University. Ment Health Police Inst 1997.
- [22] WHO (World Health Organization). World report on violence and health; 2002 [Geneva: authors].
- [23] Yang M, Wong SCP, Coid J. The efficacy of violent prediction: a meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull* 2010;136:740–76.