



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Perspectives/Opinion

Soins sans consentement : du concept de dangerosité à une évaluation du risque

Involuntary care: From dangerousness to risk assessment

Pierre Oswald (MD, PhD)^{a,b,*}, Thierry Pham (PhD)^{c,d}

^a Service de psychiatrie, hôpital universitaire de Bruxelles, route de Lennik 808, 1080 Bruxelles, Belgique

^b Laboratoire de psychiatrie développementale, université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

^c Service de psychologie légale, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, UMon, Mons, Belgique

^d Centre de recherche en défense sociale (CRDS), Tournai, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 27 juin 2025

Accepté le 18 septembre 2025

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Dangerosité psychiatrique

Risque

Soins sous contrainte

Interdisciplinarité

R É S U M É

Objectif. – Explorer les limites des évaluations de la dangerosité psychiatrique en Belgique, France, Royaume-Uni et aux Pays-Bas, et examiner si une évaluation systématique et structurée du risque, soutenue par des compétences médico-légales et une interdisciplinarité renforcées, pouvaient améliorer les décisions de soins sans consentement.

Méthodes. – Analyse comparative des cadres législatifs (loi belge du 26 juin 1990, modifiée en 2024 ; Code de la santé publique français ; Mental Health Act 1983 ; *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg* 2020) et des pratiques d'évaluation, basée sur la littérature et des données statistiques.

Résultats. – Les mesures de contrainte augmentent fortement en Belgique, en France, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas depuis plus de 10 ans. Les évaluations subjectives de la dangerosité, basées sur des critères légaux flous non révisés, présentent une variabilité importante en Belgique et en France, où les échelles de risque sont absentes, contrairement au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, qui développent des initiatives autour de l'évaluation du risque, notamment avec le HCR-20 V3 pour structurer les décisions. Ces échelles offrent une précision validée, mais leur implémentation nécessitera une formation.

Conclusions. – Une implémentation d'échelles de risque, combinée à une formation interdisciplinaire et médico-légale inspirée de la ligne Nixon, pourrait réduire les biais subjectifs, la stigmatisation et les traumatismes, sous réserve d'études confirmant leur efficacité.

© 2025 L'Encéphale, Paris.

A B S T R A C T

Objective. – To explore the limitations of psychiatric dangerousness assessments in Belgium, France, the UK, and the Netherlands, and to assess whether systematic and structured risk assessment, supported by enhanced forensic psychiatry skills and interdisciplinarity, could improve involuntary care decisions.

Methods. – Comparative analysis of legislative frameworks (Belgian law of 26 June 1990, amended in 2024; French Public Health Code; Mental Health Act 1983; Compulsory Mental Health Care Act 2020; *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg* 2020) and assessment practices based on literature and statistical data.

Results. – Compulsory measures have been strongly increasing in Belgium, France, the UK, and the Netherlands for over a decade. Subjective dangerousness assessments, based on vague legal criteria not recently revised, show significant variability in Belgium and France where structured tools are absent, unlike the UK and the Netherlands which are developing initiatives around risk assessment, notably with the HCR-20 V3 to structure decisions. These tools demonstrate validated predictive accuracy but would require essential training for implementation.

Keywords:

Psychiatric dangerousness

Risk

Compulsory care

Interdisciplinarity

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : pierre.oswald@hubruelles.be (P. Oswald), thierry.phamhoang@umons.ac.be (T. Pham).

Conclusions. – Implementing structured tools, combined with interdisciplinary and forensic psychiatry training inspired by the Nixon line, could reduce subjective biases, stigma, and trauma pending studies confirming their effectiveness.

© 2025 L'Encéphale, Paris.

1. Introduction

Les mesures judiciaires de soins psychiatriques sans consentement ont considérablement augmenté en Europe ces dernières années [1–4]. Par ailleurs, les troubles dépressifs et anxieux ont crû de 25 à 30 % en Europe depuis 2020, avec une hausse estimée de 15 à 20 % des consultations psychiatriques, selon des tendances observées dans les services de santé mentale [4,5]. En Belgique, les mesures de contrainte ont augmenté de 43,1 % entre 2013 et 2022, passant de 5 488 à 7 853 cas par an [1]. En France, les soins sans consentement (SSC) ont progressé de 14 % entre 2012 et 2021, atteignant 95 500 personnes [2]. Au Royaume-Uni, les détentions sous le Mental Health Act 1983 ont crû de 10 % entre 2015 et 2023, avec environ 50 000 cas en 2022–2023 [3]. Aux Pays-Bas, une hausse des soins sans consentement de 12 % a été constatée entre 2019 et 2022, avec une augmentation globale des contentions et des isolements [6]. Au-delà de la dégradation de la santé psychique de la population, cette hausse soulève des préoccupations quant à l'évaluation adéquate des critères justifiant de mesures médicales de soins sans consentement.

Les évaluations en vue d'hospitalisations sans consentement reposent sur des jugements strictement cliniques et ponctuels. En Belgique par exemple, et spécifiquement à Bruxelles, ces évaluations sont la plupart du temps effectuées par des médecins en formation durant leur master de spécialisation en psychiatrie, sous la supervision de seniors. Elles entraînent une variabilité importante dans les décisions d'hospitalisation sans consentement, avec un taux d'erreur estimé à 30 à 40 % en Belgique [7]. Les mesures de contrainte, par définition coercitives, peuvent avoir des conséquences importantes lorsqu'elles sont injustifiées mais également en cas de maintien injustifié durant des périodes trop longues [8]. Ainsi, outre la stigmatisation ou la violation des droits, de nombreux patients rapportent des expériences traumatiques lors des hospitalisations forcées, avec environ 30 % des cas estimés selon les observations générales de la littérature [5,9].

Sur les plans légal et éthique, des certificats insuffisamment circonstanciés, ce qui pourrait être le cas pour 50 % des soins en cas de péril imminent (SPI) en France, entraînent des privations de liberté injustifiées, contrevenant potentiellement à l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) qui impose une justification médicale rigoureuse et une procédure légale stricte pour toute privation de liberté [2,10].

Cet article analyse les limites des pratiques d'évaluation de la dangerosité en Belgique, en France, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, tout en explorant si une évaluation du risque, à la fois objective et dynamique, appuyée par des compétences médico-légales renforcées et une approche interdisciplinaire, pouvait améliorer les décisions de soins sans consentement et en réduire les prolongations injustifiées.

2. Cadres législatifs

Les cadres légaux en Belgique, en France, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas reposent sur des critères de dangerosité médico-légale dérivés d'une évaluation de la dangerosité psychiatrique par des médecins (Tableau 1). En Belgique, la dangerosité psychiatrique est définie comme le potentiel d'un trouble mental à causer un

comportement préjudiciable [11]. En France, la notion de dangerosité psychiatrique est définie par le risque de passage à l'acte sous l'effet d'un trouble mental. Elle doit être différenciée de la notion de dangerosité criminologique qui « vise à appréhender un ensemble beaucoup plus vaste car sous-tendu non point par un état mais par des traits propres à un individu lui donnant une forte probabilité de commettre une nouvelle infraction dans certains contextes » [12].

L'évaluation clinique de la dangerosité psychiatrique, souvent subjective et imprécise, complique l'interprétation juridique des critères légaux, tels que la « menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui » en Belgique (loi du 26 juin 1990, modifiée en 2024), le « danger imminent » pour les soins en cas de péril imminent (SPI) ou les « troubles à l'ordre public » pour les soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) en France (Code de la santé publique), et la « sécurité du patient ou d'autrui » au Royaume-Uni (Mental Health Act 1983) [2,3,11]. Aux Pays-Bas, la nouvelle *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg* (Wvggz, Loi sur les soins de santé mentale obligatoires) de 2020 définit la dangerosité comme un risque significatif de préjudice grave lié à un trouble mental [6]. En France, les SSC incluent les SPI, les SDRE et les soins sur demande d'un tiers (SDT) avec un contrôle judiciaire depuis 2011 [2]. Notons que les SDT s'appliquent lorsqu'une personne présente un trouble mental rendant impossible son consentement et nécessitant des soins immédiats. Une dangerosité n'est donc pas en tant que telle indispensable.

Au Royaume-Uni, les détentions peuvent être complétées par des « Community Treatment Orders » pour un suivi ambulatoire [3]. Aux Pays-Bas, la Wvggz promeut également des mesures ambulatoires de contrainte [6].

Quoi qu'il en soit, ces cadres légaux soulignent la nécessité d'améliorer l'évaluation initiale de la dangerosité pour harmoniser les pratiques et éviter les abus.

3. Dangerosité versus risque : un changement conceptuel

La dangerosité psychiatrique présente un caractère subjectif, reposant sur des jugements cliniques sans critères standardisés [7]. En revanche, le concept de risque, évalué via des échelles de risque, quantifie la probabilité d'un événement indésirable à partir de facteurs historiques (ex. : antécédents de violence), cliniques (ex. : symptômes psychotiques) et contextuels (ex. : stress social) [13]. Ce passage du diagnostic, centré sur l'état actuel du patient, au pronostic, axé sur la prédiction des comportements futurs, représente un changement de paradigme pour le médecin, avec des implications éthiques majeures, notamment en termes de responsabilité et de respect de l'autonomie du patient [14].

Les échelles prédictives réduisent la variabilité des évaluations par rapport aux jugements cliniques traditionnels, tout en permettant des réévaluations dynamiques et fréquentes et éviter ainsi un maintien prolongé des soins sans consentement ou de l'enfermement [15].

L'approche dite dès lors actuarielle est fondée sur des modèles statistiques. Elle évalue les risques à partir de données générales ce qui peut générer une tension avec la perspective individualisée du droit qui met l'accent sur les particularités de chaque patient, exigeant une prise en compte contextuelle et subjective. Cette tension soulève des enjeux éthiques et juridiques complexes mais n'est

Tableau 1
Soins sans consentement en Belgique, France, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas.

Pays	Texte de loi	Délais légaux	Dangerosité : définition et application	Critères de mise en place	Critères de levée	Contrôle judiciaire
Belgique	Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, modifiée en 2024	Observation initiale : jusqu'à 48 heures ; extension : jusqu'à 40 jours, renouvelable après examen judiciaire	Menace grave pour la vie ou l'intégrité de la personne ou d'autrui due au trouble mental	Menace grave pour la vie ou l'intégrité de la personne ou d'autrui due à un trouble mental ; absence d'alternatives ; nécessite un certificat médical et une demande du procureur	Lorsque les critères ne sont plus remplis (plus de menace grave) ; basé sur une évaluation médicale et une décision judiciaire	Juge de paix autorise le placement initial dans les 24 heures et examine les extensions ultérieures ; droit d'appel à la Cour d'appel ; accès à un avocat et à un avis médical indépendant
France – SPI (soins en cas de péril imminent)	Code de la santé publique, articles L.3212-1 et suivants, L.3212-3 et suivants et L.3213-1	Période d'observation initiale : jusqu'à 72 heures ; contrôle judiciaire dans les 12 jours (ou 15 jours maximum). Renouvelable mensuellement, puis tous les 6 mois	Péril imminent pour la santé ou la vie de la personne, défini comme un risque immédiat et grave sans tiers disponible	Trouble mental rendant le consentement impossible ; péril imminent pour la santé ou la vie du patient ; impossibilité de trouver un tiers ; nécessite un certificat médical établi par un médecin extérieur à l'établissement ; examen somatique dans les 24 heures ; certificats à 24 h et 72 h	Lorsque les critères ne sont plus remplis ; basé sur des certificats médicaux ; évolution possible vers un programme de soins ou hospitalisation complète ; levée automatique si non renouvelé	Juge des libertés et de la détention (JLD) examine dans les 12–15 jours, puis mensuellement ou tous les 6 mois ; audiences obligatoires ; droit d'appel ; accès à un avocat et à un défenseur
France – SDT (soins sur demande d'un tiers)			Non applicable	Trouble mental rendant le consentement impossible ; nécessité de soins immédiats avec surveillance constante ; demande manuscrite d'un tiers (famille ou proche) excluant le personnel soignant ; nécessite deux certificats médicaux de moins de 15 jours (un en urgence pour le soin à la demande d'un tiers en urgence)		
France – SDRE (soins sur décision du représentant de l'État)			Trouble grave à l'ordre public ou à la sûreté des personnes, défini comme un risque sociétal lié au trouble mental	Trouble mental rendant le consentement impossible ; trouble grave à l'ordre public ou à la sûreté des personnes ; décision du préfet ; nécessite un certificat médical		
Royaume-Uni ^a	Mental Health Act 1983 (modifié par le Mental Health Act 2007)	Section 2 (évaluation) : jusqu'à 28 jours ; section 3 (traitement) : jusqu'à 6 mois, renouvelable pour 6 mois puis annuellement ; section 136 (pouvoir policier) : jusqu'à 24 heures	Risque pour la santé ou la sécurité de la personne ou pour la protection d'autrui	Trouble mental d'une nature ou d'un degré justifiant la détention ; risque pour la santé, la sécurité ou la protection d'autrui ; traitement médical approprié disponible	Lorsque les critères ne sont plus remplis ; sortie par le clinicien responsable, les gestionnaires de l'hôpital ou le tribunal ; périodes d'examen automatique	Le tribunal de santé mentale examine les détentions (automatique après 6 mois, le patient peut demander) ; droit d'appel au tribunal supérieur ; soutien d'un défenseur indépendant en santé mentale ; consultation du parent le plus proche et seconde opinion pour certains traitements
Pays-Bas	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en vigueur depuis le 1 ^{er} janvier 2020	Mesure de crise : jusqu'à 3 jours ; autorisation de soins : jusqu'à 6 mois initiaux, renouvelable ; examens réguliers tous les 6 mois ou plus tôt si nécessaire	Préjudice grave (sérieux dommage) à soi-même ou à autrui causé par le trouble mental	Condition psychologique causant un préjudice grave à soi ou autrui ; soins volontaires impossibles ; soins obligatoires proportionnés, efficaces et seuls moyens d'éviter le préjudice ; inclut le traitement communautaire obligatoire (CCT) et à domicile (CTH)	Lorsque le préjudice grave est évité et les critères ne s'appliquent plus ; basé sur des évaluations régulières par des professionnels en consultation avec le patient	Procureur public demande l'autorisation au tribunal ; tribunal décide dans les 3 jours pour les mesures de crise et examine les extensions ; droit d'appel et à un avocat ; accent sur la participation du patient et les alternatives moins restrictives

^a Le Mental Health Act 1983 (tel que modifié par le Mental Health Act 2007) s'applique uniquement à l'Angleterre et au Pays de Galles. Des lois distinctes existent en Écosse (Mental Health Act 2003) et en Irlande du Nord (Mental Health Order 1986).

pas insurmontable dans le cadre d'une approche interdisciplinaire indispensable associée à des ajustements structurels et une formation médico-légale des professionnels [10,16].

4. Les modèles britannique et néerlandais : une ouverture aux échelles structurés

Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, une ouverture à l'utilisation d'échelles structurés comme la Historical Clinical Risk Management-20, version 3 (HCR-20 V3) est observée, contrairement à la Belgique et à la France où les échelles de risque restent absentes des mesures de contrainte [2,6-8]. Au Royaume-Uni, le Mental Health Act 1983 intègre des évaluations structurées par des psychiatres et des *Approved Mental Health Professionals* (AMHP) pour les décisions d'hospitalisation sous contrainte (sections II ou III), avec la HCR-20 V3 utilisée pour étayer les cas complexes ou justifier le maintien des mesures [3,17-19]. Très pratiquement, toute mesure de soins sans consentement est étayée par une évaluation du risque. Aux Pays-Bas, bien que la Wvvgz repose principalement sur des jugements cliniques, des initiatives pilotes ont exploré l'utilisation de la HCR-20 V3 pour structurer les évaluations de risque, bien que son implémentation reste limitée [6]. Cette ouverture aux échelles prédictives dans ces deux pays, visant à réduire les biais cliniques, contraste avec la Belgique et la France, où l'absence d'échelles structurés contribue à des pratiques hétérogènes [7,8,18].

5. Échelles de risque : qualités et limites

La HCR-20 V3 intègre 20 facteurs historiques, cliniques et de gestion du risque [13]. Des méta-analyses confirment sa validité, avec une sensibilité de 70 % et une spécificité de 65 % pour la violence à moyen terme, surpassant les jugements cliniques [15,20]. Sa relative rapidité répond aux contraintes d'urgence, et son caractère dynamique permet des réévaluations périodiques pour ajuster ou lever les mesures, réduisant ainsi les conséquences délétères d'un maintien prolongé [13,20]. Elle identifie des facteurs modifiables (ex. : symptômes psychotiques) pour orienter les interventions thérapeutiques, alignant les décisions cliniques avec les exigences juridiques [15,18]. Parmi de nombreuses échelles de risques existant à ce jour, la HCR-20 est la plus utilisée à travers le monde au sein des milieux carcéraux et médico-légaux [21-23]. En effet, elle est largement acceptée par les cliniciens et raisonnablement bien intégrée par les instances décisionnelles.

Si sa précision prédictive est supérieure au jugement clinique, la HCR-20 V3 reste insuffisante pour déterminer, seule, l'offre de traitement ou la fin d'une mesure. C'est ce que rappelle la directive NICE NG225 qui précise que les décisions doivent être basées sur une évaluation clinique globale, tenant compte des besoins individuels et du contexte du patient [24]. Parmi les autres limites, citons le risque de surstandardisation qui peut compromettre l'autonomie des patients, et la focalisation sur le seul risque qui peut renforcer la stigmatisation [10]. À cet égard, la *Structured Assessment of Protective Factors* (SAPROF) se distingue en mettant l'accent sur les facteurs de protection, tels que les compétences sociales ou le soutien communautaire, plutôt que sur les seuls risques. Cette approche favorise une évaluation plus équilibrée, valorisant les forces des patients pour promouvoir leur autonomie et réduire la stigmatisation [25]. Cependant, la littérature relative à l'utilisation conjointe des deux échelles risque/protection ne souligne pas de manière équivoque une validité incrémentale sur le plan prédictif [23]. À l'instar de ce qui est fait au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, l'implémentation d'échelles de ce type nécessitera quoi qu'il en soit des études pour confirmer leur pertinence dans divers contextes dans les pays francophones.

6. Interdisciplinarité et compétences médico-légales

L'interdisciplinarité, contrairement à la pluridisciplinarité qui juxtapose les contributions de différentes disciplines sans intégration, implique une collaboration intégrée où les professionnels coconstruisent des solutions en combinant leurs expertises pour répondre à des problématiques complexes [26,27]. Cette approche pourrait faciliter l'intégration des perspectives cliniques et juridiques.

La « ligne Nixon » est une initiative bruxelloise qui réunit hôpitaux, police, magistrats et psychiatres pour coordonner les interventions d'évaluations et d'interventions sous contrainte d'urgence. Les rencontres visent à développer des compétences interdisciplinaires autour de situations cliniques et à développer un langage commun, une collaboration efficace et des protocoles partagés [1,26].

Cependant, la ligne Nixon n'a pas la possibilité d'agir sur les compétences médico-légales des médecins. L'implémentation des échelles de risque en Belgique et en France nécessitera une formation médico-légale renforcée, car, par exemple, moins de 20 % des psychiatres belges sont estimés formés à ces évaluations [7,8]. En complément de l'enseignement médico-légal, une formation au travail interdisciplinaire et aux épistémologies spécifiques de chaque métier est indispensable et pourrait réduire les tensions entre les approches individualisées du droit et les méthodes statistiques, et assurer une application cohérente des échelles comme la HCR-20 V3 à l'instar de ce qui est fait dans le cadre de la formation « Violence et troubles mentaux », à l'Extension-UMons en Belgique. Au Royaume-Uni, la formation des psychiatres et des AMHP aux échelles de risque améliore la cohérence des décisions [17,18,28].

7. Conclusion

Les évaluations subjectives de la dangerosité psychiatrique en Belgique et en France, marquées par une variabilité importante, des biais cliniques et des certificats souvent insuffisamment circonstanciés, ont des conséquences délétères, notamment en cas de maintien prolongé des contraintes, et renforcent la stigmatisation. Ces défis sont partiellement atténués au Royaume-Uni et aux Pays-Bas par l'implémentation d'échelles de risque comme la HCR-20 V3. Ces échelles, validées, rapides et dynamiques, répondent aux exigences judiciaires tout en structurant les décisions de soins sans consentement, permettant des réévaluations pour limiter les hospitalisations abusives. Leur implémentation nécessite une formation médico-légale renforcée et des cadres légaux clarifiés, inspirés des modèles britannique et néerlandais. Si les échelles d'évaluation du risque permettent d'améliorer la précision et l'homogénéité des décisions de soins sans consentement, elles se doivent d'être intégrées dans une réelle démarche interdisciplinaire dont la ligne Nixon est un bon exemple. Nous appelons donc à une transition prudente mais progressive vers un modèle d'évaluation du risque associée à une démarche obligatoirement interdisciplinaire.

Cette approche pourrait réduire les biais, limiter les impacts négatifs des contraintes et respecter les droits individuels. Des études prospectives sont essentielles pour valider leur efficacité dans divers contextes européens, garantissant un équilibre entre rigueur scientifique, éthique et protection des libertés fondamentales.

Sources de financement

Aucune.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Conseil supérieur de la Justice. (2024). Groupe de travail : la loi du 26 juin 1990. Bruxelles : CSJ. <https://www.csj.be/fr/publications>.
- [2] Coldefy M, Gandré C. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie. *Quest Econ Sante* 2022;269:1-8 <https://www.irdes.fr/documentation/questions-d-economie-de-la-sante/qes269.pdf>.
- [3] NHS Digital. Mental Health Act Statistics, Annual Figures 2022-23; 2023. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-act-statistics-annual-figures/2022-23>.
- [4] Vieta E, et al. Global burden of mental disorders during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2021;8(11):943-56, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00308-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00308-6).
- [5] Winkler P, et al. Mental health service use during and after the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry* 2022;65(1):e45, <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2310>.
- [6] van der Post L, et al. Trends in gedwongen opnames en zorg in de periode 2003-2023 in Nederland. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*; 2023. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/en/artikelen/article/50-13386>. Trends-in-gedwongen-opnames-en-zorg-in-de-periode-2003-2023-in-Nederland.
- [7] De Hert M, Thys E, Peuskens J. La prise en charge des troubles psychiatriques en Belgique. *Acta Psychiatr Belg* 2017;117(3):45-53.
- [8] Fovet T, Thibaut F, Parsons A, et al. Mental health and the criminal justice system in France: a narrative review. *Forensic Sci Int Mind Law* 2020;1:100028, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsml.2020.100028>.
- [9] Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28(6):605-12, <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796019000350>.
- [10] Niveau G, Materi J. Psychiatric commitment: case law from the European Court of Human Rights. *Eur Psychiatry* 2007;22(1):59-67, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.06.003>.
- [11] Loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique. Bruxelles, Belgique: Moniteur belge; 1990, https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fra&Fc=1990062630table_name=loi.
- [12] Académie nationale de médecine. Dangerosité psychiatrique et criminologique; 2012. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/ANM-dangerositeC3%A9-26.09.12docm.pdf>.
- [13] Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools. *Clin Psychol Rev* 2011;31(3):499-513, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009>.
- [14] Douglas KS, Skeem JL. Violence risk assessment: getting specific about being dynamic. *Psychol Public Policy Law* 2005;11(3):347-83, <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8971.11.3.347>.
- [15] O'Shea LE, Dickens GL. Predictive validity of the HCR-20 for inpatient violence: a meta-analysis. *Int J Forensic Ment* 2015;14(1):1-11, <http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2014.955220>.
- [16] Fazel S, Singh JP, Doll H, et al. Use of risk assessment instruments to predict violence. *BMJ* 2012;345:e4692, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e4692>.
- [17] Douglas KS, Hart SD, Webster CD, et al. HCR-20 V3: assessing risk for violence. *Burnaby: Mental Health, Law, and Policy Institute*; 2013.
- [18] Oram S, Colling C, Pritchard M, et al. Patterns of use of the Mental Health Act 1983. *BJPsych Open* 2019;5(6):e102, <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2019.77>.
- [19] Judges I, Egan N, Broad G. HCR-20 as a measure of reliable and valid risk assessment. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2016;27(4):492-508, <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2016.1167683>.
- [20] Coid J, Yang M, Ullrich S, et al. The predictive validity of risk assessment tools in forensic settings. *Br J Psychiatry* 2015;206(4):321-7, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149104>.
- [21] Pham T, Habets P, Saloppé X, et al. Violence risk profile of medium- and high-security NGRI offenders in Belgium. *J Forens Psychiatry Psychol* 2019;30(3):530-50, <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2019.1587676>.
- [22] Ogonah MG, SeyedSalehi A, Whiting D, et al. Violence risk assessment instruments in forensic psychiatric populations: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2023;10(10):780-9, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00256-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00256-2).
- [23] Singh JP, Desmarais SL, Hurducas C, et al. International perspectives on the practical application of violence risk assessment: a global survey of 44 countries. *Int J Forensic Ment Health* 2014;13(3):193-206, <http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2014.922141>.
- [24] National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NG225). London: NICE; 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>.
- [25] de Vries Robbé M, de Vogel V, Veldhuizen A. The structured assessment of protective factors for violence risk (SAPROF). In: *Handbook of violence risk assessment*; 2020, <http://dx.doi.org/10.4324/9781315518374-17> (pp. 410-437).
- [26] Kirkove P, Oswald J. L'interdisciplinarité pour des soins psychologiques. *Ann Med Psychol* 2023;181(7):785-92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2023.181785>.
- [27] Choi BCK, Pak AWP. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med* 2006;29(6):351-64.
- [28] National Institute for Health Care and Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health. London: NICE; 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.