Les idéations suicidaires chez les nouveaux arrivants en maison d'arrêt

A. Gibeaux

▶ **To cite this version:**

A. Gibeaux. Les idéations suicidaires chez les nouveaux arrivants en maison d'arrêt. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2010, 168 (9), pp.660. 10.1016/j.amp.2009.04.021 . hal-00690279

HAL Id: hal-00690279
https://hal.science/hal-00690279

Submitted on 23 Apr 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Les idéations suicidaires chez les nouveaux arrivants en maison d'arrêt

Author: A. Gibeaux

PII: S0003-4487(10)00280-5
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.04.021
Reference: AMEPSY 1230

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Received date: 7-2-2009
Accepted date: 17-4-2009

Please cite this article as: Gibeaux A, Les idéations suicidaires chez les nouveaux arrivants en maison d'arrêt, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2009.04.021

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Mémoire

Les idéations suicidaires chez les nouveaux arrivants en maison d'arrêt

Significant risk factors for suicidal ideation in prisoners

A. Gibeaux

Audrey Gibeaux, 13 rue Baudin, 78390 Bois-d'Arcy, France

Tél. : 0130582928

Cell. : 0642673959

Adresse email : 7 février 2009

Texte reçu le 9 février 2009 ; accepté le 26 octobre 2009

Résumé

La problématique suicidaire en prison signe un enjeu important par le fait qu'il existe une sursuicidité carcérale, notamment lors des premiers temps d'incarcération. Quatre-vingt pour cent des sujets qui font un passage à l'acte expriment des idées suicidaires dans les mois qui précèdent. Ainsi l'expression des idées suicidaires est un facteur de risque du suicide et leur repérage est crucial. Au moyen d'outils d'évaluations tels que l'entretien semi-structuré et des échelles, nous avons évalué 100 détenus arrivant en maison d'arrêt : 11/100 personnes en prison présentent des idées suicidaires pour 4/100 personnes en milieu libre. Bien que les idées suicidaires ne soient pas liées de façon significative à l'incarcération, on trouve une corrélation significative entre les idées suicidaires et la sévérité des symptômes dépressifs, anxieux et psychotiques ainsi qu'avec les événements de vie (être marié, avoir des enfants, être âgé de plus de 35 ans, avoir une peine relative à un crime de sang ou délit sexuel, avoir déjà tenté de se suicider, avoir eu des troubles addictifs, manque de support familial). Le repérage des idéations suicidaires ainsi que des facteurs à risque dès le début de l'incarcération permettraient un dépistage précoce du risque suicidaire et une prévention adaptée de celui-ci.

Mots clés : Dépression ; Détenus ; Evénements de vie ; Facteurs de risque ; Idéation suicidaire ; Tentative de suicide

Abstract

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Suicide in prison is in increase for several years and participates in a major problem of public health. The number of suicide in prison arises mainly during first moment of incarceration, in particular under fifteen days. 80% of the subjects who attempt to commit suicide or commit suicide express such ideas months before. So the expression of suicidal ideations is a risk factor of suicide and their detection is crucial. This study has investigated suicidal risks in prisoners with the assessment of the rate of suicidal ideation as well as their link with risk factors such as depressive disorders, individual factors or life's event's life, etc. Participants were recruited from all-male adults, who just arrived in prison since one week in prison of Hauts-de-Seine, Nanterre, France. 100 prisoners able to read and fill in the scales in autonomy way were evaluated from March to June 2007 using a structured interview, Beck Depression inventory (BDI), Scale of suicidal ideation by Beck (SSI) and a short version of Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The SSI assesses precisely the presence of suicidal ideations and suicidal risk as well as its severity and the score gives some information on the severity of the suicidal risk. The BDI assesses the presence of depressive symptoms as well as the severity of depression according to a classification: Light, medium or severe depression. 11/100 prisoners have suicidal ideations in SSI. They are not connected significantly to the incarceration (χ^2= 3, 52, p= 0, 05). The scores go from 3 to 27 (the maximum score for this scale is 36) and the medium score is 8, 81: 4 people have scores around the medium score, 4 people have a score smaller than 5, 3 people have a score higher than 9. The group of prisoners who have suicidal ideations (n=11) was compared with the group of prisoners without suicidal ideations (n= 89). Suicidal ideations are in link with the severity of depression in BDI (χ^2= 12, 53, p<0,001) but not with its presence only: Prisoners who have suicidal ideations have a medium score of depression higher than prisoners who have not suicidal ideations (16, 45 against 6, 01, the maximum score for this scale is 39). 91 % of prisoners who have suicidal ideations suffer from medium or severe depression against 35 % of prisoners without suicidal ideations. Nevertheless, the difference is not significant if we compare the two groups with all types of depression -light, medium or severe (χ^2= 2, 74, p<0, 05). Moreover anxious and psychotics symptoms, in particular hallucinations in MINI are linked significantly with suicidal ideation (anxiety: χ^2= 22, 62, p=0, 00001; psychosis: χ^2= 6,639, p=0, 01; hallucinations: χ^2= 12, 8, p=0,001). Significant risk factors for suicidal ideation in prisoners are life's event such as personal suicidal attempt (χ^2= 25, 58, p<0, 000001) and substance use history (χ^2= *7, 76,* p<0, 01) and the lack of family support (χ^2= 8, 7, p<0, 01). It is not the case for suicidal attempt in family (χ^2= *1,663,* p<0, 05) and a

ACCEPTED MANUSCRIPT

recent death (χ^2= 1, 24, p<0,015). Prisoners, who are more than 35 years old, are married, have children and are in prison for murder(s) or rape(s) have significantly more suicidal ideations. Some prisoners who have not suicidal ideation in the SSI have a suicidal risk in the MINI. So we can think these ideas are under-expressed in the SSI because prisoners can feel uncomfortable to express such ideas. Moreover there is more than the half of prisoners who present some signs of depression in BDI for less than 1/3 of prisoners in MINI: Depression can be over-expressed in BDI, what explain it is the severity of depression which is in link with suicidal ideations and no only its presence because a lot of prisoners (with or without suicidal ideations) seem to have a depression with the assessment of BDI. The results must be used with care because the population of the study is quite small, in particular for prisoners who have suicidal ideations. Furthermore it is very heterogeneous and judging origins of the link between suicidal ideations and risk factors is very difficult. In conclusion, these results can not be generalised to the whole prison; they are specifics to this place of research. Symptoms of depression, anxiety and psychosis as well as personal history of suicidal attempt, substance use and a lack of family support are risk factors for suicidal ideations in prisoners. The precocious detection of suicidal ideation and risk factors would prevent from suicide and reduce the risks.

Keywords: Depressive disorders; Life's events; Prisoners; Risk factors; Suicidal attempt; Suicidal ideation

1. Introduction

Le suicide en prison est un sujet de préoccupation grandissant en France depuis plusieurs décennies et participe d'un problème de santé publique [19,21,25,28]. On compte actuellement une sursuicidité carcérale de 6,5 [7] qui concerne particulièrement « les premiers temps de détention où le suicide est réactionnel au choc de l'incarcération » [23]. L'arrivée en maison d'arrêt peut en effet donner lieu à un véritable « choc carcéral » [31] dû à la rupture de l'équilibre psycho-social. Les idées suicidaires peuvent apparaître « dès le début de la détention » [12] et donner lieu à un passage à l'acte : « 80 % des sujets qui font une tentative de suicide ou se suicident expriment des idées suicidaires dans les mois qui précèdent. » Ces idées révèlent un mal-être et une souffrance saisissante ; leur apparition doit être prise au

ACCEPTED MANUSCRIPT

sérieux et alerter immédiatement les professionnels. Cependant leur fréquence en milieu carcéral demeure peu connue, ce qui nous a donné l'idée d'étudier ce phénomène dans cette présente recherche.

2. Idées suicidaires et suicide

2.1. Quelques chiffres

Concernant le suicide en prison, la littérature note que respectivement « 104 et 122 détenus se sont suicidés, soit un taux de suicide de 22,8 en 2001 ou 22,4 en 2002 pour 10 000 détenus » [9]. Sur 21 suicides commis dans l'ensemble de la région pénitentiaire, 16 ont été commis en Île-de-France. Une étude a repéré « un risque suicidaire pour 40 % des détenus, risque jugé élevé pour la moitié d'entre eux » [24].

On compterait « 4 000 personnes ayant des idéations suicidaires pour 100 000 personnes » [22,30-32] dans la population générale ; « ces taux sont multipliés » pour la population carcérale, sans que l'on connaisse le taux exact. Dans les prisons de Grande-Bretagne, sur 172 détenus arrivés en prison depuis peu, « 25 détenus présentaient des idées suicidaires » [29]. Des auteurs notent que les détenus ayant des idées suicidaires réalisent beaucoup plus de tentatives de suicide ou de conduites d'auto-mutilations que ceux sans idées suicidaires [18]. Les idées suicidaires donnent lieu « à un plan pour la réalisation d'une tentative chez environ un tiers des sujets et, parmi ceux-ci, 70 % feront un passage à l'acte » [12]. Enfin, « le temps entre la survenue d'idées et la première TS est bref, la majorité des tentatives de suicide surviennent dans la première année d'incarcération » [16].

2.2. Définitions

Les idées suicidaires font partie d'un processus complexe relatif au suicide et à la crise suicidaire, mais ne sont pas forcément présentes à l'origine de tout acte suicidaire, car celui-ci peut être effectué de façon impulsive. Elles sont difficiles à définir car il existe celles de type « normal », c'est-à-dire des interrogations universelles sur la mort et le suicide, et celles « pathologiques », qui amènent la personne à penser de façon récurrente au suicide, allant parfois jusqu'à commettre un passage à l'acte. « Une personne est considérée avoir des idées suicidaires quand elle pense à se tuer » [27]. Ces auteurs précisent que « penser sérieusement

ACCEPTED MANUSCRIPT

au suicide n'implique pas qu'un individu soit à risque de s'enlever la vie ; cependant comme l'idée suicidaire est toujours présente avant la tentative de suicide ou le suicide complété, elle peut être considérée comme un signal d'une possibilité de se tuer ». Les idéations suicidaires sont principalement causées par « la colère, le désespoir, la culpabilité, le désir de mourir et le désir de changer » [18].

Le suicide est « le résultat d'un processus de fragilisation, rarement le fait d'un événement isolé » [27] qui s'accompagne d'une souffrance et vulnérabilité. Il comporte cinq étapes : la recherche de stratégies pour enrayer la crise, l'apparition d'idées suicidaires et leur rumination, la cristallisation et l'élaboration d'un scénario suicidaire, un élément déclencheur et le passage à l'acte. L'Inserm met l'accent sur la survenue de la « crise suicidaire » constituée par les pensées de suicide qui deviennent progressivement omniprésentes avec des ruminations et se cristallisent, puis une élaboration de scénarios de passage à l'acte [12].

2.3. Idéations suicidaires et comorbidité

La crise suicidaire peut se manifester à travers des symptômes participant à la dépression comme « la fatigue, l'anxiété, la tristesse, des pleurs, des troubles du sommeil, une perte du goût, un sentiment d'échec et d'inutilité, une dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses problèmes, une perte d'appétit ou boulimie, une rumination mentale, un isolement ». A un stade ultérieur de la crise, celle-ci peut s'exprimer par des comportements préoccupants : « le désespoir, une souffrance psychique intense […] » [12]. En outre, les idées suicidaires peuvent être voilées dans le discours et revêtir des formes de plaintes somatiques ou des thèmes répétitifs dépressifs [1].

Parmi les personnes suicidées, « 23,1 % présentaient un trouble dépressif avant leur passage à l'acte fatal » [15]. D'autres auteurs mettent en évidence « la forte corrélation entre les symptômes de dépression majeure et la suicidalité, le fait de se sentir indigne et coupable » [33]. Selon une enquête épidémiologique, « la prévalence de dépression est de 40 %, celle de l'anxiété généralisée est de 33 %, celle des psychoses est de 14 % et celle des troubles addictifs est de 38 % » [7]. D'autres études mettent en avant le nombre élevé de troubles mentaux et d'addictions chez les détenus incarcérés à leur arrivée [24,29] : sur 172, 110 avaient une histoire de troubles mentaux, 89 en avaient actuellement et 39 étaient dépendants à la drogue et 25 avaient des symptômes dépressifs. Le risque suicidaire et les

ACCEPTED MANUSCRIPT

troubles de la personnalité sont liés [27,29] : « Ce sont les mêmes catégories de personnes qui ont un risque suicidaire que ceux qui ont des troubles de la personnalité » [14].

3. Facteurs de risque suicidaire

3.1. Les variables personnelles et psychosociales

- L'âge : Les adultes de plus de 40 ans [23].

- La nationalité : les étrangers interdits de territoire [23] seraient particulièrement exposés.

- Le fait de disposer de biens matériels et affectifs [4] ; « ce sont ceux qui ont le plus à perdre qui se suicident le plus », c'est-à-dire ceux qui avaient un conjoint et des enfants, un métier, bref une insertion socioprofessionnelle valorisée » [23].

- L'entourage : sentiment d'abandon, « un tiers des détenus suicidés n'avaient aucune visite et un quart aucune correspondance » [31], pauvre support social [14, 31].

- La consommation d'alcool et de drogues [27, 29].

L'histoire de TS personnelle et dans la famille, les hospitalisations en psychiatrie, un score élevé aux échelles d'anxiété et de dépression représentent un facteur de risque liés aux idées suicidaires [6,8,10,17]. La trajectoire de vie et le passé familial sont aussi soulignés. Enfin les événements traumatiques de vie tels que l'abus sexuel, la maltraitance physique et émotionnelle, l'abandon, les tentatives de suicide (soit pendant l'enfance, l'âge adulte ou la détention) sont associés à un risque suicidaire [3].

3.2. Les variables liées à l'incarcération et à la peine

- Les premiers temps d'incarcération [4,23] ; « 9 % des suicides sont réalisés pendant la première semaine, 17 % pendant le premier mois, 34 % durant les trois premiers mois » [31] ; « 32 % des personnes suicidées se sont suicidées lors des sept premiers jours de leur arrivée en prison et 11 % sous 24 heures » [29]. « Le suicide a lieu majoritairement les six premiers mois : 16 % dans les quinze premiers jours, 50 % dans les six premiers mois » [23].

- Les maisons d'arrêt ; « 90 % des cas » de suicide [4, 23].

- Le fait d'avoir le statut de prévenu, c'est-à-dire de n'être pas encore jugé [31,23] et de primaire, c'est-à-dire le fait d'être incarcéré pour la première fois [4].

ACCEPTED MANUSCRIPT

- L'infraction contre un proche [4] et les affaires pour crime de sang et pour agression sexuelle : « Les détenus pour crime de sang et pour agression sexuelle sur mineur se suicident sept fois plus que ceux inculpés de vol sans violence » [13,31].

3.3. Facteurs primaires, secondaires, tertiaires

Selon la Conférence de consensus (2000), il est nécessaire de rechercher :

- les *facteurs primaires* : troubles psychiatriques, antécédents suicidaires personnels ou familiaux. Quatre-vingt pour cent des sujets qui font une tentative de suicide expriment de telles idées dans les mois qui précèdent. La comorbidité accroît le risque suicidaire, comme l'association des troubles anxieux et dépressifs ;

- les *facteurs secondaires* : événements de vie douloureux négatifs tels une perte parentale précoce, un isolement social, des conflits interpersonnels, une séparation, des difficultés financières et professionnelles et une histoire de tentative(s) de suicide. Les suicidants en présentent quatre fois plus dans les six derniers mois que les déprimés ne faisant pas de tentative(s) de suicide [18].

- les *facteurs tertiaires* : sexe masculin, grand âge et jeune âge. Ils n'ont de valeur prédictive qu'en présence des facteurs primaires et secondaires.

4. Prévention

Des auteurs mettent en évidence le nombre élevé de personnes qui arrivent en prison et qui souffrent de troubles psychiatriques et addictifs ; ils suggèrent « le besoin considérable de prise en charge éducative et thérapeutique ». Leur étude souligne « l'intérêt de l'utilisation d'un questionnaire standardisé pour chaque arrivant, permettant d'identifier les besoins et d'adapter les prises en charge » [11].

Un groupe de travail associant les secteurs médico-psychologiques régionaux (SMPR), les unités de consultation de soins en ambulatoire (UCSA) et le Service de probation et de réinsertion professionnelle (SPIP) s'est constitué et a défini cinq objectifs (2002) :

- Favoriser un meilleur repérage du risque suicidaire en détention,

- Apporter un soutien aux personnes détenues,

- Mieux limiter les conséquences d'un passage à l'acte,

- Améliorer le suivi des actes suicidaires et l'application du dispositif de prévention des suicides et développer des actions de formation ciblées.

ACCEPTED MANUSCRIPT

La prévention du suicide repose sur quatre axes d'action : la promotion de la santé, la prévention du suicide, l'intervention en cas de crise suicidaire et la post-intervention suite à un suicide [31]. Le suivi après la crise est primordial car « les patients en crise suicidaire et ayant déjà fait une tentative de suicide ont un risque majeur de récidive dans l'année qui suit le passage à l'acte » [12]. L'écoute joue un rôle primordial dans cette prise en charge, elle est « un temps essentiel face à un patient pour lequel on suspecte un risque suicidaire » et consiste à « favoriser au mieux la verbalisation » [1].

Pour cela, la conférence de consensus (2000) a défini des niveaux de dangerosité et d'urgence : le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, l'impulsivité, un éventuel élément précipitant et la qualité du soutien de l'entourage proche. Le support thérapeutique apparaît crucial, avec une « place essentielle réservée aux liens dans la prise en charge » afin que le patient soit « compris, reconnu et accepté par l'intervenant ».

5. Objectifs et hypothèses de notre travail

L'objectif principal de cette étude était l'évaluation de la fréquence des idées suicidaires chez les détenus arrivants à la Maison d'arrêt des Hauts-de-Seine (92). Les objectifs secondaires consistent à évaluer s'il existe un lien entre les idéations suicidaires et certains facteurs de risque du suicide comme les caractéristiques personnelles (âge, nationalité, travail, etc.) décrits dans la littérature.

Face à ces objectifs, nos hypothèses de travail sont les suivantes :

- Davantage de personnes présenteront des idées suicidaires en milieu carcéral qu'en milieu libre.

- Les personnes détenues présentant des idées suicidaires auront un score de dépression et d'anxiété supérieur à celles qui n'ont pas d'idées suicidaires ainsi que davantage de symptômes psychotiques.

- Les personnes détenues présentant des idées suicidaires possèderont un nombre plus important de facteurs de vie, dits « à risque » – antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicides, antécédents addictifs, manque de support de l'entourage et deuil récent – que celles qui n'ont pas d'idées suicidaires.

6. Méthodologie

ACCEPTED MANUSCRIPT

6.1. Données

Les données ont été analysées à travers le logiciel Excel. Le test utilisé est le khi deux inverse (χ^2 inverse) ; il renvoie à l'inverse de la probabilité unilatérale de la distribution χ^2 afin de comparer les résultats obtenus aux résultats prévus afin de déterminer si l'hypothèse de départ est juste. Pour chaque variable, des observations, c'est-à-dire le nombre de sujets ayant telle ou telle variable, vont être considérées. Ce test permet de calculer l'indépendance ou le lien entre les variables. Le lien entre les idées suicidaires et certains facteurs à risque a été analysé par la comparaison entre 11 sujets ayant des idées suicidaires et 89 sujets n'en ayant pas, à l'aide de ce test, le seuil de signification étant fixé à 5 %.

6.2 Le protocole d'évaluation

L'évaluation fut administrée de mars à juin 2007 sur 100 détenus majeurs tout-venants, arrivés à la Maison d'arrêt des Hauts-de-Seine (92) pendant une semaine et parlant et comprenant correctement la langue française**.** De plus, il a consisté en un entretien à l'aide d'un questionnaire adapté du MINI [6] et deux échelles d'autoévaluation, dans l'ordre le test de la BDI [7], évaluant la dépression, puis le SSI [2, 9] évaluant la fréquence et l'intensité des idées suicidaires et la sévérité du risque suicidaire. Chaque sujet a été rencontré individuellement. Les données recueillies par le test de la BDI évaluent la présence de la dépression et en quantifient la sévérité. On est ainsi capable de connaître le degré de l'état dépressif (léger, moyen, élevé) au moyen d'un classement de gravité selon le score de l'individu. Celles recueillies à la SSI sont essentiellement qualitatives : un score est bien calculé mais il ne témoigne en rien d'une quantification car aucun classement de gravité n'a été effectué. Ce score caractérise plutôt l'ampleur et de la sévérité des idées suicidaires. Toute personne ayant un résultat différent de « 0 » sera prise en compte dans le groupe ayant des idées suicidaires. Enfin, celles recueillies au MINI concernent les facteurs de vie, dits « à risque », elles ne sont pas quantifiables, elles sont nominales.

6.3. Résultats

Onze détenus sur 100 possèdent des idées suicidaires pour 4/100 dans la population générale. Cette différence n'est pas significative (χ^2= 3,52, p= 0,05). Sur les 11 personnes

ACCEPTED MANUSCRIPT

incarcérées présentant des idées suicidaires, les scores vont de 3 à 27, pour une moyenne de 8,81 et un écart-type de 7,4 : 4 personnes ont des scores autour de la moyenne, 4 ont un score inférieur à 5, 3 ont un score supérieur à 9.

La moyenne du score de dépression à la BDI est de 7,16 et son écart-type est de 6,69 sur l'ensemble des sujets. Ceux du groupe 1 ont une moyenne nettement supérieure au groupe 2, 16,45 (écart-type de 8,66) contre 6, 01 (écart-type est de 5,45). Quatre-vingt onze pour cent des détenus du groupe 1 présentent une dépression modérée à sévère contre 35 % du groupe 2. Cette différence est significative (χ^2= 12,53, p<0,001). Mais, si l'on compare les détenus qui présentent une dépression (légère, modérée ou forte) avec ceux qui n'en présentent pas (soit 91 % contre 9 % pour le groupe 1 et 60 % contre 40 % pour le groupe 2), cette différence n'est pas significative (χ^2= 2,74, p<0,05).

Le groupe présentant des idées suicidaires possède davantage de facteurs de risque que ceux qui n'en ont pas : la corrélation entre les deux groupes est significative pour l'histoire de tentative(s) de suicide personnelle (χ^2= 25,58, p<0,000001), le manque de support de l'entourage (χ^2= 8,7, p<0,01), les problèmes de psychiatrie (χ^2= 6,03, p<0,05) ou d'addiction (χ^2= 7,76, p<0,01). Cependant, la différence entre les groupes pour l'histoire des tentative(s) de suicide dans la famille et le deuil récent n'est pas significative (χ^2= 1,663, p<0,05 et χ^2= 1,84, p<0,05).

En ce qui concerne les autres résultats, les personnes présentant un état dépressif, un risque suicidaires ou des symptômes psychiatriques, notamment des hallucinations, au test du MINI présentent davantage d'idées suicidaires ; de même pour les personnes possédant des symptômes anxieux, notamment les symptômes anxieux causés par l'incarcération.

Enfin, concernant les variables personnelles et relatives à l'incarcération (tableau III), les idées suicidaires sont liées de façon significative au fait d'avoir plus de 35 ans (χ^2= 12,33, p<0,001, graphique 1), d'être marié (χ^2= 4,44, p<0,05, graphique 2), d'avoir un enfant ou plus (χ^2= 9,22, p<0,01) et d'être incarcéré pour crimes de sang et délits sexuels (χ^2= 17,42, p<0,0001). En revanche, ni la nationalité étrangère (χ^2= 0,0001, p=0,05) ni le fait d'avoir un travail (χ^2= 0,27, p=0,05) n'apparaissent liés à la présence d'idées suicidaires. De même, le fait d'être de religion musulmane ne semble pas avoir un effet protecteur contre le suicide (χ^2=1, 07, p=0,05). Avoir un statut de primaire ou de récidiviste et de prévenu ou de condamné n'a pas de lien significatif avec la présence d'idéation suicidaire (χ^2= 0,22, p=0,05). Cela contredit certaines études qui soulignent que le suicide est plus élevé chez les personnes qui vont en prison pour la première fois et qui n'ont pas encore été jugées.

ACCEPTED MANUSCRIPT

7. Discussion

On ne peut pas affirmer l'existence d'un lien significatif entre l'incarcération et la présence d'idées suicidaires selon les résultats obtenus. Cependant la possibilité d'un phénomène de sous-déclaration au SSI est à considérer : d'une part, les sujets ont été très réticents à remplir ce questionnaire (mécanismes de défense servant à protéger l'individu) car de telles idées sont difficilement exprimables, en particulier dans ce cadre de recherche, à la différence du cadre thérapeutique où le sujet peut s'exprimer librement en raison de la confiance qu'il entretient envers le clinicien. D'autre part, sept sujets n'ayant pas d'idées suicidaires au SSI en ont eu à l'évaluation du risque suicidaire au MINI, ce qui irait dans le sens d'une sous-estimation au SSI. Cependant, on peut aussi penser que ces deux tests évaluent le risque suicidaire de façon sensiblement différente : le SSI possède des items très détaillés sur les idées, la planification et la méthode envisagée du suicide tandis que ceux du MINI concernent davantage le désir de se faire du mal, renvoyant aux conduites d'automutilation et de passage à l'acte auto-agressif mais pas forcément suicidaire. En outre, le SSI semble discriminer le désir de tentative de suicide passif, ce qui est particulièrement intéressant dans la clinique car il permet de repérer des individus qui possèdent un risque suicidaire, même s'ils n'expriment pas ou ne reconnaissent pas leur désir de commettre une tentative de suicide.

Le lien entre la sévérité de la dépression (BDI) et les idées suicidaires est hautement significatif, ce qui rejoint les écrits de la littérature concernant le lien entre les idées suicidaires et la dépression [15,18,33]. Cependant ces chiffres peuvent nous interpeller car plus de la moitié des sujets présentent une dépression à la BDI contre un peu moins d'un tiers au MINI. Une surestimation des symptômes dépressifs à la BDI et la réalité de ces scores peut être envisagée, celle-ci pourrait être liée à l'incarcération. Par conséquent, c'est la sévérité de la dépression qui est liée aux idées suicidaires et non simplement sa présence. Le sentiment d'échec personnel, accompagné d'une gêne face au regard des proches, semble à l'origine de la dépression. Y participent l'insatisfaction et la déception contre soi-même. En revanche, la fatigue, qui est un critère important de l'état dépressif (DSM 4), participe aux critères ayant les scores les plus bas. De plus, la perte d'appétit semble surestimée du fait que la nourriture en prison n'est pas aussi attractive que celle dont avaient l'habitude les détenus.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Les idées suicidaires sont liées avec l'histoire des hospitalisations psychiatriques [18,12] ou troubles psychiatriques actuels, notamment les hallucinations [14,20,29], aux troubles addictifs [20,29] et à un fort taux d'anxiété [18]. Cela est plus significatif pour les hallucinations que pour la paranoïa : en effet, il ressort qu'un certain nombre de détenus répondent positivement aux signes cliniques de la paranoïa (facteur « paranoïa ») alors qu'il s'agit de méfiance envers la surveillance policière. En outre, les idées suicidaires sont liées au manque de support de l'entourage [31,14] et à l'histoire de tentative(s) de suicide personnelle [18,12]. En revanche, le lien entre les idées suicidaires et un deuil récent ou la ou les tentative(s) de suicide dans la famille n'est pas significatif. Ces résultats contredisent certaines données de la littérature, à savoir que les tentatives de suicide dans la famille seraient un facteur de risque du suicide [18,12] et qu'un deuil récent serait un facteur précipitant du suicide [12]. L'exploration lors de l'entretien de recherche n'a peut-être pas été suffisant pour le repérage de cette donnée ou bien la taille du groupe de sujets ayant des idées suicidaires était trop réduite.

En outre avoir plus de 35 ans [23], être marié, avoir des enfants [23], être incarcéré pour crimes de sang ou délits sexuels est lié aux idées suicidaires, comme le montre la littérature [13,31]. Cependant la nationalité française [5,23], le statut de primaire ou de prévenu [4,23,31] et le statut professionnel [4,23] n'apparaissent pas liés de façon significative aux idées suicidaires, ce qui contredit la littérature. Là encore ces résultats sont à modérer, étant donné la taille restreinte du groupe de sujets de cette étude.

8. Conclusion

Il existe des limites au niveau des résultats obtenus dans cette recherche si l'on tient compte des différents paramètres utilisés : d'une part, la taille de la population d'étude (100 personnes) est relativement réduite par rapport aux populations des études portant sur le suicide en prison, ce qui ne permet pas une comparaison significative entre le groupe qui a des idées suicidaires et celui qui n'en a pas. D'autre part, la très grande hétérogénéité de la population de cette étude rend le travail difficile en ce qui concerne nos présupposés et la manière de juger les causes, comme l'incarcération ici, face aux résultats obtenus. En outre, bien que cette recherche soit basée spécifiquement sur le repérage d'idées suicidaires, risque suicidaire et suicide sont imbriqués. Enfin l'implication de cette étude concerne le champ large du risque suicidaire en prison, mais ses résultats ne peuvent cependant pas être

ACCEPTED MANUSCRIPT

généralisés à l'ensemble du milieu carcéral français, lesquels sont spécifiques au lieu de la recherche, la maison d'arrêt des Hauts-de-Seine, sur une population spécifique et un temps donné. Cette étude permet de repérer les idées suicidaires en prison et leurs liens avec d'autres troubles et l'histoire de vie, sans pouvoir affirmer un rôle prépondérant dans l'apparition des idées suicidaires de par le seul choc de l'incarcération.

Le repérage de telles idées n'est pas toujours aisé, en particulier lors des recherches, et l'instauration d'un cadre thérapeutique semble primordiale pour qu'elles puissent s'exprimer. Elles sont à prendre très au sérieux et il faut y être attentif par le fait même qu'elles peuvent être la première étape d'un passage à l'acte suicidaire. Cette étude pose également la question d'une réorganisation interne pour que le service médical et le service pénitentiaire puissent mieux gérer les difficultés d'intendance de leurs structures afin d'optimiser, c'est-à-dire pouvoir écouter et entendre le ressenti du détenu et sa souffrance dans ce lieu où la parole est réduite.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

[1] Barbier D. Le suicide. La Presse médicale 2001. P. 30, 35.

[2] Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrisson B. Hopelessness and eventual suicide: A 10 years prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry 1985;142:559-63.

[3] Blaauw E, Arensman E, Kraaij V, Winkel FW, Bout R. Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. Journal of Traumatique Stress 2005;15:1.

[4] Bourgoin N. Le suicide en prison et en liberté : situations comparés. Revue des affaires sociales 1992;46:161-72.

[5] Bourgoin N. La mortalité par suicide en prison. Epidémiologie et santé publique 1993;41:146-54.

[6] Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1989.

ACCEPTED MANUSCRIPT

[7] Commission d'enquête de l'Assemblée nationale. Situation dans les prisons françaises, Documents d'information de l'Assemblée nationale, 2000; n° 2521.

[8] Cottraux J, Bouvard M, Legeron P. Sélection d'échelles d'évaluation et de questionnaires. In Méthodes et échelles d'évaluation du comportement. Paris: Etablissement d'applications psychotechniques; 1985.

[9] Direction Départementale des Affaires Sociales et Sanitaires. Circulaire n° 27. Proposition pour le SROS3 « Prise en charge psychiatrique des personnes incarcérées »; 2005.

[10] Ducher JL, Daléry J. Validité concourante de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire (R.S.D.) avec l'échelle d'idéation suicidaire de Beck. L'Encéphale 2004;30: 3.

[11] Duhamel A, Renard JM, Hutten MC. Caractéristiques socio-économiques et état de santé des arrivants dans une prison française : analyse des évolutions de 1989. Revue d'Epidémiologie et de Santé publique 2001;49:3.

[12] Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, Conférence de consensus. Paris: Hôpital de la Salpêtrière, John Libbey Eurotext; 2000.

[13] Guilloneau M. Rapport sur les suicides de détenus entre 1998 et 1999. Ministère de la Justice, Travaux et documents 2000; 1-51.

[14] Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Psychological Medecine 2005 2005;35:257-69.

[15] Julien M, Préville M, Groulx S, Toussaint-Lachance M, Deschenes L, Denis JL, Saint-Saint-Laurent D. Implantation d´un programme de prévention du suicide s´adressant aux médecins généralistes. Conférence tenue lors du Deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide "Prévention du suicide & pratiques de réseaux". Liège, Belgique ; 2002.

[16] Lecrubier Y. Risk factors for suicide attempts: Epidemiological evidence, European Neuropsychopharmacology. 1998;8, S2, 114.

[17] Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. Validation d'un entretien diagnostique structuré bref : le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), psydoc; 1992-1994.

[18] Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. (2005). Suicidal ideation in prisoners: Risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case control study. European Psychiatry clinical neurosis 2005 ; 87-92.

ACCEPTED MANUSCRIPT

[19] Manzanera C, Senon JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. Ann Méd Psychol 2004;162:686-99.

[20] Mishara BL, Toussignant M. Comprendre le suicide. Montréal: Presses Universitaires de Montréal; 2004. P. 172.

[21] Moron P. Le suicide en milieu pénitentiaire. Ann Méd Psychol 2004;1362:672-5.

[22] Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France, études et résultats, Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques. 2006, n° 488.

[23] Poirier A. Le suicide en prison : statistiques, commentaires, questionnements. Informations psychiatriques, question ouverte. 2003;79:335-346.

[24] Prieto N, Faure P. La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. L'Encéphale 2004;30:6.

[25] Renneville M. Psychiatrie et prison : une histoire parallèle. Ann Méd Psychol 2004;162:653-6.

[26] Salib E, Thephanous M. Potentially preventable suicide. Br J Psychiatry 2005;187:190-1.

[27] Seguin M, Huon P. La crise et le suivi de crise. In Le suicide : comment prévenir, comment intervenir. Québec: Logiques; 2000.

[28] Senon L. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Ann Méd Psychol 2004 ; 162:646-52.

[29] Shaw J, Baker D, Hunt MI, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners**,** National clinical survey. Br J Psychiatry 2004;184:263-7.

[30] Shea S. Évaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir. Paris: Elsevier Masson; 2008.

[31] Terra JL. Prévention du suicide des personnes détenues : Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention, Paris; 2003.

[32] Vidal A, Cremades S, Ossart M, Loas G. Étude des caractéristiques des tentatives de suicide graves : comparaison avec les autres tentatives de suicide. Ann Méd Psychol 2001;159:128-30.

[33] Williams JM, Crane C, Barnhofer T,Van der Does A, Sega Z. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. J Aff Disord 2005.

Accepted Manuscript