

La crise suicidaire en prison

Étude sur le profil des patients en crise suicidaire dans le cadre de la détention avant jugement

Rachida Marir^a, Anne Kummer^b, Mohamed Faouzi^c, Camille Kunzle^a, Didier Delessert^a, Yasser Khazaal^d, Bruno Gravier^a

^a Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires, département de psychiatrie, centre hospitalier et universitaire vaudois, Prilly, Suisse; ^b Service d'orthopédie et de traumatologie, centre hospitalier et universitaire vaudois, Lausanne, Suisse; ^c Institut universitaire de médecine sociale et préventive, centre hospitalier et universitaire vaudois, Lausanne, Suisse; ^d Service de médecine des addictions, département de psychiatrie, centre hospitalier et universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

Abstract

Introduction: Suicide is over-represented in the Swiss prison population. A better understanding of the profile of inmates in suicidal crisis is therefore essential in order to improve the identification of persons at risk and to propose a more adapted management.

The aim of the present study is to analyze the clinical and sociodemographic profile of inmates in suicidal crisis and to compare it to that of non-suicidal inmates, with the hypothesis that it is different between the two groups. We also hypothesized that the majority of inmates in suicidal crisis presented elements indicative of such a crisis before their incarceration.

Methods: This was an epidemiological, case-control, analytical study including 70 male patients between the ages of 18 and 67, incarcerated in pretrial detention but not convicted. The study was conducted between June 2011 and January 2012 in the Vaud pre-trial detention prisons.

The “case” group included 34 inmates who presented a suicidal crisis during the first three months of incarceration, whereas the “control” group was composed of 36 inmates encountered during the same period, who did not present a suicidal crisis during the first 3 months of their detention.

Data collection was done in the form of a semi-structured interview including an anamnestic record and a study of the medical file.

Current psychiatric diagnoses were investigated using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and the International Classification of Mental Disorders and Behavioral Disorders (ICD-10).

The clinical assessment of suicidal behavior was carried out using the “RUD” (Risk, Urgency, Danger) scale and specific questionnaires on suicidal crisis. Life events were assessed using the Life Events Interview.

Results: Results show that the profile of suicidal crisis patients in pretrial detention differed from that of the control group, primarily clinically, with significant associations for mood disorders, adjustment disorders, personal psychiatric history, and history of childhood sexual abuse.

All patients in the crisis group had risk factors, but only one-third were already in suicidal crisis before incarceration. Social factors were similar in both groups.

Conclusion: On the basis of these observations, we can only emphasize the importance of managing patients with risk factors from the beginning of incarceration, in order to prevent the occurrence of a suicidal crisis. This highlights the importance of re-evaluating the resources available in prisons, both for the initial assessment and for the implementation of appropriate management.

Keywords: Suicidal crisis; suicide and incarceration; suicide prevention

Introduction

La crise suicidaire est une crise psychique dont l'issue peut être fatale. Elle débute lorsque la perspective du suicide devient une solution qui semble s'imposer face à la souffrance. Elle comporte des étapes identifiables bien décrites qui définissent le degré d'urgence et qui sont, par ordre chronologique: l'idéation suicidaire, l'intention, et finalement la programmation du suicide. La crise dure en général 6 à 8 semaines, et peut être plus courte chez les personnes particulièrement fragiles, atteintes de troubles mentaux, ou avec des antécédents de tentatives de suicide. Les personnes font en général tout pour éviter de mettre en œuvre leur intention [1]. L'ambivalence par rapport au suicide est présente à chaque étape de la crise; le processus est donc réversible jusqu'au dernier instant [1, 2]. La notion de crise suicidaire est pertinente car sa détection, quelle que soit l'étape dans laquelle se trouve le patient, permet une prise en charge adaptée et, souvent, sa résolution [3].

Le suicide et sa prévention représentent un important problème de santé publique. En 2018, on comptabilisait 1002 décès par suicide en Suisse, soit un taux de 9,9 pour 100 000 habitants [4]. Le problème du suicide dans les prisons est encore plus aigu. Dans certains pays d'Europe, le taux de suicide est 4 à 11 fois plus élevé dans la population carcérale que dans la population générale [5]. Il est également reconnu que le risque suicidaire est plus élevé dans la population délinquante que dans la population générale [5–7]. De nombreuses

études soulignent que les détenus présentent 4 à 10 fois plus de troubles mentaux que la population générale [8, 19].

En Suisse, le taux de suicide en milieu carcéral varie fortement selon les années [9]. Les données de la statistique pénale du Conseil de l'Europe (SPACE) font état pour l'année 2019 d'un taux élevé de suicides à 11,6 pour 10 000 détenus dans les prisons suisses, ce qui place la Suisse parmi les pays européens les plus touchés par ce problème [10]. En comparaison, la France affiche un taux de 17 suicides pour 10 000 détenus, l'Allemagne 9,1, l'Autriche 10,9 et l'Italie 7,9. Il existe toutefois des controverses quant aux méthodes statistiques utilisées qui peuvent être biaisées, notamment par les flux des détenus [11]. Une étude internationale menée par Fazel en 2017 sur la prévalence et les facteurs contributifs au suicide en prison a illustré les biais qui peuvent survenir dans l'appréciation des taux de suicide dans un pays donné. Cette étude rapporte des taux de suicide plus élevés dans les pays nordiques et les autres pays du nord de l'Europe par rapport à l'Amérique du Nord et l'Australie. Cette différence pourrait être liée à une définition plus large du suicide en milieu carcéral dans certains pays. En Norvège par exemple, les décès de prisonniers par suicide qui surviennent en dehors de la prison (décès lors d'un congé ou à l'hôpital) sont comptabilisés dans les suicides en prison [12].

D'autre part, Fazel souligne que les taux élevés de suicide sont le résultat d'une interaction complexe entre de nombreux facteurs et recommande une prévention reposant sur une approche multidisciplinaire à différents niveaux [12]. Plusieurs pays se sont dotés de stratégies de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral: la France, le Canada et le Royaume-Uni notamment ont pris des mesures qui comprennent des cellules mieux sécurisées, un encadrement accru, un accès facilité à une écoute assurée par un détenu spécialement formé, ainsi qu'une surveillance particulière des lieux d'isolements [5, 13]. Ces stratégies ne sont toutefois pas infaillibles (non-respect des recommandations ou du plan d'action par les instances pénitentiaires, etc.) et les programmes d'interventions n'ont pas toujours démontré leur pertinence, ni leur efficacité [5, 7]. Il est donc nécessaire d'améliorer le dépistage des personnes à risque et de proposer une prise en charge plus adaptée.

Dans cette perspective, nous avons fait l'hypothèse que le profil sociodémographique et clinique (notamment concernant les troubles psychiatriques complexes) des détenus suicidaires serait significativement différent de celui des détenus non suicidaires. Nous avons aussi fait l'hypothèse que la majorité des

détenus en crise suicidaire présenterait des éléments indicatifs d'une telle crise avant leur incarcération.

Méthode

Sujets et procédure

Il s'agit d'une étude analytique épidémiologique, de type cas-témoin portant uniquement sur des sujets masculins, âgés entre 18 et 67 ans, incarcérés en détention avant jugement (mais non condamnés ni en exécution anticipée de la peine), et effectuée dans les prisons vaudoises de détention préventive du Bois-Mermet (140 places) et de la Croisée (260 places dont 50 pour des détenus condamnés à des courtes peines). L'étude a été réalisée entre juin 2011 et janvier 2012. Tous les détenus qui ont été incarcérés durant cette période ont été évalués et inclus dans l'étude si les critères d'inclusion étaient remplis (âge de 18 à 67 ans, sexe masculin, compréhension suffisante du français pour tenir une conversation ordinaire et consentement éclairé donné pour la participation à l'étude).

Les détenus ayant présenté une crise suicidaire au cours des trois premiers mois d'incarcération et remplissant les critères d'inclusion ont été inclus dans le groupe «cas», formant un collectif de 36 patients. Au cours de l'étude, deux sujets ont été exclus, en raison d'un transfert dans un autre établissement hors canton pour l'un, et d'une libération pour l'autre. Au total, 34 détenus «cas» ont été inclus dans l'analyse. La notion de crise suicidaire a été définie par la présence d'au moins un des éléments suivants: des idées suicidaires, des tentatives de suicide, ou tout geste équivalent n'ayant pas abouti à la mort (automutilation ou blessure corporelle non accidentelle, ingestion de corps étrangers). Les sujets ayant présenté ces éléments ont été identifiés de différentes manières: signalement par le personnel de surveillance ou les codétenus, lors de l'entretien d'entrée infirmière systématique réalisé au plus tard 24 h après leur admission, ou suite à une demande d'aide spontanée auprès de l'équipe soignante.

Les détenus remplissant les critères d'inclusion, mais n'ayant pas présenté de crise suicidaire au cours des trois premiers mois de leur détention ont été inclus dans le groupe «contrôle», composé de 36 détenus. Aucun sujet du groupe contrôle n'a présenté de crise suicidaire durant la période d'étude, ce qui aurait mené à une sortie du sujet de l'étude et à une exclusion de l'analyse.

Outils d'investigation

La récolte des données s'est faite par un entretien semi-structuré incluant un relevé anamnestique et l'étude du dossier médical.

Les caractéristiques sociodémographiques du patient, ses antécédents psychiatriques personnels et familiaux ainsi que les événements difficiles vécus durant l'enfance et l'adolescence (violence, abus sexuels, pertes précoces, difficultés de développement) ont été relevés.

Les diagnostics psychiatriques actuels ont été investigués à l'aide des outils suivants:

- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) [14], qui permet d'explorer 20 diagnostics de l'axe I du DSM-IV, sous forme d'un entretien structuré;
- Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (CIM-10). L'évaluation clinique des conduites suicidaires a été déterminée à l'aide de:
- l'échelle standardisée «RUD» (Risque, Urgence, Danger), qui permet une triple évaluation du potentiel suicidaire, en prenant en compte les facteurs de risque au premier rang desquels se situent différents tableaux cliniques, les facteurs d'urgence comme la présence d'idées ou d'un scénario de suicide, les facteurs de danger (létalement et accessibilité du moyen) sans oublier les facteurs de protection et les facteurs familiaux et psychosociaux indicateurs d'antécédents de violences, séparations, pertes, abus, etc. [15];
- les questionnaires spécifiques sur la crise suicidaire (cf. annexe);
- l'interview sur les événements de vie qui comporte un questionnaire portant sur cinquante-deux événements que le sujet doit coter de 0 à 100 pour chaque événement vécu en termes d'impact négatif sur sa vie [16].

Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel STATA (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Les données sont présentées par groupe (cas vs témoin) en utilisant la médiane et l'écart inter-quantile pour les variables continues étant donné que la condition de normalité n'est pas satisfaite. Pour les variables catégorielles, les données sont présentées en valeurs absolues et pourcentages. L'identification des variables associées à la crise suicidaire a été effectuée par une analyse de régression logistique univariante. La force de l'association entre chaque facteur et la crise suicidaire a été mesurée par OR (odd ratio). Une valeur p inférieure à 0,05 est considérée comme statistiquement significative. Étant donnée l'insuffisance de la taille du collectif et du nombre de facteurs identifiés comme associés à la crise suicidaire, il n'a pas été possible d'effectuer une analyse multivariée.

Résultats

L'analyse des facteurs sociodémographiques, présentés dans le tableau 1, n'a pas permis d'identifier d'associations statistiquement significatives avec la crise suicidaire. Certaines tendances peuvent toutefois être relevées dans le groupe crise par rapport au groupe témoin. En effet, les détenus en crise sont plus souvent de nationalité suisse, en couple, sans enfants, et ont une activité salariée.

L'analyse des variables cliniques (tab. 2), quant à elle, permet de mettre en évidence des différences significatives entre les deux groupes, tant concernant les diagnostics psychiatriques que les autres axes analysés.

Concernant les comorbidités psychiatriques, les détenus présentant des troubles de l'humeur et ceux présentant des troubles de l'adaptation (F40-F48) sont surreprésentés dans le groupe crise en comparaison avec le groupe témoin: 74% contre 31% pour les troubles de l'humeur et 56% contre 19% pour

les troubles de l'adaptation. Les détenus en crise présentent également davantage d'antécédents psychiatriques et d'antécédents personnels d'impulsivité. Ils sont, de manière significative, plus souvent sous traitement médicamenteux par rapport au groupe contrôle. Relevons encore davantage d'abus sexuels durant l'enfance et un impact négatif des événements de vie plus importants pour le groupe en crise.

Les indicateurs de crise suicidaire sont surreprésentés de manière significative dans le groupe en crise, tant durant les trois mois précédant l'incarcération que durant les deux premières semaines de détention. Dans le groupe en crise, ces éléments sont pour la plupart retrouvés nettement plus fréquemment durant les deux premières semaines d'incarcération par rapport à la période pré-carcérale, la seule exception étant l'existence d'une tentative de suicide dont la survenue antérieure, quelle que soit la période, est significative. La force d'asso-

ciation entre ces différents indicateurs et le fait d'être en crise suicidaire est représentée dans le tableau 2 par la valeur des odds ratios.

Nos résultats confirment l'intérêt de l'utilisation de grilles d'évaluation du risque. En effet, tous les cas du groupe crise évalués par l'échelle «RUD» présentaient un potentiel suicidaire moyen à élevé. Bien que la méthode MINI montre également une différence significative entre les deux groupes, cette méthode n'a permis de détecter un risque suicidaire moyen ou élevé que chez 65% des détenus en crise.

Discussion

Notre étude montre que le profil des patients en crise suicidaire pendant l'incarcération est différent de celui du groupe témoin sur le plan clinique avec des associations significatives pour les troubles de l'humeur, les troubles de l'adaptation, les antécédents personnels psychiatriques, la médication, les antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance et l'impact négatif des événements de vie. Ces résultats confirment donc l'importance de la mise en évidence de certains diagnostics psychiatriques, des indicateurs de la crise suicidaire et des antécédents traumatiques, éléments déjà mis en avant dans les rapports produits dans les prisons françaises [1, 17].

La corrélation entre suicide et pathologies mentales, ainsi que l'importance de la prévalence des pathologies mentales en prison ont été largement démontrées [18–20]. Fazel et Danesh, dans une large étude systématique incluant 23 000 prisonniers, ont montré qu'environ une personne détenue sur sept dans les pays occidentaux présente des maladies psychotiques ou une dépression majeure et que ces troubles peuvent être des facteurs de risque de suicide [18]. Gulen Ayhan, pour sa part, a confirmé dans son étude menée en Guyane française, la corrélation entre le risque de suicide et la pathologie mentale, en soulignant notamment que les personnes détenues souffrant d'épisodes dépressifs majeurs présentaient un risque suicidaire élevé. La dynamique temporelle du risque de suicide lors de l'incarcération impose aussi un dépistage rapide [21]. Notre étude confirme d'autres études récentes. Ainsi, une étude des décès par suicide en prison en France entre 2017 et 2018 a montré que les troubles anxiodépressifs sont trois fois plus fréquents en prison qu'avant l'incarcération et que pour 11,9% des cas l'acte suicidaire est survenu au cours de la première semaine d'incarcération [22]. Une autre étude a montré que 16,7% (31,5%) de l'ensemble des suicides dans les prisons allemandes entre 2005 et 2017 se sont produits dans les deux premières semaines (deux mois) d'emprisonnement [23].

Tableau 1: Facteurs sociodémographiques

Variable	Crise, n (%)	Témoin, n (%)	O.R.	p
Total	34(49)	36 (51)		
Age, médiane (iqr)	25 (13)	27 (8,5)	1,03	0,28
Etat civil				
Célibataire, divorcé (réf.)	22 (64,7)	28 (77,78)		
Marié, concubinage	12 (35)	8 (22,22)	1,91	0,23
Statut administratif				
Suisse (réf.)	13 (38,24)	11 (30,56)		
Etrangers avec papiers	15 (44,12)	16 (44,44)	0,79	0,67
Etrangers sans papiers	6 (17,65)	9 (25)	0,56	0,39
Contact avec ses enfants				
Sans contact (réf.)	2 (6,45)	6 (17,65)		
Avec contact	9 (29,03)	9 (26,47)	3	0,24
Pas d'enfants	20 (64,52)	19 (55,88)	3,1	0,19
Qualité relation avec conjoint				
Pas de conjoint (réf.)	13 (38,24)	14 (40)		
Moyenne à bonne	18 (52,94)	17 (48,57)	1,14	0,79
Mauvaise	3 (8,82)	4 (11,43)	0,80	0,80
Logement				
Non (réf.)	3 (8,82)	3 (8,33)		
Oui	31 (91,18)	33 (91,67)	0,94	0,94
Formation professionnelle				
Non (réf.)	19 (55,88)	21 (58,33)		
Oui	15 (44,12)	15 (41,67)	1,08	0,88
Situation professionnelle				
Sans revenu (réf.)	12 (35,29)	20 (55,56)		
Avec revenu	22 (64,71)	16 (44,44)	2,29	0,091

réf.: référence; O.R.: Odds Ratio.

Au niveau des antécédents traumatiques dans notre étude, les patients en crise suicidaire ont plus souvent été victimes d'abus sexuels durant l'enfance. Ce facteur de risque est aussi identifié dans une étude sur le risque suicidaire chez les prisonniers en Guyane française, en particulier pour les hommes [21].

Plusieurs autres études ont confirmé ce lien entre abus durant l'enfance et tendance suicidaire et ont conclu qu'une prise en charge plus spécifique de cette population à risque devrait constituer une mesure de prévention majeure [24–26]. Une étude de Rivlin, contrairement à la nôtre, a mis en évidence des diffé-

rences significatives entre un groupe de patients incarcérés suicidaires et non suicidaires au niveau des traumatismes durant l'enfance, de la négligence physique et émotionnelle, mais pas de différences concernant les abus sexuels [27]. L'étude de Canning et Dvoskin (2016, citée par [28]) met en évidence que le

Tableau 2: Facteurs de risque

Variable	Crise, n (%)	Témoin, n (%)	O.R.	p
Total	34(49)	36 (51)		
Diagnostiques psychiatriques CIM-10				
F00 - F09 Troubles organiques	0 (0)	0 (0)	*	
F10 - F19 Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	21 (61,76)	20 (55,56)	1,29	0,60
F20 - F29 Troubles psychotiques	3 (8,82)	0 (0%)	*	
F30 - F39 Troubles de l'humeur	25 (73,53)	11 (30,56)	6,31	0,001
F40 - F48 Troubles névrotiques, liés au stress, somatoformes	19 (55,88)	7 (19,44)	5,24	0,002
F50 - F59 Syndromes comportementaux	1 (2,94)	1 (2,78)	1,06	0,96
F60 - F69 Troubles de la personnalité	17 (50)	16 (44,44)	1,25	0,64
F70 - F79 Retard mental	0 (0)	0 (0)	*	
F80 - F89 Troubles du développement	4 (11,76)	2 (5,56)	2,27	0,36
F90 - F98 Troubles du comportement et émotionnel durant l'enfance et l'adolescence	5 (14,71)	6 (16,67)	0,86	0,82
Indicateurs de la crise suicidaire				
Pensées suicidaires. 3 mois avant prison	11 (33,33)	3 (8,33)	5,5	0,016
Pensées suicidaires. 2 premières semaines en prison	29 (87,88)	7 (19,44)	30,03	<0,001
Envisager suicide. 3 mois avant prison	10 (30,30)	1 (2,78)	15,2	0,012
Envisager suicide. 2 premières semaines en prison	18 (54,55)	1 (2,78%)	42	<0,001
Moments suicidaires. 3 mois avant prison	10 (30,30%)	2 (5,56)	7,39	0,015
Moments suicidaires. 2 premières semaines en prison	23 (67,70)	2 (5,56)	39,1	<0,001
Occasion pour se suicider. 3 mois avant prison	9 (27,27)	0 (0)	*	
Occasion pour se suicider. 2 premières semaines en prison	10 (31,25)	0 (0)	*	
Méthode suicidaire. 3 mois avant prison	14 (42,42)	2 (5,56)	12,52	0,002
Méthode suicidaire. 2 premières semaines en prison	26 (78,79)	4 (11,11)	29,7	<0,001
Tentative de suicide. 3 mois avant prison	4 (12,12)	0 (0)	*	
Tentative de suicide. 2 premières semaines en prison	3 (9,09)	0 (0)	*	
Tentative de suicide durant vie entière	17 (51,52)	6 (16,67)	5,31	0,003
Parler de tentative de suicide. 3 mois avant prison	1 (3,03)	0 (0)	*	
Parler de tentative de suicide. 2 premières semaines en prison	3 (9,08)	0 (0)	*	
Parler d'idées suicidaires. 2 premières semaines en prison	20 (60,61)	3 (8,33)	16,92	<0,001
Evaluation du risque suicidaire				
Risque suicidaire MINI, moyen à élevé	22 (64,71)	7 (19,44)	7,5	<0,001
Risque suicidaire (RUD), moyen à élevé	34 (100)	15 (41,67)	*	
Urgence suicidaire (RUD), moyen à élevé	7 (20,59)	1 (2,78)	9,07	0,045
Danger suicidaire (RUD), moyen à élevé	18 (52,94)	1 (2,78)	39,4	0,001
Antécédents traumatiques				
Violence durant l'enfance	20 (58,82)	16 (44,44)	1,78	0,23
Abus sexuel pendant l'enfance	7 (21,21)	1 (2,78)	9,42	0,041
Pertes précoces	19 (55,88)	19 (52,78)	1,13	0,79
Antécédents pathologiques				
Difficultés de développement	8 (23,53)	9 (25)	0,92	0,88
Antécédents. Personnels, d'agressivité ou de violence	21 (61,76)	23 (63,89)	0,91	0,85
Antécédent. Personnels, d'impulsivité	24 (70,59)	22 (61,11)	1,52	0,40
Antécédent. Personnels, psychiatriques	21 (61,76)	10 (27,78)	4,2	0,005
Antécédent. Psychiatriques, familiaux	14 (41,18)	13 (36,11)	1,24	0,66
Médication	24 (70,59)	13 (36,11)	4,25	0,005
Exposition aux événements et à leurs impacts				
Nombre d'événements, médiane (iqr)	18 (7)	15 (7,5)	1,08	0,07
Total impacts, médiane (iqr)	1190 (780)	785 (610)	1,001	0,02
Impact moyen, médiane (iqr)	73,06 (18,89)	57,48 (28,15)	1,04	0,02
Total antécédents, médiane (iqr)	4 (2)	3 (2)	1,23	0,096

* Prédiction parfaite du succès. O.R.: Odds Ratio; iqr: écart interquartile.

fait d'avoir des antécédents de maltraitance ou d'isolement constitue un facteur de risque de suicide en milieu carcéral. Marotta (2017 cité par [28]) indique aussi que, comparées à la population générale, les personnes incarcérées connaissent des taux élevés d'expériences négatives dans l'enfance, notamment des abus sexuels et physiques. Ces différents éléments sont des facteurs de risque significatifs à long terme pour le suicide. Les divergences de l'étude de Rivlin peuvent probablement être expliquées par la manière dont les événements de vie s'inscrivent dans la mémoire traumatique des sujets ou sont rapportés par ceux-ci. Elles peuvent être aussi expliquées par la honte qu'éprouvent souvent les sujets victimes d'abus et qui sont réticents à en faire état, à la différence d'autres maltraitances.

Notre étude n'a pas confirmé l'hypothèse d'une différence de profil sociodémographique entre les détenus en crise suicidaire et les autres détenus en raison d'un collectif trop limité. On peut cependant souligner certaines tendances des résultats, comme le fait d'être suisse, en couple et avec une activité salariale. Nous remarquons ainsi avec Baron-Laforêt (2002 citant Bourgoin) le paradoxe qui fait que des facteurs protecteurs dans la vie libre (famille, conjoint, enfants, avoir des biens) deviennent des facteurs de risque en cas d'incarcérations [29].

Les variations des conditions de détentions en termes de surpopulation, de promiscuité, d'accès aux soins et d'intensité des mesures de sécurité ont de toute évidence une incidence sur la survenue de conduites suicidaires. Les conditions socio-économiques et culturelles doivent aussi être prises en considération. Ainsi, la religion peut constituer un facteur protecteur (Baron-Laforêt) alors que, suivant une étude colombienne [30], le fait d'être célibataire et âgé de moins de 30 ans peut constituer un facteur de risque.

Le degré de gravité du délit n'a pas été pris en compte dans notre étude et pourrait probablement aussi avoir une influence [31]. En effet, une étude récente mentionnée dans le travail de mise au point sur le suicide en France a mis en évidence que le risque de suicide est significativement plus élevé chez les auteurs d'homicide, de viol et d'autres violences sexuelles [32].

Notre étude souligne l'importance de l'évaluation systématique du potentiel suicidaire, avec un taux de détection de 100% d'un potentiel suicidaire moyen à élevé par l'intermédiaire de l'échelle RUD. Il paraît donc indispensable de procéder à une telle évaluation avec tous les arrivants en prison afin de détecter les personnes à risque et de mettre en place une prise en charge adéquate le plus rapide-

ment possible afin d'éviter la cristallisation de la crise et sa non-résolution qui pourrait aboutir à un suicide. L'échelle RUD est un outil reconnu d'aide à la gestion du potentiel suicidaire [33]. Certains auteurs spécialistes de l'urgence ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS) en France le considèrent même comme un outil indispensable d'évaluation et à la décision [34–36].

Son utilisation lors de l'entretien d'accueil et tout au long du parcours de détention (notamment lors d'événements sensibles: transfert, isolement, procès) devrait être la règle. Plusieurs articles soulignent l'importance d'une évaluation du potentiel suicidaire par un personnel spécialisé [37]. Dans notre expérience, une formation spécifique du personnel soignant à l'utilisation de ces instruments est un élément déterminant. Une telle formation permet d'affiner encore l'évaluation, par exemple en appliquant le modèle de trajectoire de vie au milieu carcéral. Kaster et al. (2017) suggèrent ainsi deux trajectoires distinctes susceptibles de conduire au suicide: l'une où les patients ont été confrontés à des événements difficiles très tôt dans leur vie et ont présenté des crises suicidaires plus précoces, et l'autre caractérisée par des difficultés moins sévères mais plus chroniques [3].

Dans les prisons vaudoises, les personnes détenues sont évaluées par un membre de l'équipe infirmière au plus tard dans les 24 heures suivant leur incarcération. L'évaluation par l'échelle RUD fait l'objet d'une directive institutionnelle du centre hospitalier dont dépendent les équipes. Lors d'un potentiel suicidaire élevé, des mesures sont mises en place, à savoir le placement du détenu en cellule commune avec des passages réguliers des agents de détention. Lorsque la cohabitation avec une autre personne détenue est rendue impossible par les troubles du comportement, le détenu est placé pendant une courte durée en cellule aménagée avec un mobilier en mousse ainsi qu'une tenue et une literie indéchirables. Lorsque le patient n'adhère pas à ce placement en cellule aménagée ou que son état psychique est trop perturbé, nous privilégions l'hospitalisation pour une prise en charge dans un milieu de soins adapté. Un entretien de debriefing est toujours organisé entre le patient et son infirmière-référente trois jours après la sortie de la cellule en question afin de lui permettre d'exprimer son vécu et de travailler des démarches alternatives à un tel placement.

Si le potentiel suicidaire demeure élevé après 24 h à 48 h, le détenu est hospitalisé. Le maintien du détenu dans une cellule individuelle ordinaire avec des passages réguliers des agents de détention est également pratiqué

mais reste exceptionnel. Toutefois, le placement d'un détenu suicidaire dans une cellule partagée ne doit jamais être envisagé comme solution de remplacement à un accompagnement médical et psychologique important et à un soutien rigoureux par le personnel de l'établissement autant sur le plan social que dans la surveillance quotidienne [38]. Dans les prisons concernées par notre étude, les soins médicaux et psychiatriques sont prodigués par un service dépendant du CHUV et des autorités sanitaires ce qui garantit l'indépendance et la confidentialité nécessaires à un suivi psychiatrique adéquat.

Dans cet ordre d'idées, les études les plus récentes mettent en avant plusieurs mesures efficaces en matière de prévention du suicide: formation du personnel de l'administration pénitentiaire, facilitation du lien social, mise à disposition de cellules sécurisées adéquates pour les personnes à haut risque [32].

Terra mentionne dans son rapport que la surveillance directe est celle qui apporte le plus de protection et d'humanité et qu'il est nécessaire que la personne détenue puisse être vue et puisse voir ses interlocuteurs, en particulier les agents de détention, et que le dialogue doive être facilement accessible [1]. Nous partageons son point de vue car, en effet, la vidéosurveillance ne peut être substituée à l'accompagnement par du personnel soignant, social ou des agents de détention. Elle peut en outre donner un faux sentiment de sécurité et masquer les effets pathogènes de la détention.

Notre deuxième hypothèse supposant que la majorité des détenus en crise suicidaire l'étaient avant l'incarcération n'a pas pu être validée par notre étude. Toutefois, 30% des patients en crise ont présenté des pensées suicidaires, ont envisagé de se suicider et ont eu des moments et des occasions pour se suicider dans les trois mois précédant l'incarcération et 43% ont pensé à une méthode de suicide. Seuls 12% des sujets ont effectué une tentative de suicide durant les trois mois précédant la détention, mais il est important de souligner que plus de 50% des patients en crise ont un antécédent de tentative de suicide au cours de leur vie.

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence l'importance et la pertinence d'évaluer le potentiel suicidaire par la méthode RUD systématiquement chez tous les détenus à leur admission et d'apporter une attention particulière avec la mise en place d'un suivi psychiatrique le plus rapidement possible chez les patients à risque.

Notre étude comporte cependant des limitations, notamment liées aux critères d'inclusion (compréhension du français) qui amène à un biais de sélection, ainsi que la durée de

l'étude, qui n'a pas permis d'obtenir un nombre de participants suffisant pour permettre une analyse multivariée. La récolte d'autres variables, telles que la religion et la nature du délit, auraient également pu apporter des informations supplémentaires intéressantes.

Cette étude a permis d'améliorer la sensibilisation du personnel pénitentiaire aux problématiques suicidaires au sein des prisons vaudoises. Notre publication a également pour but de relancer la dynamique autour de cette problématique, qui reste cruciale en milieu pénitentiaire.

Il apparaît nécessaire de mettre en place davantage de démarches au sein des services pénitentiaires (par exemple discussion d'équipe systématique autour des cas présentant des facteurs de risque et à potentiel de risque important). Dans les prisons vaudoises, ceci reste un défi en raison de la taille du service, l'éloignement des différents sites et la rotation du personnel. Il apparaît pourtant nécessaire d'aller au-delà d'une évaluation systématique du potentiel suicidaire, d'un signalement des patients à risque aux psychiatres des différentes unités et, pour le personnel, d'une incitation à suivre des formations sur la prévention du risque suicidaire. Cela pose évidemment la question des moyens à disposition dans les établissements pénitentiaires et de la volonté de prévention des autorités concernées autant pour effectuer ces évaluations que pour proposer une prise en charge appropriée. Ceci reste toujours une gageure dans des prisons sous-dotées et surpeuplées. Il est bien établi que l'amélioration de la santé mentale des personnes détenues passe par une amélioration sensible des conditions de détention et des possibilités d'accès au soin [39].

La prévention du suicide en milieu pénitentiaire reste donc une problématique complexe, qui nécessite des actions tant sur le plan clinique que politique.

Nous devons aussi souligner que notre étude ne prend pas en compte tous les aspects du risque suicidaire en prison. La récolte d'autres variables aurait également pu apporter des informations supplémentaires. La libération, notamment après une longue détention, est ainsi particulièrement anxiogène pour certains détenus vulnérables et peut aussi être considérée comme un facteur de risque suicidaire qui mériterait une étude spécifique. Bukten et al. (2021) soulignent ainsi le caractère critique de cette période particulière et préconisent la poursuite du suivi thérapeutique après la libération accompagnant le soutien à la réinsertion [40].

Une étude à plus large échelle permettrait de mieux préciser le profil des détenus à risque et, surtout, d'appuyer auprès des autorités la

nécessité d'octroyer des moyens supplémentaires à la mise en œuvre de stratégies de détection efficaces et à l'amélioration des conditions de détention.

Correspondance

Rachida Marir
Les Toises – Centre de psychiatrie et psychothérapie
En Chamard 55A
CH-1442 Montagny-près-Yverdon
Ammr32[at]yahoo.fr

Professeur Bruno Gravier
Rue Roger-de-Guimps 4
CH-1400 Yverdon-les-Bains
bruno.gravier[at]unil.ch

Financements

La recherche présentée dans cet article a bénéficié du soutien du Fonds de service du SMPP/DP-CHUV pour la rémunération de la chargée de recherche qui a fait passer les questionnaires.

Disclosure Statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références recommandées

- 1 Terra JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention. [Internet]. Paris: Rapport de mission à la demande du garde des Sceaux, ministre de la Justice et du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. 2003;20.
- 2 Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017;4:946–52. [In figure 1 of this Article, the p values were not listed in the correct order. This correction has been made to the online version as of Dec 21, 2017].
- 22 Vanhaesebrouck A, Tostivint A, Lefèvre T, Melchior M, Khireddine-Medouni I, Chee CC. Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017–2018. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):1–2.
- 28 Berman AL, Canning RD. Proximal risk for suicide in correctional settings: A call for priority research. *Psychol Serv*. 2022;19(3):407–12.
- 40 Bukten A, Stavseth MR. Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *Eur J Epidemiol*. 2021;36(10):1075–83.



References

You will find the appendix and the full list of references online at <http://doi.org/10.4414/sanp.2023.03373>.



Rachida Marir
Psychiatre Psychothérapeute,
médecin hospitalier